ALINE CAUS ZUQUI

CONCEPÇÃO SOBRE DEFICIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vitória

2024

ALINE CAUS ZUQUI

CONCEPÇÃO SOBRE DEFICIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas Públicas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Thiago Dias Sarti

VITÓRIA

2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Zuqui, Aline Caus, 1987-

Z93c Concepção sobre deficiência entre profissionais de Centros Especializados em Reabilitação do Estado do Espírito Santo / Aline Caus Zuqui. - 2024.

71 p. : il.

Orientador: Thiago Dias Sarti.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Pessoa com deficiência. 2. Serviços de reabilitação. I. Sarti, Thiago Dias. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ÀS NOVE HORAS E TRINTA MINUTOS DO DIA VINTE E QUATRO DE MAIO DE DOIS MIL E VINTE E QUATRO, EM AMBIENTE HÍBRIDO, FOI INSTALADA A SESSÃO PÚBLICA PARA JULGAMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA ELABORADA POR **ALINE CÁUS ZUQUI,** MATRICULADO SOB NÚMERO 2021231074, SOB O TÍTULO *"CONCEPÇÕES SOBRE DEFICIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO".* APÓS A ABERTURA DA SESSÃO, O PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI, ORIENTADOR E PRESIDENTE DA BANCA JULGADORA, DEU SEGUIMENTO AOS TRABALHOS, APRESENTANDO OS DEMAIS EXAMINADORES, OS PROFESSORES DOUTORES: PROFA. DRA. LÚCIA PEREIRA LEITE (MEMBRO EXTERNO), PROFA. DRA. MARIANA MIDORI SIME (MEMBRO INTERNO), PROFA. DRA. WANÊSSA LACERDA POTON (SUPLENTE EXTERNO) E PROF.ª DR.ª MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE ALMEIDA (SUPLENTE INTERNO). FOI DADA A PALAVRA A AUTORA, QUE EXPÔS SEU TRABALHO E, EM SEGUIDA, OUVIU-SE A LEITURA DOS RESPECTIVOS PARECERES DOS INTEGRANTES DA BANCA. TERMINADA A LEITURA, PROCEDEU-SE À ARGUIÇÃO E RESPOSTAS DO ALUNO. AO FINAL, A BANCA, REUNIDA EM SEPARADO, RESOLVEU **APROVAR** A MESTRANDA. NADA MAIS HAVENDO A TRATAR, FOI ENCERRADA A SESSÃO E LAVRADA A PRESENTE ATA QUE SERÁ ASSINADA POR QUEM DE DIREITO. VITÓRIA, 24 DE MAIO DE 2024. CONSIDERAÇÕES DA BANCA DE DEFESA:

O PROJETO É RELEVANTE E ABORDA TEMÁTICA SENSÍVEL À SAÚDE PÚBLICA. A INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO FICARAM ADEQUADOS. COMO PRINCIPAIS SUGESTÕES DA BANCA: SER MAIS EXPLÍCITA EM ALGUNS CONCEITOS APRESENTADOS AO LONGO DO TEXTO; ACRESCENTAR O PERFIL DOS PROFISSIONAIS E DA ANÁLISE PSICOMÉTRICA NOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS; A AMOSTRAGEM É RELEVANTE, MAS NÃO GENERALIZÁVEL; REVER A DISCUSSÃO EM RELAÇÃO AOS DADOS QUE FORAM DE FATO TRAZIDOS NOS RESULTADOS; TRAZER O DEBATE DO IMPACTO DOS RESULTADOS NO CUIDADO E NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE COM MAIOR ÊNFASE, EM ESPECIAL NAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.

EM CONCLUSÃO, O MESTRANDO ESTÁ APTO PARA RECEBER O TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:

ORIENTADOR: PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI

MEMBRO INTERNO: PROF.(A) DR.(A) LÚCIA PEREIRA LEITE

gov.br Documento assinado digitalmente
LUCIA PEREIRA LEITE
Data: 27/08/2024 17:31:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

MEMBRO EXTERNO: PROF.(A) DR.(A) MARIANA MIDORI SIME

DISCENTE: ALINE CÁUS ZUQUI

Documento assinado digitalmente conforme descrito no(s) Protocolo(s) de Assinatura constante(s) neste arquivo, de onde é possível verificar a autenticidade do mesmo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
THIAGO DIAS SARTI - SIAPE 1778382
Departamento de Medicina Social - DMS/CCS
Em 22/08/2024 às 13:52

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/976145?tipoArquivo=O

Documento assinado digitalmente conforme descrito no(s) Protocolo(s) de Assinatura constante(s) neste arquivo, de onde é possível verificar a autenticidade do mesmo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
MARIANA MIDORI SIME - SIAPE 1961554
Departamento de Terapia Ocupacional - DTO/CCS
Em 22/08/2024 às 14:02

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/976155?tipoArquivo=O

Documento assinado digitalmente conforme descrito no(s) Protocolo(s) de Assinatura constante(s) neste arquivo, de onde é possível verificar a autenticidade do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Certamente, alcançar esse momento só foi possível graças ao apoio de várias pessoas que me estenderam a mão e me acompanharam ao longo dessa jornada.

Agradeço profundamente aos meus pais, cujo constante apoio e investimento em minha educação me permitiram chegar até aqui, oferecendo suporte e acolhimento. Ana e Branco, vocês são parte de cada conquista, identifico nas minhas escolhas os valores transmitidos por vocês. Ao meu irmão Vinicius, fonte de inspiração em foco e perseverança, agradeço pelo apoio contínuo e pela disponibilidade em ajudar com questões de design sempre que necessário.

Ao meu marido Bruno, obrigada pelo apoio incondicional, compreensão e suporte emocional e prático nos momentos mais desafiadores. Ter alguém que sempre me incentiva a crescer e melhorar é de valor inestimável.

Aos meus padrinhos, Marilene e Raul, agradeço o apoio constante, disponibilidade e por tornarem esse processo mais leve. À Clara, pelo acolhimento e pelas reflexões críticas oportunizadas.

Agradeço a todos os meus amigos que estiveram presentes em algum momento nessa caminhada. Em especial Ana, Fernanda, Iamara, Jonaina, Cristina e Kellen, gratidão por serem fontes constantes de incentivo, apoio e acolhimento.

Ao grande amigo Crystian, principal incentivador para ingressar no mestrado, agradeço por enxergar em mim potencialidades que eu mesma ainda não havia percebido, bem pelos aconselhamentos e apoio em todos os momentos.

A coordenação do CREFES, agradeço a possibilidade de flexibilização dos horários para participação das disciplinas do mestrado.

Ao meu orientador Thiago, agradeço imensamente pelas contribuições, pelo suporte e pela compreensão ao longo desse percurso.

Agradeço aos serviços que permitiram a realização da pesquisa.

Ao PPGSC/UFES, agradeço pelas oportunidades e por todo aprendizado desse período.

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) revoluciona a compreensão de funcionalidade e deficiência ao enfatizar a interação entre problemas de saúde e fatores contextuais. Entretanto, historicamente, diferentes concepções de deficiência se disseminaram na sociedade e interferem na forma como as pessoas com deficiência são vistas e tratadas. A concepção metafísica considera que as causas da deficiência estão relacionadas a forças sobrenaturais, a castigo ou proteção divina. Já a concepção biológica baseia-se no modelo biomédico da saúde e compreende a deficiência a partir da patologia ativa, lesão ou comprometimento funcional, que causam uma experiência negativa. O modelo social compreende a deficiência como uma condição de diferença humana e a considera uma inadequação entre o corpo e o ambiente, não sendo uma questão do indivíduo, mas sim da sociedade. Com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) se tornaram pontos de atenção específicos no cuidado à saúde das pessoas com deficiência. Atualmente, o Espírito Santo possui seis CER's habilitados e espera-se que os profissionais desses serviços compreendam a deficiência a partir do modelo biopsicossocial da CIF, favorecendo a inclusão e participação dessa população nos processos de vida. Dessa forma, o objetivo geral desse estudo é compreender como os profissionais dos CER's do Estado do Espírito Santo concebem a deficiência. Como objetivos específicos buscou-se descrever as distintas concepções de deficiência de profissionais que atuam com reabilitação; relacionar as concepções de deficiência de profissionais que atuam com reabilitação com o perfil profissional destes; traçar o perfil dos profissionais que atuam nos CER's do Estado do Espírito Santo; realizar análise psicométrica da Escala Intercultural de Concepção da Deficiência (EICD) para utilização nos Centros Especializados em Reabilitação. Para isso realizou-se um estudo transversal, de corte exploratório quantitativo com os profissionais dos CER do Estado do Espírito Santo. O instrumento de pesquisa foi enviado via plataforma online *Google Forms* e consistia em questões sociodemográficas, de perfil profissional, de trajetória acadêmica e sobre o tipo de atuação profissional no CER e da EICD. Participaram do estudo 86 profissionais, sendo 61 do sexo feminino e 25 do sexo masculino, com idade média de 39,9 anos. A maioria dos participantes apresenta tendência a concordância com as concepções social e biológica da deficiência e discordância com a concepção religiosa. A aproximação com a concepção social da deficiência se constitui um avanço, entretanto, a concepção biológica segue muito presente evidenciando uma dificuldade em superar o modelo biomédico. Apesar da maioria dos profissionais apresentarem discordância para a concepção metafísica, 1/3 dos participantes tende a concordar com ela. Nas análises de comparação observou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram tendência a discordância para a concepção metafísica enquanto para o sexo feminino houve discordância. Os CER's do interior apresentaram tendência à discordância para a concepção metafísica e na região metropolitana houve discordância. Profissionais de reabilitação apresentaram discordância para a concepção metafísica enquanto os demais profissionais apresentaram tendência à discordância. A EICD mostrou-se um instrumento confiável para a mensuração das concepções de deficiência entre trabalhadores do CER. Os resultados trazem uma reflexão sobre como essas concepções podem refletir em uma prática que não privilegia as potencialidades do individuo, valorizando um entendimento da deficiência como uma questão individual.

Palavra-chave: Pessoas com deficiência; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Serviços de Reabilitação; Estudos Transversais

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) revolutionizes the understanding of functioning and disability by emphasizing the interaction between health problems and contextual factors. However, historically, different concepts of disability have spread in society and influence how people with disabilities are viewed and treated. The metaphysical (religious) conception considers that the causes of disability are related to supernatural forces, divine punishment, or protection. The biological conception is based on the biomedical model of health and understands disability from the perspective of active pathology, injury, or functional impairment, which cause a negative experience. The social model views disability as a condition of human difference and considers it a mismatch between the body and the environment, seeing it as a societal rather than an individual issue. With the establishment of the Care Network for Persons with Disabilities in the Brasilian Public Health System, the Specialized Rehabilitation Centers (CER) have become specific points of attention for the health care of people with disabilities. Currently, the state of Espírito Santo (Brazil) has six accredited CERs, and it is expected that the professionals in these services understand disability from the biopsychosocial model of the ICF, promoting inclusion and participation of this population in life processes. Thus, the general objective of this study is to understand how professionals in the CERs of the state of Espírito Santo conceive disability. The specific objectives were to describe the different conceptions of disability among professionals working in rehabilitation; relate the conceptions of disability of professionals working in rehabilitation to their professional profiles; outline the profile of professionals working in the CERs of the state of Espírito Santo; and perform a psychometric analysis of the *Escala Intercultural de Concepções de Deficiência* - EICD (Intercultural Scale of Conceptions of Disability) for use in the Specialized Rehabilitation Centers. A cross-sectional, exploratory, quantitative study was conducted with professionals from CERs in the state of Espírito Santo. The research instrument was sent via the online platform *Google Forms* and consisted of sociodemographic questions, professional profile, academic background, type of professional activity in the CER, and the EICD. Eighty-six professionals participated in the study, 61 females and 25 males, with an average age of 39.9 years. Most participants tend to agree with the social and biological conceptions of disability and disagree with the religious conception. The alignment with the social conception of disability is an advancement, yet the biological conception remains prevalent, highlighting a difficulty in overcoming the biomedical model. Although the majority of professionals disagree with the metaphysical conception, 1/3 of the participants tend to agree with it. Comparison analyses showed that male participants tended to disagree with the metaphysical conception, while female participants disagreed. CERs in rural areas tended to disagree with the metaphysical conception, while in the metropolitan region there was disagreement. Rehabilitation professionals disagreed with the metaphysical conception, whereas other professionals tended to disagree. The EICD proved to be a reliable instrument for measuring disability conceptions among CER workers. The results prompt a reflection on how these conceptions can affect practices that do not prioritize individuals' potential, reinforcing an understanding of disability as an individual issue.

Key Worlds: Disabled Persons; Health Services for Disabled Persons; Rehabilitation Services; Cross-Sectional Studies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Biopsicossocial da CIF 11
Figura 2 - Distribuição dos CER por regiões de saúde 19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Intervalos de valores de concordância e discordância por concepção 34
Tabela 2 - Características da amostra 36
Tabela 3 - Profissões/ Categorias Profissionais 38
Tabela 4 - Análise fatorial exploratória da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência 39
Tabela 5 - Confiabilidade dos Itens da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência ... 42
Tabela 6 – Percentual de concordância em relação a cada concepção 44
Tabela 7 – Análises descritivas de cada concepção da deficiência 45
Tabela 8 - Média e desvio-padrão da concepção sobre a deficiência em cada CER 46
Tabela 9 – Análises de correlações entre variáveis. 46
Tabela 10 – Análises de comparação entre as concepções da deficiência e as variáveis sexo, região de atuação e área profissional. 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CREFES	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
EICD	Escala Intercultural de Concepções de Deficiência
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoa com deficiência
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SEBS	Secretaria de Estado do Bem Estar Social
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 Compreendendo a deficiência: um processo histórico 12
1.2 Do assistencialismo a constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 16
1.3 A Construção da RCPCD no Espírito Santo 17
1.4 Mudanças de Paradigmas na Reabilitação 19
2 REFERENCIAL TEÓRICO 21
2.1 Introdução 21
2.2 Histórico sobre as pessoas com deficiência na saúde 23
2.3 Organização do sistema brasileiro 25
2.4 Estratégias para a produção do cuidado integral às pessoas com deficiência 27
2.5 Considerações Finais 30
3 OBJETIVOS 32
4 METODOLOGIA 32
5 RESULTADOS 36
5.1 Características da amostra 36
5.2 Propriedades psicométricas da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência 39
5.3 Análises Descritivas da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência 44
5.4 Análises de Correlação 46
5.5 Análises de Comparação 47
6 DISCUSSÃO 48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 58
REFERÊNCIAS 59
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 65
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 69

APRESENTAÇÃO

Como muitas pessoas da minha geração, nascidas no final dos anos 80 e que viveram a infância nos anos 90, tive poucas oportunidades de interagir com pessoas com deficiência durante essa fase. Naquela época, prevalecia um modelo educacional que excluía essas crianças do ensino regular, relegando-as a instituições específicas. A Política de Inclusão Escolar no Brasil foi implementada em 2008, aumentando significativamente o número de crianças com deficiência matriculadas em escolas regulares (Duarte, 2021), período em que eu já estava prestes a ingressar na universidade, acompanhando as discussões que essa política gerou e as dificuldades na implementação, enquanto acadêmica. Essa falta de interação não se limitava apenas ao ambiente escolar; também era evidente em outros contextos, como família e vizinhança, onde não havia estímulo nem oportunidades de convívio com pessoas com deficiência.

A aproximação com a temática da pessoa com deficiência iniciou em 2009, quando ingressei no curso de terapia ocupacional na Universidade Federal do Espírito Santo e surgiu interesse por temas como inclusão e acessibilidade. Foi durante o estágio que tive a oportunidade de atuar diretamente pela primeira vez com esse público, no Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES). Desde esse momento foi possível perceber as dificuldades de superação do modelo biomédico na saúde e na forma de tratar essa população.

Por quase um ano trabalhei no Centro de Referência de Assistência Social, no Serviço Especializado em Atendimento Domiciliar para pessoas com deficiência e idosos com mobilidade reduzida. Essa atuação ajudou a ampliar a compreensão de que as barreiras de acesso das Pessoas com Deficiência (PCD) não são orgânicas, mas fruto de diversas barreiras e dificuldades sociais. Por dificuldade da família em gerir o cuidado, dificuldades financeiras, de acessibilidade e falta de estrutura do Estado para prover as necessidades dessa população (moradia acessível, saúde, lazer), surge à situação de vulnerabilidade e violação de direitos. Além disso, a forma como a deficiência é vista e tratada na nossa sociedade constitui-se barreira à medida que, as próprias pessoas, as famílias, os vizinhos e os profissionais, não enxergam potencialidades a partir da deficiência. Isso tem origem nas concepções sobre deficiência disseminadas na sociedade e cabe aos profissionais que atendem essa população apresentar outra perspectiva.

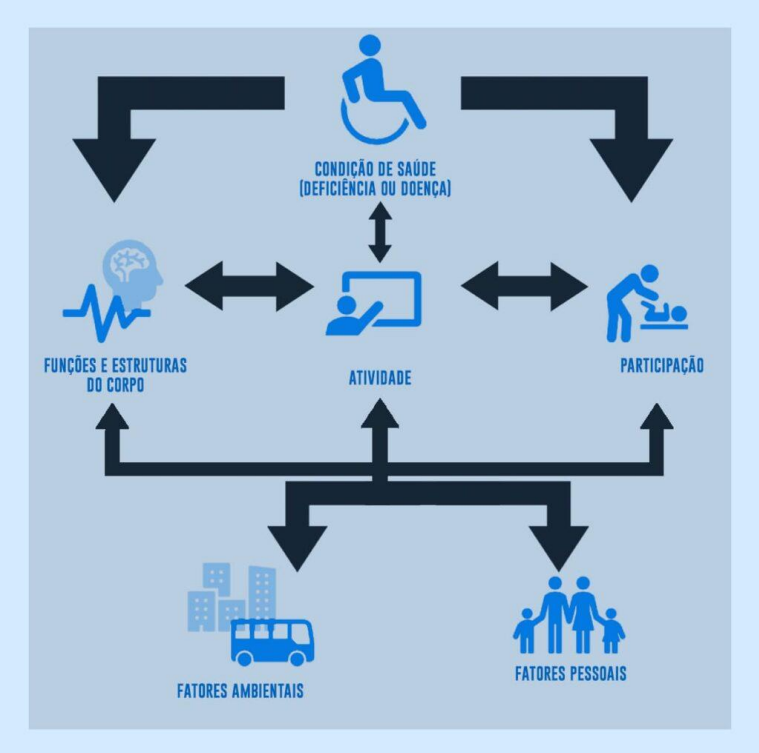
Atuando como terapeuta ocupacional no CREFES desde 2015, minha experiência evidencia a importância dos profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) no processo de reabilitação das pessoas com deficiência. Esses profissionais frequentemente são os primeiros a acolher os medos e inseguranças advindas desse processo, bem como demonstrar as potencialidades do individuo. Essa vivência levou-me a refletir sobre como essas pessoas eram vistas e tratadas dentro das instituições que deveriam fornecer o suporte mais adequado, com a intenção de superar o capacitismo, impulsionando a escolha do tema desta dissertação.

Duarte (2021) traz reflexões sobre o porquê somos capacitistas. Ele aponta que especialistas têm considerado que o preconceito é um conceito aprendido, visto que crescemos fazendo diferenciações e julgando e, por muitos anos, aprendemos e lidamos com as PCD's a partir de um olhar capacitista. Por isso, para transformarmos nossas crenças e comportamentos precisamos aumentar nosso círculo de convívio. Dessa forma, sei que não estou isenta. Todos os dias é preciso estar atenta às minhas atitudes, falas, forma de escrever, pensamentos… Ainda temos a concepção biológica predominante nas instituições de saúde, na sociedade e nas expectativas sobre o trabalho que desenvolvemos. Dentro de uma perspectiva religiosa, somos chamados a olhar para a deficiência como caridade, nos identificam como "especiais" por "cuidar" desse público, a justificar a deficiência como oportunidade de aprendizado divino. Por isso, entender nossos preconceitos e dificuldades é essencial para mudar nossas atitudes.

1 INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada em 2001, representa uma abordagem inovadora na compreensão de funcionalidade e deficiência, ao destacar a interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, incluindo aspectos pessoais e ambientais. Nesse contexto, a funcionalidade é conceituada de maneira abrangente, englobando não apenas as funções e estruturas do corpo, mas também atividades e participação, refletindo os aspectos positivos da interação entre o indivíduo e fatores contextuais (pessoais e ambientais) (WHO, 2001). Por outro lado, a deficiência é caracterizada por dificuldades nas funções ou estruturas do corpo, enquanto a incapacidade abrange um espectro mais amplo, incluindo deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, evidenciando os aspectos negativos dessa relação entre o indivíduo e os fatores contextuais (WHO, 2001). Diante dessa perspectiva, torna-se fundamental explorar o impacto da CIF na redefinição desses conceitos e suas implicações para a promoção da saúde e da inclusão social. A figura 1 apresenta o esquema que representa o modelo estrutural da CIF.

Figura 1 – Modelo Biopsicossocial da CIF



Fonte: Nunes (2024)

No Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2019, p.9) as barreiras à participação são consideradas fundamentais na compreensão da deficiência, definindo pessoa com deficiência como “aquela que tem impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Estudos sobre esse tema são importantes, visto que dados do Censo estimam que a população de pessoas com deficiência no Brasil seja de 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais, o que corresponde a 8,9% da população nessa faixa etária (IBGE, 2022).

Entretanto, para chegarmos hoje a esses conceitos, é crucial entender que ao longo da história da humanidade a deficiência foi vista de diferentes maneiras, que refletem crenças e valores da época que ainda se reproduzem na atualidade (Da Silva Alves, 2016). Portanto, para promover efetivamente participação das pessoas com deficiência na sociedade, e desenvolver estratégias de inclusão, é importante analisar as múltiplas concepções e estruturas relacionadas a deficiência, que são fundamentadas em crenças, enraizadas em diversos contextos sociais, éticos, políticos, filosóficos e culturais veiculados no meio social. Nesse sentido, o termo "concepção" é adotado para compreender e interpretar a complexidade de um fenômeno, podendo orientar ações individuais e coletivas diante dele (Leite, Cardoso e Oliveira, 2021).

1.1 Compreendendo a deficiência: um processo histórico

Ao pensar os modelos que tentam explicar/compreender a deficiência, é preciso analisar que na história da humanidade os diferentes acontecimentos de cada período influenciaram diretamente na forma como eram vistas e tratadas as pessoas com deficiência.

Nas sociedades primitivas, as pessoas com deficiência enfrentavam duas abordagens: o abandono e a tolerância. No abandono, indivíduos com deficiência eram deixados de lado, visto como obstáculos à sobrevivência dos grupos nômades, que dependiam da independência e cooperação. Na tolerância, embora aceitas no grupo, essas pessoas não recebiam tratamento diferenciado, sendo muitas vezes deixadas à própria sorte, já que algumas culturas primitivas acreditavam que elas estavam protegidas por forças sobrenaturais (Pereira, 2008; Da Silva Alves, 2016). A Antiguidade foi considerada por historiadores como um “período de extermínio”, visto que as pessoas com deficiência eram brutalmente aniquiladas ou postas à

margem da sociedade, por serem sociedades marcadas por guerras e conflitos, havia grande valorização da perfeição corporal (Da Silva Alves, 2016).

Com a disseminação da doutrina cristã na Idade Média, a influência da Igreja Católica foi significativa, influindo também a concepção sobre a deficiência, que passou a ser associada ao pecado e castigo de Deus, podendo essas pessoas ser lançadas a fogueira da Inquisição para libertarem-se da maldição que os afligia (Da Silva Alves, 2016). No entanto, alguns mosteiros e hospitais cristãos primitivos demonstraram preocupação com os cegos que obtiveram um tratamento especial, apesar de discriminados. Isso se justifica por questões místicas, mas também de ordem prática, já que os cegos serviam como guias em deslocamentos na escuridão e como memorizadores e transmissores de tradições tribais e religiosas (Pereira, 2008). Ainda no período medieval emerge uma visão mais compassiva da Igreja em relação às pessoas com deficiência, considerando-as como instrumentos divinos para inspirar a prática da caridade. Ao invés de serem eliminadas, passam a ser mantidas e cuidadas, resultando em uma concepção caritativa que culmina na criação das Casas de Misericórdia, onde eram abrigadas, embora segregadas da sociedade (Da Silva Alves, 2016). Todo esse período embasa a Concepção Metafísica ou Religiosa da deficiência (Leite, Cardoso e Oliveira, 2021).

Com a transição para a Idade Moderna, a influência da Igreja diminui e emerge uma perspectiva ideológica de um estado fundamentado na razão, estabelecendo-se uma concepção de direito centrada no ser humano, em oposição à origem divina (Da Silva Alves, 2016). Na contemporaneidade, destaca-se o aumento da importância da razão, e a ciência adquire novas dimensões, com uma crescente valorização das ações humanas e científicas (Da Silva Alves, 2016). A visão mecanicista do universo contribuiu para uma perspectiva problemática na qual o corpo passou a ser equiparado a uma máquina, resultando no tratamento das doenças, deficiências e diferenças como disfunções em componentes dessa "máquina" corpórea e a deficiência passou a ser interpretada como disfuncionalidade, desvio e anormalidade (Pereira, 2008). Consequentemente, esses indivíduos passaram a receber um cuidado vinculado à abordagem médico-hospitalar e as práticas de segregação e confinamento foram adotadas como forma de lidar com as supostas ameaças que representavam para a população (Da Silva Alves, 2016).

Com o advento da era contemporânea, as sociedades reconheceram a necessidade de uma abordagem especializada para as pessoas com deficiência, destacando não apenas a assistência, mas também a provisão, cuidado e atendimento específico. Estudos começaram a associar a deficiência à privação de experiências e propor que a educação poderia suprir essas

lacunas. Dessa forma, a educação foi percebida como uma ferramenta eficaz para o controle e integração das pessoas com deficiência, especialmente as intelectuais, visando sua melhor adaptação ao contexto social para contribuírem à sociedade (Da Silva Alves, 2016). No entanto, apesar dos avanços no conhecimento nesse período, persistia a dualidade entre caridade e castigo na institucionalização. Esse período foi crucial para a construção discursiva da invalidez, incapacidade e, consequentemente, inferioridade das pessoas com deficiência. As instituições de caridade, que ofereciam acolhimento, também reforçavam o estigma dessas pessoas como beneficiárias da caridade alheia, gerando implicações sociais profundas. Tornaram-se assim uma exposição pública da invalidez, promovendo o preconceito e a discriminação, sendo que seus efeitos negativos persistem até hoje sem terem sido completamente erradicados (Pereira, 2008).

Observa-se um regresso nas primeiras décadas do século XX, em que ressurgiu o ideal de homem perfeito da Antiguidade, que alcançou seu auge durante a Segunda Guerra Mundial e o regime Nazista. Na Europa, discussões sobre eugenia[1] levam a segregação das pessoas com deficiência em asilos com o intuito de que não pudessem se reproduzir, enquanto nos Estados Unidos utilizou-se testes de QI para aferir a idade mental e capacidade de crianças com deficiência intelectual, empregando-se termos pejorativos para identificar as que estariam, segundo a teoria eugenista, biologicamente inaptas para a sociedade (Da Silva Alves, 2016). Essas teorias caem em descrédito após a segunda guerra, quando milhares de combatentes voltam dos campos de batalhas com necessidades que demandavam políticas públicas, seguridade social e saúde pública revisadas (Pereira, 2008).

Com o expressivo aumento no número de pessoas com deficiência na população civil e nas forças armadas, impulsionadas pelos países envolvidos nas duas Guerras Mundiais, foram desenvolvidas ações de reabilitação com métodos e paradigmas cujo objetivo primordial era proporcionar aos pacientes sua adaptação para o retorno a vida em sociedade (Figueira, 2021; Cavalcanti, Soares, Galvão, 2024). O Movimento Internacional de Reabilitação foi estabelecido a partir das iniciativas da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). A Fisiatria (ou Medicina Física e de Reabilitação) surge como nova especialidade, bem como

[1] Eugenia refere-se a um conjunto de ideias e práticas surgidas no século XIX, centradas no aprimoramento da raça humana por meio da seleção de genitores com base em estudos de hereditariedade. Essa ideologia justificou, por muito tempo, práticas discriminatórias. O movimento eugenista buscava "melhorar a raça" eliminando da sociedade pessoas com enfermidades ou características consideradas indesejáveis, promovendo ações para erradicar tais características nas gerações futuras (MACIEL, 1999).

os centros de reabilitação para pessoas acidentadas ou com incapacidade (Cavalcanti, Soares, Galvão, 2024). É importante refletir que a organização para essas ações de reabilitação se baseou na crescente demanda resultante das guerras, que provocou um aumento na sociedade de pessoas com deficiência adquirida, decorrentes de falhas do Estado, levando a tentativa de normatização dos corpos.

No Brasil, com o fim da ditadura do Estado Novo (1945) os movimentos sociais e trabalhistas se reorganizam e a sociedade civil cria entidades beneficentes voltadas para a reabilitação de pessoas com deficiências físicas e mentais, entre as quais a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), a Sociedade Pestalozzi e centros de reabilitação (Cavalcanti, Soares, Galvão, 2024). Os surtos de poliomielite e meningite nos anos 1940 e 1950 foram fator decisivo para a implementação dessas entidades, pois havia uma situação sanitária emergencial no país, e várias crianças ficaram com sequelas permanentes, não havendo ainda profissionais especializados para atendimento de reabilitação física (Cavalcanti, Soares, Galvão, 2024; Figueira, 2021). Em 1954 foi criado no Rio de Janeiro um dos primeiros centros de reabilitação do país: a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, sendo eles também responsáveis pela fundação da primeira escola de formação para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Brasil (Figueira, 2021).

Esse período em que ocorreu maior valorização das ações humanas e científicas foi-se construindo uma Concepção Biológica da deficiência, baseado no modelo biomédico, que compreende a deficiência a partir da patologia ativa, lesão, comprometimento funcional e incapacidade, com uma interação unidirecional e linear desde a patologia até a ocorrência da experiência negativa (Da Silva Alves, 2016; Dantas et al., 2020; Leite, Cardoso e Oliveira, 2021).

A criação da ONU em 1945 teve como um dos principais objetivos o respeito aos direitos humanos (Da Silva Alves, 2016). Com isso, em 1983, para dar visibilidade internacional às questões ligadas à deficiência, a ONU decretou a Década das Pessoas Portadoras de Deficiência (1983-1992). Nessa época, foi elaborado um documento chamado Programa de Ações Mundiais para as Pessoas Portadoras de Deficiência, visando a unificar as ações a serem implementadas em nível internacional (Pereira, 2008).

Posteriormente, para contrapor o reducionismo do modelo biomédico, associações de pessoas com deficiência propuseram o modelo sociocultural que considera a deficiência como uma inadequação entre o corpo e o ambiente e reconhece, no indivíduo e no contexto histórico, as marcas da deficiência como restritivas ao acesso à bens culturais, pois compreende a deficiência como uma condição de diferença humana. Esse modelo embasa a

Concepção Social da deficiência (Da Silva Alves, 2016; Dantas et al., 2020; Leite, Cardoso e Oliveira, 2021).

1.2 A Constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Com a transição demográfica que ocorre no Brasil, observa-se um aumento na incidência de doenças crônico degenerativas associadas ao surgimento de novos problemas de saúde, como as morbidades ocupacionais e aquelas relacionadas às causas externas, como acidentes e violência. Isso gera um novo perfil de adoecimento da população com um aumento significativo da demanda por serviços de reabilitação, especialmente os de natureza pública (Alves et al., 2019). Historicamente, esses serviços eram prestados por instituições filantrópicas que perpetuavam fragmentação e desigualdade entre os tipos de deficiência. Após muita articulação política dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, foi lançado em 2011 o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, com o compromisso de superar as ações de caráter assistencialistas e promover uma política de promoção de direitos, através da articulação e integração de políticas, programas e ações. Eram metas e ações, divididas em diversos eixos, sendo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) seu principal desdobramento no eixo da saúde (Vianna et al., 2022).

Dessa forma, em 2012, a portaria 793 instituiu a RCPCD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua (Brasil, 2012). A partir dessa política os CER's configuram-se como pontos de atenção para ações específicas no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, bem como espaços de articulação com os outros pontos de atenção, contrapondo a lógica de que a saúde das PCDs limita-se aos equipamentos de reabilitação (Campos, Souza e Mendes, 2015).

A pessoa com deficiência estará, em algum momento, inserida em serviços de reabilitação que se afirmaram e ganharam legitimidade na perspectiva do modelo biomédico que, ao considerar a pessoa com deficiência em sua dimensão puramente bio-patológica, dificultam a visão do cuidado integral (Mitre, Andrade e Cotta, 2013). Na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no artigo que trata acerca de habilitação e reabilitação, recomenda-se que se usem medidas apropriadas para permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais

completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida (Brasil, 2009). Desta maneira, a OMS (2012) destaca que as medidas de reabilitação devem ter objetivos em atividades e participação, na adaptação de fatores ambientais e pessoais e na recuperação de estruturas e funções do corpo. Tais medidas visam permitir que a pessoa com deficiência viva de maneira funcional, garantindo sua interação com o meio.

A partir da formulação da RCPCD o CER assume uma função central, devendo articular ações com os outros componentes da rede (públicos, privados ou comunitários). Dessa forma, entende-se que este é um serviço estratégico na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para o cuidado às pessoas com deficiência, inclusive, em termos de acolhimento de diferenças e de humanização dos cuidados (Campos, Souza e Mendes, 2015).

1.3 A Construção da RCPCD no Espírito Santo

Historicamente os serviços de reabilitação no Estado do Espírito Santo refletiam o panorama nacional, organizados inicialmente em instituições da sociedade civil e no em serviços centralizados e únicos, tal qual o Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), uma instituição especializada, porém sem articulação. O CREFES iniciou seu funcionamento em 1979, estabelecendo-se como Unidade de Reabilitação Físico-Motora, cuja nomenclatura refletia o modelo médico predominante da época, centrado na doença. Inicialmente vinculado à Secretaria de Estado da Cultura e do Bem Estar Social, sua trajetória evolutiva acompanhou as mudanças no cenário de cuidados à saúde e reabilitação no Estado. Em 1985, adquiriu status de entidade autárquica, sob a denominação de Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo, ligado à Secretaria de Estado do Bem Estar Social (SEBS). Somente em 1996, por meio da Lei Complementar 73, o CREFES deixou de ser autárquico, tornando-se uma unidade hospitalar de nível III, integrada ao Instituto Estadual de Saúde Pública. Sua evolução prosseguiu, e em 2007, com a promulgação da Lei Complementar nº 407, o CREFES passou a fazer parte da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), subordinada à Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Gestão Hospitalar. Ao longo desse período, o CREFES desempenhou um papel crucial na oferta de serviços de reabilitação física no Estado, adaptando-se progressivamente às mudanças de paradigma na área de saúde, até sua adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 2013 (SESA, 2024; Zuqui et al., 2022; Coutinho et al., 2022).

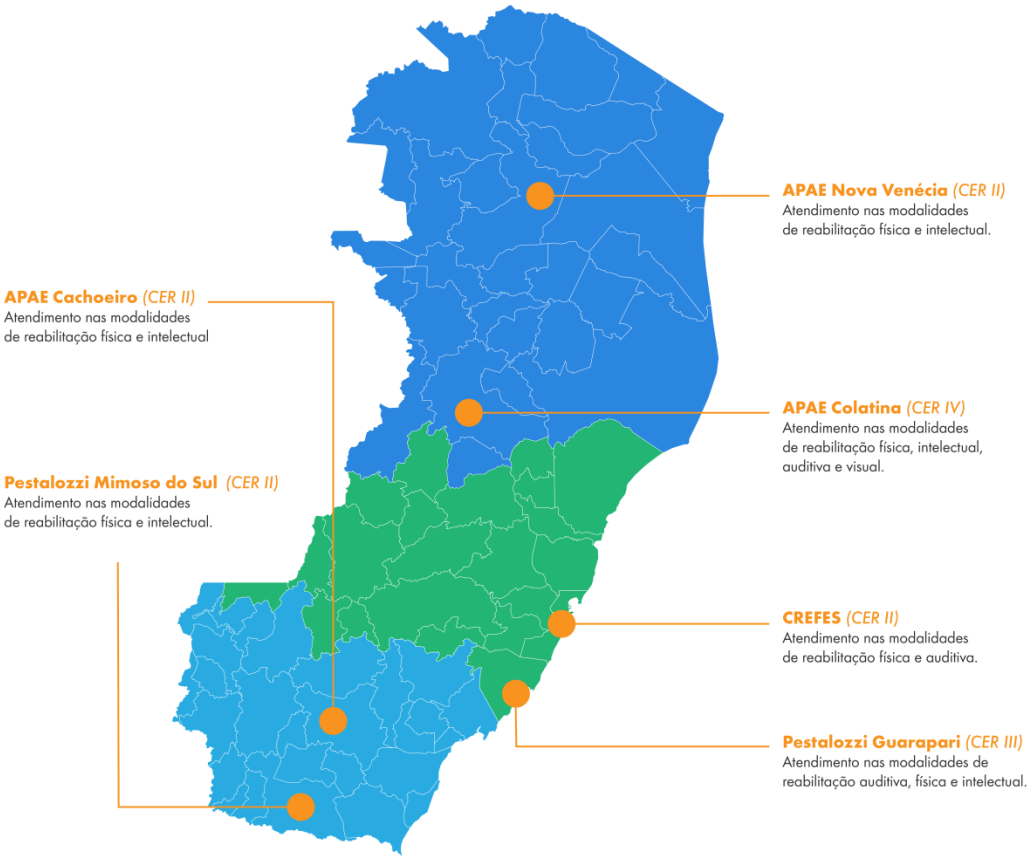
A habilitação do CREFES como Centro Especializado em Reabilitação (CER II), nas modalidades de reabilitação física e auditiva, o consolidou como ponto de referência para a rede de atenção à saúde no território, atendendo aos 78 municípios do Espírito Santo e de estados circunvizinhos, com relevância e grande alcance de atendimento à população. Contudo, apesar de tal contexto e do que é preconizado nas Portarias Ministeriais, percebe-se uma dificuldade em responder às demandas dos usuários, frente a abordagens biomédicas ainda predominantes (Zuqui et al., 2022). Também a partir da RCPCD e da necessidade de expansão dos CER's, a APAE de Colatina foi habilitada em 2016, a APAE de Nova Venécia, a APAE de Cachoeiro e a Pestalozzi de Guarapari foram habilitados em 2018 e a Pestalozzi de Mimoso do Sul foi habilitada em 2019. Assim, a maioria dos serviços habilitados eram instituições filantrópicas e, mais recentemente, atuam como pontos de atenção da RCPCD (Coutinho et al., 2022, Resolução CIB SESA n°139/2019).

A RCPCD no Espírito Santo é composta por serviços distribuídos nos três níveis de atenção à saúde, sendo (Espírito Santo, 2022):

- Atenção Básica: Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde; Atenção odontológica.
- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: Centros Especializados em Reabilitação (CER); Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Oficinas Ortopédicas; e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência: Leitos de cuidados prolongados; e Centros Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoas com deficiência.

Portanto, atualmente o Estado conta com seis serviços habilitados como CER, que são os principais pontos da atenção especializada ambulatorial no âmbito da reabilitação física, responsáveis por realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (Espírito Santo, 2022). A classificação dos CER's se dá pelo número de modalidades atendidas, podendo ser habilitado como CER II, CER III ou CER IV. A Figura 1 mostra a distribuição dos CER's no Estado do Espírito Santo pelas regiões de Saúde (Resolução CIB SESA 153/2020), bem como sua classificação e modalidades atendidas. A parte em azul escuro refere-se à região Central Norte, em verde a região Metropolitana e em azul claro região Sul.

Figura 2 - Distribuição dos CER por regiões de saúde



Legenda: Azul escuro - Região Central Norte / Verde: Região Metropolitana / Azul claro: Região sul.
Fonte: autoria própria

1.4 Mudanças de Paradigmas na Reabilitação

A partir da CIF criou-se uma proposta fundamentada na compreensão da deficiência baseada no modelo biopsicossocial, em que são consideradas as experiências que envolvem a condição de saúde, funções e estruturas do corpo, bem como atividades, participação e fatores contextuais (pessoais e ambientais) (Dantas et al., 2020).

Com isso, é possível entender que, caso os profissionais de saúde não compreendam a deficiência a partir de um modelo biopsicossocial, dificulta-se a adoção de uma prática que busque a inclusão e participação nos processos de vida. De acordo com o Relatório Mundial das Deficiências (OMS, 2012), a reabilitação é definida como um conjunto de medidas que auxiliam pessoas com deficiências, ou em risco de adquiri-las, a alcançar e manter uma

funcionalidade ideal na interação com seu ambiente. Esse processo envolve a identificação dos problemas e necessidades individuais, a análise da relação entre esses problemas e os fatores ambientais relevantes, o estabelecimento de metas de reabilitação, o planejamento e a implementação de medidas específicas, bem como a avaliação dos resultados obtidos (Gomes, Silva e Oliveira, 2021; OMS, 2012). Espera-se que os resultados da reabilitação contemplem a melhora e modificações na funcionalidade do indivíduo, os progressos na atividade e na participação da pessoa, desta forma, considerando o desempenho do indivíduo frente a diversas áreas, entre elas, comunicação, mobilidade, autocuidado, educação, trabalho e emprego, e qualidade de vida (OMS, 2012).

A OMS (2012) destaca que é responsabilidade do governo promover condições ambientais para que as pessoas com deficiência consigam desenvolver suas habilidades plenamente, expandindo o bem-estar, a qualidade de vida e a independência desta população. Dessa forma, ao pensar no cuidado da pessoa com deficiência, a compreensão dos trabalhadores de saúde sobre deficiência pode influir diretamente em sua intervenção, visto que é preciso atuar para que as PCD's exerçam seus direitos de cidadania e vivam a inclusão em sua totalidade, compreendendo que a incapacidade está na sociedade ao impor e manter barreiras a essa população (Bertussi et al., 2021).

Entretanto, por vezes, os profissionais podem ter atitudes negativas que provocam sentimentos de inferioridade e inadequação nas pessoas com deficiência, exercendo um impacto prejudicial em sua autoestima. Além disso, essas atitudes também afetam a eficácia do cuidado, visto que os profissionais de saúde podem não fornecer determinados tratamentos para pessoas com deficiência, pois acreditam que elas não se beneficiarão deles, resultando na diminuição da qualidade de vida dessa população que, consequentemente, evitam certas atividades na comunidade impedindo sua participação (Bania et al., 2021).

Cabe salientar que essas barreiras são físicas e atitudinais que se formam sob um discurso hegemônico capacitista, pressupondo que as pessoas com deficiência possuem capacidades limitadas ou reduzidas e, assim, representem pessoas "menos capazes" na sociedade. Ainda ecoa um discurso hegemônico como se os corpos com deficiência fossem:

> "dissonantes, abjetos, incapazes, dependentes, infantilizados, assexuados, ora fragilizados, ora superpotentes e exemplos de superação; e que sempre devem alcançar parâmetros mínimos de "normalidade" e "capacidade" estabelecidos em nossa sociedade capitalística - que só reconhece corpos que sejam úteis na perspectiva do capital e do mercado." (Bertussi et al., 2021, p. 16)

Lundberg e Chen (2024) destacam uma lacuna na literatura científica de saúde e serviços de saúde em relação ao capacitismo estrutural. Esse é um tema relevante visto que são generalizados os preconceitos explícitos e implícitos relacionados a deficiência, resultando em inequidades significativas em saúde para as pessoas com deficiência, decorrentes da discriminação, inacessibilidade e outras barreiras ao acesso. O capacitismo estrutural é um conjunto de políticas históricas e contemporâneas, instituições, normas e práticas sociais que desvalorizam pessoas com deficiência. Dessa forma, nega a essa população acesso equitativo a serviços de saúde capacitados e afirmativos, além de restringir sua capacidade de ter suas experiências reconhecidas e consideradas, sua autonomia sobre a representação e resposta às suas necessidades e justiça quando são expostos a danos, discriminação e violência (Lundberg e Chen, 2024).

No contexto das reflexões a respeito do tratamento dispensado às pessoas com deficiência nos Centros Especializados de Reabilitação, torna-se imprescindível investigar a compreensão que os profissionais que atuam nessas instituições têm acerca da deficiência. Esta pesquisa visa destacar a importância de compreender tais concepções, visando identificar possíveis lacunas e oportunidades de intervenção nas práticas de reabilitação. Ao evidenciar essas intervenções, o objetivo é garantir o acesso efetivo à reabilitação, promovendo uma abordagem que considere aspectos biopsicossociais para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e centradas no paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Cuidado à pessoa com deficiência: o desafio de superar o capacitismo.[2]

2.1 Introdução

Apesar dos recentes avanços na estruturação das políticas de atenção às pessoas com deficiência, percebe-se que ainda existe muita dificuldade para garantir o cuidado integral a essa população. Este capítulo apresenta um histórico de como a deficiência foi compreendida em diferentes momentos e como isso reflete as concepções sobre deficiência ainda presentes

2 O texto referente ao referencial teórico foi aprovado como capítulo do livro “Gestão e práticas em saúde coletiva da política à ação III”

em nossa sociedade. A partir disso, procura demonstrar as dificuldades encontradas por essa população no acesso a serviços de saúde e apontar caminhos para um cuidado integral.

Compreender a forma como a deficiência é concebida por diferentes atores sociais mostra-se fundamental para analisarmos as dificuldades que a efetivação dos direitos dessa população encontra na realidade e a permanência de práticas de profissionais de saúde com viés capacitista. Dessa forma, identificar as concepções de deficiência entre os profissionais que atendem as Pessoas com Deficiência (PCD) é importante para prevenção e proteção da violência na qual essa população se vê frequentemente, visto que as ações adotadas por esses técnicos podem reforçar estigmas sociais (Torres, Cruz e Cabral, 2021).

De uma forma geral, autores como Leite, Cardoso e Oliveira (2021) sistematizam as distintas concepções sobre deficiência descritas ao longo do tempo da seguinte forma:

- Concepção orgânica: enxerga a deficiência como um atributo inerente ao indivíduo, adotando como referência o desvio de um padrão orgânico de normalidade, ou a presença de uma falha ou limite que acarreta um mau funcionamento de determinado organismo. As providências para alterar esse déficit se esgotam no indivíduo que a apresenta.
- Concepção psicossocial: compreende a deficiência como uma condição orgânica diferenciada, associada a fatores causais de natureza social, emocional, econômica e/ou educacional que influenciam a constituição humana. Considera-se que a deficiência decorre de fatores inerentes ao indivíduo e ambientes, mas, para interpretar, é necessário centralizar a análise no sujeito que a apresenta.
- Concepção histórico-cultural: interpreta a deficiência como dinâmica, relacional e processual com base na associação entre indivíduo e contexto sociocultural, que ocasiona um desenvolvimento humano diferenciado, ajustável em função das expectativas e de atitudes dirigidas a ele. A deficiência decorre de uma disfunção biológica que acarreta limitação e, como consequência, uma barreira social. É significada historicamente no contexto de sua ocorrência.
- Concepção metafísica: interpreta a deficiência como algo que transcende a condição humana, podendo estar atrelada a causas espirituais e/ou religiosas, ou a fatores sobrenaturais. Desse modo, é um fenômeno posto, que pouco depende da atuação do homem.

Estas diferentes concepções interferem diretamente nas atitudes e representações sociais em relação as PCD e esse conhecimento é necessário para pensar estratégias de prevenção dos mais diversos tipos de violência e superação da vulnerabilidade social enfrentada por esse segmento populacional (Torres, Cruz e Cabral, 2021). Por sua vez, a depender da forma como os profissionais de saúde percebem e representam as deficiências, estes podem atuar reforçando os estigmas enfrentados, quando, por exemplo, atuam baseados em pressupostos capacitistas.

Neste capítulo, entende-se capacitismo como atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional, e com isso discriminam-se pessoas com deficiência. Essa postura vem a partir de um julgamento moral que associa capacidade unicamente à funcionalidade de estruturas corporais e se mobiliza para avaliar o que as pessoas com deficiência são capazes de ser e fazer para serem consideradas plenamente humanas (Mello, 2016). É essencial que profissionais de saúde evitem que seus atendimentos estejam permeados por atitudes capacitistas, que são incompatíveis com os objetivos da reabilitação.

2.2 Histórico sobre as pessoas com deficiência na saúde

A compreensão sobre a deficiência e a forma de tratar essas pessoas se alterou ao longo da história, partindo-se de diferentes perspectivas. Antes do século XVIII houve uma fase de negligência em que não havia assistência às pessoas com deficiência e ocorriam situações de abandono e perseguição. Posteriormente, entre os séculos XVIII e XIX, existiu uma fase de segregação e institucionalização, em que as pessoas com deficiência permaneciam em instituições asilares, afastadas de sua família e da sociedade. Já no século XIX a deficiência começa a ser discutida em uma perspectiva científica, passando a ser considerada como patologia a partir de um processo de normalização médica, tornando-se objeto de estudos, classificação e intervenções em instituições especializadas, como escolas e asilos, no formato de internato ou semi-internato. Por fim, entre os séculos XIX e XX, na tentativa de superar esse histórico de perseguição, abandono, violência, estigmatização e segregação, inicia-se uma fase de maior inclusão social. Ainda assim, essas diferentes formas de compreender e tratar a deficiência permeiam a sociedade até hoje (Saldanha et al., 2022).

O cuidado à pessoa com deficiência no Brasil, antes da redemocratização, nos remete aos trabalhos de poucas instituições, criadas ainda no Império, sendo que duas das principais vinculadas ao Estado eram o Instituto Benjamin Constant e o Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), que haviam se instituído no século XIX (Vianna et al., 2022).

Isso demonstra a insuficiência do Estado brasileiro na garantia dos direitos das pessoas com deficiência, fazendo com que a sociedade civil, através de ação das entidades filantrópicas e religiosas, assumisse o protagonismo ao assegurar, mesmo que parcialmente, ações de saúde, reabilitação e no campo educacional a essa população (Saldanha et al., 2022; Vianna et al., 2022; Ribeiro et al., 2023). Algumas dessas ações tornaram-se referências na assistência à saúde de pessoas com deficiência e outras ações continuaram com visões exclusivamente assistencialistas, caritativas, com inconsistências técnicas e problemas de financiamento, principalmente antes do Sistema Único de Saúde - SUS. As primeiras práticas de reabilitação no Brasil iniciaram na década de 1940 e estão relacionadas ao aumento da industrialização, urbanização, doenças ocupacionais e da epidemia de poliomielite (Saldanha et al., 2022).

As primeiras instituições voltadas à reabilitação surgem a partir da década de 1950, em grandes centros urbanos do país, como a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), o Hospital das Clínicas de São Paulo e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nesse mesmo período a reabilitação se constitui prática especializada na área da saúde a partir dos primeiros cursos universitários de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia (Saldanha et al., 2022).

A partir disso, as instituições que atendiam as PCD com abordagens asilares e educacionais começam, sob a perspectiva da concepção orgânica da deficiência, a desenvolver ações baseadas no modelo biomédico, que é especializado, tecnicista e multiprofissional, com objetivo de obter uma recuperação motora e funcional e com finalidade corretiva. Seguiu assim até a década de 1990, corroborando com a continuidade da exclusão social das pessoas com deficiência no país (Saldanha et al., 2022).

Só então o conceito de normalidade foi desafiado pela compreensão de que deficiência não é apenas um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações de funcionamento, que devem ser entendidos em termos políticos e não somente médicos. Dessa forma, entende-se que “a deficiência não é apenas o que o olhar médico descreve, mas principalmente a restrição à participação plena provocada pelas barreiras sociais” (Diniz,

Barbosa e Santos, 2009, p.66). No entanto, cabe ressaltar que, no contexto atual de práticas institucionais, profissionais e políticas, persiste a coexistência dos diferentes modelos de compreensão da deficiência, e que, por vezes, o modelo biomédico, em muitos espaços, ainda é hegemônico (Saldanha et al., 2022).

2.3 Organização do sistema brasileiro

A fim de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser pensado e organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017). Dada a alta complexidade do SUS, as RAS foram inicialmente desenhadas em áreas prioritárias, criando-se as Redes Temáticas. Dentre elas, encontra-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), que tem por objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, organizando a rede e garantindo atenção integral à saúde. Ao pensar na qualificação do cuidado das pessoas com deficiência, é importante considerar a garantia de direitos, superando práticas assistencialistas e capacitistas, como ocorreu ao longo da história (Brasil, 2012).

A RCPCD organiza-se nos níveis da Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, sendo que esses pontos devem estar articulados, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio (Brasil, 2012).

Por outro lado, desde 2012 a resolução nº 452/12, do Ministério da Saúde, institui o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), no SUS e na Saúde Suplementar, para nortear o cuidado das PCD. A CIF constituiu um avanço ao superar o uso de uma linguagem exclusivamente biomédica para a classificação de impedimentos corporais e apontar para um consenso entre os modelos biomédico e social, gerando uma nova compreensão da deficiência a partir do modelo biopsicossocial da CIF. Dessa forma, é considerado um marco para a legitimação do modelo social no campo da saúde pública e dos direitos humanos, considerando aspectos biológicos que, em conjunto com fatores contextuais, podem ou não gerar a experiência social da deficiência. Aborda também o papel das atitudes da sociedade

em relação à deficiência, destacando que os ambientes físico, social e atitudinal compõem os fatores ambientais, sendo que o ambiente atitudinal não se refere às atitudes das pessoas com deficiência, mas às atitudes daqueles que estão fora delas (Diniz, Barbosa e Santos, 2009; Saldanha et al., 2022; Reber et al., 2022)

Já o Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, dispõe que o processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2015).

Neste estatuto, em seu capítulo III, art. 18, referente ao direito à Saúde, diz que "é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário", e que "Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada."

Entretanto, são diversas as barreiras enfrentadas por essa população no acesso aos serviços de saúde, conforme descrito por Castro el al. (2021):

- Barreiras organizacionais relativas às ofertas de serviços: apesar dos avanços com a RCPCD, a insuficiência na oferta de serviços e de profissionais que atendam as necessidades das PCD ainda se constitui como uma barreira de acesso para essa população. A distância entre os domicílios e os serviços de saúde e a falta de transporte adaptado intensificam essas barreiras e dificultam a continuidade do tratamento.
- Barreiras organizacionais referentes aos processos de trabalho em saúde: práticas burocráticas, falta de informações sobre os serviços, fluxos terapêuticos não publicizados, descrença no sistema, insegurança dos profissionais no manejo clínico do paciente e ausência de qualificação para o cuidado das PCD.
- Barreiras socioeconômicas: a vulnerabilidade social configura-se como uma importante barreira ao acesso das PCD aos serviços de saúde e está diretamente relacionada a dificuldades financeiras, baixa escolaridade e maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Além disso, as PCD em quadros de maior

dependência necessitam de um cuidador permanente e suas rendas são utilizadas para a sobrevivência familiar.

- Barreiras arquitetônicas e de comunicação: as barreiras arquitetônicas estão relacionadas ao acesso físico das PCD em diferentes espaços e as barreiras de comunicação com a acessibilidade nas diferentes linguagens compreendidas pelas PCD (como libras e braile).
- Barreiras relacionais: os aspectos relacionais estão fortemente presentes no cotidiano dos serviços de saúde e podem influenciar o caminho do usuário e seu plano terapêutico. A abordagem é, sobretudo, sobre a importância do vínculo entre os profissionais, família, usuário e comunidade, questão essencial para o cuidado. As relações interpessoais podem se tornar dificultadoras ou facilitadoras de acesso, de acordo com quem os atende e também pelas redes de apoio criadas pelos indivíduos.
- Barreiras referentes à formação profissional: Silveira et al (2022) sugere que falta competência e capacitação aos profissionais de saúde para o atendimento às PCD. Há problemas na formação profissional e desenvolvimento do trabalho em saúde, sendo necessário construir movimentos no SUS de aprimoramento na qualificação dos trabalhadores e gestores de saúde para atuar com essa população (Castro et al., 2021).

Faz-se necessário discutir amplamente o cuidado às PCD, pois percebe-se que, apesar dos avanços na legislação e da tentativa de incorporar o uso da CIF, a reabilitação ainda busca por um "corpo funcional", que se aproxime do padrão de "normalidade". Na busca pelo padrão da corponormatividade estabelecido na sociedade, os serviços de saúde e reabilitação acabam tornando-se barreiras ao cuidado integral das PCD. Para Castro et al. (2021, p. 19-20), "as perspectivas advindas da reabilitação cidadã precisam ser evidenciadas por meio de propostas para efetivação de políticas públicas destinadas às PCD, compreendendo que não são elas que precisam adaptar-se à sociedade e sim a sociedade que precisa adaptar-se às características das PCD".

2.4 Estratégias para a produção do cuidado integral às pessoas com deficiência

Minimizar estas barreiras de acesso enfrentadas pelas Pessoas com Deficiência deve ser uma prioridade aos governos para garantir o cuidado integral. Dessa forma, assegurar

transporte para as PCD é fundamental, visto que a maioria depende dos transportes públicos adaptados ou de ambulâncias, que não conseguem atender a todas as demandas, embora esteja previsto na legislação brasileira que o transporte em saúde é uma responsabilidade de todas as esferas de governo (Castro et al, 2021). Outra barreira de acesso para o atendimento integral é a demora no agendamento de consultas especializadas, o que prejudica a qualidade e resolutividade do atendimento prestado (Clemente et al., 2022).

As equipes da RCPCD ainda atuam de forma desarticulada, não conhecendo outros pontos de atenção, o que dificulta o cuidado integral aos usuários. Além disso, existe pouca interação entre profissionais de diferentes equipes, que dificilmente se reúnem e quando existe comunicação, acontece de forma muito incipiente, por meio das fichas de referência e contrarreferência (Machado et al., 2018; Clemente et al., 2022). A fim de tentar superar essa fragmentação, os gestores devem fomentar a formação de grupos para estudo do território envolvendo diferentes atores, incluindo os usuários dos serviços, e entendendo que, a partir disso, poderão oferecer ações de saúde mais fortes e adequadas às PCD (Machado et al., 2018). É importante promover a inserção dos usuários nesse processo, pois, conforme foi exposto anteriormente, a falta de informações sobre os serviços também constitui barreira organizacional para as PCD e estar presente em discussões para minimizar esse desconhecimento e melhorar o fluxo é importante.

Silveira et al. (2022), ao discutir o acesso de pessoas com deficiência na atenção primária à saúde (APS), destaca que a maior prevalência de doenças e a falta de hábitos saudáveis decorrem mais das barreiras atitudinais do que de condições específicas da saúde da pessoa com deficiência. Considera que a desumanização dessa população delimita ao âmbito privado a responsabilidade pelos seus cuidados, o que gera uma carência sistemática de acesso a diagnósticos e tratamentos para condições de saúde variadas, impactando a qualidade do serviço prestado e agravando o quadro de morbimortalidade dessa população. Dessa forma, percebe-se que o acesso aos cuidados em saúde se dá sob uma perspectiva capacitista, que restringe a potência de vida dessas pessoas ao considerar que o cuidado à saúde das PCD estão limitados à reabilitação dos corpos (Santos et al., 2022).

Ainda com relação à APS, uma das estratégias para garantir a integralidade do cuidado foi a criação, em 2008, dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tinham por objetivo aumentar a capacidade resolutiva das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do apoio matricial feito por equipe especializada multidisciplinar (Mattos, Gutiérrez e Campos, 2022). A introdução de profissionais capacitados para ofertar um cuidado integral à

pessoa com deficiência no NASF poderia ser uma estratégia central na educação permanente das equipes de ESF e na qualificação da atenção à saúde a essas pessoas, seja redefinindo as bases conceituais do cuidado, seja expandindo as ações ofertadas. Contudo, a estratégia NASF sofreu recentemente com mudanças nas prioridades do Ministério da Saúde e com redução no seu financiamento, movimento federal que impactou negativamente a expansão do NASF. Este movimento tende a ser revertido a partir de 2023 com a instituição de incentivo financeiro federal de implantação e custeio para o que passa a ser definido como equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, ou eMulti. No entanto, ainda não dispomos de dados sobre a realidade dos cuidados colaborativos na APS com relação às pessoas com deficiência (Brasil, 2023; Mattos, Gutiérrez e Campos, 2022).

Profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) referem, em sua maioria, não usar ou não conhecer ferramentas de avaliação de funcionalidade, conforme detectado em estudo de Silva et al. (2022), apesar de reconhecerem a CIF e a funcionalidade como temas importantes para sua prática, requerendo-se capacitação por parte dos profissionais. A avaliação de funcionalidade é reconhecida atualmente como de grande importância para o cuidado da pessoa com deficiência, sendo importante a incorporação da CIF nos nas práticas.

Quando analisamos a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, a desarticulação também aparece como questão a ser superada. Prevalece uma percepção de que as Unidades de Pronto Atendimento e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são serviços transitórios para os usuários, propiciando a desarticulação destes com os demais serviços da rede (Zanella, Soares e Freitas, 2022). É fundamental que esses profissionais percebam o quanto essa desarticulação compromete o processo de reabilitação das pessoas e assumam o compromisso ético de exercer suas funções em sintonia com os demais pontos de atenção da rede, priorizando metas satisfatórias para seus clientes, familiares e a comunidade (Mattos, Gutiérrez e Campos, 2022).

Por outro lado, falta à rede hospitalar organização de processos e fluxos assistenciais internos ao ambiente hospitalar e externos à RAS mais adequados às pessoas com deficiência. Estudos mostram que não há singularidade no cuidado a essas pessoas, pouco se adequando o processo de trabalho das equipes à realidade específica de cada sujeito. Não há também, em geral, equipes multiprofissionais de referência adequadas à atenção e reabilitação dessas pessoas no ambiente hospitalar, o que se expressa também na carência de fluxos e gestão da alta hospitalar integrada com a APS com fins de produzir uma transição de cuidados mais

adequada a essa população. Tudo isso ancorado em uma visão majoritária de deficiência de matriz biomédica que permeia as instituições hospitalares e de urgência e emergência. Ou seja, os processos de regulação, acolhimento, classificação de risco, atenção à saúde e transição de cuidados, processos estes centrais para o adequado cuidado integral dessas pessoas em uma RAS efetiva, ainda são incipientes (Mattos, Gutiérrez e Campos, 2022; Zanella, Soares e Freitas, 2022)

Como estratégias possíveis aos serviços de saúde para superar os estigmas sociais enfrentados pelos PCD, a oferta de capacitação e/ou formação continuada podem produzir reflexões e subsidiar a desconstrução de concepções baseadas em uma matriz capacitista (Torres, Cruz e Cabral, 2021). Dessa forma, é possível ampliar o debate sobre comunicação, ética e cidadania, a partir da perspectiva da inclusão social das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, como previsto na legislação (Clemente et al., 2022). Quando profissionais da saúde não possuem capacitação, preparo ou sequer discutiram sobre a assistência a essa população, não há como garantir que os protocolos destinados à pessoa com deficiência sejam aplicados e que suas individualidades sejam respeitadas (Zanella, Soares E Freitas, 2022).

O ensino na área da Saúde ainda reflete o modelo biomédico e o entendimento do homem como um ser social e a construção de um conceito ampliado de saúde ainda são negligenciados na formação de profissionais da saúde. A mudança para uma perspectiva biopsicossocial tem sido lenta, mas esse é um caminho possível e necessário (Almeida, França e Melo, 2021). Refletindo sobre a formação desses profissionais, percebe-se que os conteúdos disponíveis ainda refletem a *corponormatização* e limitam o entendimento das determinações sociais no processo saúde-doença das PCD. Revisar essa produção pode colaborar na entrega de conhecimento capaz de subsidiar a qualificação dos profissionais e dos serviços de forma inclusiva e colaborativa (Silveira et al., 2022).

2.5 Considerações Finais

Neste texto, buscou-se discutir alguns aspectos que tangenciam as práticas de cuidado às pessoas com deficiência e a organização da rede de atenção à saúde voltada a essas pessoas. A discussão feita parte da hipótese que os profissionais de saúde ainda norteiam suas práticas profissionais por uma matriz capacitista. Isso limita as possibilidades e a riqueza do

cuidado a essas pessoas, reduzindo a qualidade da atenção à saúde e limitando a autonomia das pessoas.

Portanto, frisa-se a necessidade de superarmos tais práticas no âmbito do cuidado e da gestão em saúde, produzindo relações interpessoais e profissionais ancoradas numa compreensão da deficiência para além de sua natureza biológica, incluindo aspectos culturais, sociais, econômicos e intersubjetivos. Cabe pensarmos as deficiências como uma construção social complexa que se materializa na interação das pessoas com deficiência com as barreiras ambientais e atitudinais. Assim, seríamos mais capazes de analisarmos e transformarmos as relações sociais, econômicas e de poder nas quais visões capacitistas e discriminatórias são produzidas. Assim, é imperativo que os profissionais de saúde reconheçam e problematizem as concepções de deficiência que ancoram as práticas de cuidado nos serviços de saúde, contribuindo para dar visibilidade à diversidade das deficiências e às singularidades das experiências de vida das pessoas com deficiência.

Por outro lado, neste texto sintetizou-se os problemas que as pessoas com deficiência encontram para utilizarem os serviços de saúde necessários. Pessoas com deficiência ainda vivenciam relações discriminatórias quando acessam serviços de saúde, sendo frequentemente atendidas por profissionais pouco preparados para este tipo de cuidado, que se comunicam de maneira problemática e não são sensíveis e empáticos às suas especificidades. Numa perspectiva estrutural, essas pessoas ainda encontram serviços cujas instalações são pouco acessíveis (ex. falta de rampas, banheiros inadequados, salas com espaços insuficientes, ausência de sinalizações e informações adaptadas, e baixa incorporação de tecnologias computacionais e de comunicação adaptadas), com equipes interprofissionais insuficientes e com baixa disponibilidade de tecnologias assistivas necessárias para a melhoria de sua qualidade de vida. Numa perspectiva organizacional, as RAS carecem de estrutura e processos para uma adequada atenção dessas pessoas em serviços de distintas naturezas e complexidades, havendo precária coordenação e transição do cuidado entre os níveis de atenção. Isso se agrava em um sistema subfinanciado e insuficiente para atender as necessidades de saúde da maior parte da população brasileira.

Portanto, o desafio não é pequeno em organizar um sistema de saúde mais adequado às pessoas com deficiência, o que requer (a) uma abordagem centrada nas suas necessidades, (b) o envolvimento ativo de todas as partes interessadas, incluindo famílias, organizações da sociedade civil e do poder judiciário voltadas à defesa dos direitos humanos, profissionais de

saúde, gestores e classe política e (c) permanente avaliação deste sistema, com produção de conhecimento contextualizado às necessidades dessas pessoas.

Sugere-se, por fim, que o desenvolvimento deste sistema trará benefícios a toda a população atendida pelo SUS, não apenas as pessoas com deficiência. Pois construir uma rede articulada e integrada de serviços, que preste desde ações de educação e promoção da saúde na atenção primária à saúde, até serviços complexos com alto grau de incorporação tecnológica na média e alta complexidade, exigirá investimentos financeiros e de desenvolvimento de recursos humanos que certamente reverberará em todo o sistema. Portanto, essa é uma defesa de todos, seja do ponto de vista humano, seja do ponto de vista instrumental de melhoria dos serviços públicos de saúde.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender as formas com que profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação do Estado do Espírito Santo concebem a deficiência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as distintas concepções de deficiência de profissionais que atuam com reabilitação.
- Relacionar as concepções de deficiência de profissionais que atuam com reabilitação com o perfil profissional destes.

4 METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de corte exploratório quantitativo.

Participantes

Participaram do estudo profissionais acima de 18 anos que atuam nos CER's do Estado do Espírito Santo, independentemente do tipo de vínculo com as instituições.

Critérios de inclusão e exclusão dos participantes no estudo

Foram potencialmente incluídos todos os profissionais dos CER's do Estado do Espírito Santo, independentemente do tipo de vínculo profissional, que concordarem com os termos do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Local do estudo

O estudo foi realizado nos CER's do Estado do Espírito Santo, onde atuam aproximadamente 501 profissionais, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do dia 14/09/2022.

Instrumento de pesquisa

Foram utilizados na pesquisa dois instrumentos. O primeiro contendo questões sociodemográficas, de perfil profissional, de trajetória acadêmica e sobre o tipo de atuação profissional no CER (Apêndice A).

O segundo mensurou as concepções dos profissionais sobre a deficiência e para isso foi utilizada a Escala Intercultural de Concepções de Deficiência (EICD) (Leite, Cardoso e Oliveira, 2021). Essa escala foi elaborada por uma equipe multicultural e visa identificar concepções sobre deficiência em contextos culturalmente distintos. Contou-se com a validação qualitativa, por meio dos juízes nacionais e internacionais, e por verificação de componentes principais, realizada por análise fatorial exploratória (AFE) dos dados coletados com um grupo amostral brasileiro. São 43 enunciados afirmativos, do tipo Likert, distribuídos em três concepções – Biológica (17 itens), Social (15 itens) e Metafísica ou Religiosa (11 itens), devendo o participante colocar o grau de concordância ou discordância com o enunciado: (1) Discordo inteiramente; (2) Discordo parcialmente; (3) Nem concordo nem discordo; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo inteiramente. A partir das respostas obtidas em relação ao nível de concordância para cada item será possível discutir a concepção de deficiência dos profissionais e relacionar com os dados do questionário.

Na tabela 1 estão dispostos os valores de soma dos itens da escala que irão determinar o nível de concordância ou discordância para cada concepção.

Tabela 1 - Intervalos de valores de concordância e discordância por concepção

Concepções	Discordância	Tendência à discordância	Tendência à concordância	Concordância
Biológica	17 a 34	35 a 42,4	42,5 a 67	68 a 85
Social	15 a 30	31 a 37,4	37,5 a 59	60 a 75
Metafísica	11 a 22	23 a 27,4	27,5 a 43	44 a 55

Fonte: Leite, Cabral e Lacerda (2023)

Coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora principal apresentou a pesquisa para os gestores e profissionais dos serviços envolvidos. Entre os CER's abordados para realização da pesquisa, foi possível a condução do estudo em quatro deles: o CREFES, a APAE de Mimoso do Sul, a APAE de Colatina e a Pestalozzi de Nova Venécia. Entretanto, A Pestalozzi de Guarapari e a APAE de Cachoeiro não responderam as solicitações de participação na pesquisa, mesmo após varias tentativas da autora do estudo. A coleta de dados ocorreu entre 16/05/2023 e 10/10/2023.

A partir desse contato inicial e da autorização institucional, foi enviado aos profissionais o instrumento de pesquisa via plataforma online *Google Forms*. Diversas estratégias foram utilizadas para que o instrumento alcançasse os profissionais e que estes se sensibilizem a participar da pesquisa:

- Sensibilização da equipe e envio do instrumento de pesquisa pelo próprio gestor do serviço;
- Com autorização dos profissionais, o gestor local disponibilizou seus contatos telefônicos e/ou de e-mail e realizou-se contato pela própria equipe de pesquisa;
- Nos casos em que foi possível, o link do instrumento foi enviado por e-mail e/ou aplicativo digital de mensagem (ex. WhatsApp) uma vez por semana, em dia e horário comercial, por no máximo três vezes, mais um contato adicional 1 mês após a última tentativa para os não respondentes.
- Em nenhuma hipótese, os profissionais foram acionados pela equipe de pesquisa para qualquer assunto que não fosse tratado neste protocolo de pesquisa. Além disso, todas

as informações de contato pessoal dos profissionais serão mantidas em sigilo absoluto pela equipe de pesquisa.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Todos os procedimentos respeitaram a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes forneceram consentimento por meio da assinatura do TCLE. Informações pessoais, como números de telefone e endereços de e-mail, não serão compartilhados para outros fins em qualquer hipótese. Os contatos com os profissionais foram realizados exclusivamente em horário comercial e restritos ao número de vezes indicados no protocolo. A recusa do profissional em participar da pesquisa resultou na interrupção imediata dos contatos da equipe de pesquisa.

Análise dos dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software JAMOVI. Os dados foram verificados quanto ao atendimento aos pressupostos teóricos necessários para o uso de abordagem paramétrica, verificados por meio do teste de Shapiro-Wilk. Foram aplicadas técnicas de análise estatística descritiva, incluindo índices de frequência, tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para caracterizar a amostra.

Para avaliar a dimensionalidade da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência (Leite, Cardoso e Oliveira, 2021), foram desenvolvidas analises fatoriais exploratórias (AFE). Objetivando analisar a consistência interna deste instrumento foram utilizados os coeficientes alpha de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω). Esses indicadores quantificam a quantidade de erro presente em uma medida devido à inconsistência entre os itens, ou seja, à baixa correlação entre os itens de um instrumento. Os valores de alpha (α) e ômega (ω) variam de 0 a 1, sendo que valores mais próximos de 1 indicam maior confiabilidade do teste. Os seguintes valores de referência são sugeridos para a interpretação dos coeficientes: $\alpha/\omega > 0{,}90$ = excelente; $0{,}89 > \alpha/\omega > 0{,}80$ = bom; $0{,}79 > \alpha/\omega > 0{,}70$ = aceitável; $0{,}69 > \alpha/\omega > 0{,}60$ = questionável; $0{,}59 > \alpha/\omega > 0{,}50$ = ruim; $\alpha/\omega < 0{,}50$ = inaceitável.

Para as análises de correlação entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de Pearson, classificado como: muito fraco de 0,00 a 0,19; fraco de 0,20 a 0,39; moderado de 0,40 a 0,59; forte de 0,60 a 0,79; e muito forte de 0,80 a 1,00. O teste T de student foi empregado para

comparar variáveis entre diferentes categorias de grupos, como sexo, região e categoria profissional. Foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$ neste estudo.

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

A amostra foi composta de 86 participantes, sendo 61 do sexo feminino (70,9%) e 25 do sexo masculino (29,1%) e média de idade de 39,9 anos, sendo a menor idade 23 anos e a maior idade de 72 anos. Em relação a cor da pele/raça, 46 (53,5%) se autodeclararam branca, 29 (33,7%) parda, 10 (11,6%) preta e 1 (1,2%) amarela. Na tabela 2 estão descritas outras características dos participantes, tais como religião, estado civil, escolaridade e renda per capita.

Tabela 2 - Características da amostra

Característica	Descrição	N (%)
Sexo	Feminino	61 (70,9 %)
	Masculino	25 (29,1 %)
Cor da pele	Branca	46 (53,5 %)
	Preta	10 (11,6 %)
	Parda	29 (33,7 %)
	Amarela	1 (1,2 %)
Religião	Católico	41 (47,7 %)
	Evangélico	27 (31,4 %)
	Não tenho ou não me identifico com religião	12 (14,0 %)
	Outros	6 (7,0%)
Estado Civil	Casado(a)	41 (47,7%)
	Em uma união estável	4 (4,7%)
	Solteiro(a)	33 (38,4 %)

	Divorciado(a)	6 (7,0%)
	Separado(a)	1 (1,2%)
	Viúvo (a)	1 (1,2%)
Escolaridade	Ensino médio (2º grau) completo	7 (8,1%)
	Superior incompleto	2 (2,3%)
	Superior completo	15 (17,4%)
	Pós-graduação latu-senso	53 (61,6%)
	Mestrado	8 (9,3%)
	Doutorado	1 (1,2%)
Renda Familiar per capita	Até 1 salário-mínimo	3 (3,5%)
	1 a 2 salários-mínimos	17 (19,8%)
	3 a 4 salários-mínimos	25 (29,1%)
	5 a 6 salários-mínimos	20 (23,3%)
	7 a 8 salários-mínimos	13 (15,1%)
	9 a 10 salários-mínimos	4 (4,7%)
	Acima de 10 salários-mínimos	4 (4,7%)

Fonte: autoria própria

O CER que apresentou maior número de participantes foi o CREFES, com 52 respostas (60,5%), seguido pela Pestalozzi Mimoso do Sul com 18 (20,9%), APAE de Nova Venécia com 10 (11,6%) e APAE de Colatina com 6 (7,0%). Entre os participantes, 7 afirmaram ser pessoas com deficiência, sendo 5 com deficiência visual e 2 com deficiência física.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a média foi de 5,94 anos. Entre os participantes, 60,5% afirmaram ter trabalhado anteriormente com o público de pessoas com deficiência, com uma média total de 10,1 anos de experiência nesse campo. Ao examinar as profissões dos participantes (Tabela 3) observa-se que 15,3% dos participantes são provenientes da área administrativa, enquanto a maioria é composta por profissionais de saúde.

Tabela 3 - Profissões/ Categorias Profissionais

Profissão	N	%
Fisioterapeuta	31	36%
Terapeuta Ocupacional	12	14%
Psicólogo	11	12,8%
Médico	4	4,7%
Fonoaudiólogo	3	3,5%
Assistente Social	3	3,5%
Enfermeiro	2	2,3%
Nutricionista	2	2,3%
Técnico de Órtese e Prótese	2	2,3%
Advogado	2	2,3%
Auxiliar Administrativo	2	2,3%
Administrador	2	2,3%
Educador Físico	1	1,2%
Técnico de Enfermagem	1	1,2%
Técnico em Radiologia	1	1,2%
Técnico de Informática	1	1,2%
Assistente Administrativo	1	1,2%
Eletricista	1	1,2%
Recepcionista	1	1,2%
Auxiliar de Reabilitação	1	1,2%
Arquivista	1	1,2%
Autônomo	1	1,2%

Fonte: autoria própria

Dentre esses profissionais, 5 atuam em cargos de gestão e 1 afirmou ser voluntário. Cabe destacar que o profissional Auxiliar de Reabilitação remete a um contexto histórico em que esses profissionais eram contratados para dar suporte aos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o que não é permitido na atualidade. Dessa forma, os que ainda permanecem nas instituições, estão alocados em cargos administrativos.

Quanto às condições de trabalho, 50% dos participantes disseram trabalhar até 30h semanais e 39,5% trabalham entre 30 e 40h semanais e 10,5% afirmam trabalhar com uma carga horária acima de 40h semanais. Além disso, a maioria (60,5%) afirma ter um vínculo de emprego, 30,2% afirmam ter dois vínculos e 9% dos participantes acumulam 3 vínculos ou mais.

Em relação à capacitação, 75,6% dos participantes afirmam já ter realizado curso de capacitação para o atendimento à pessoa com deficiência e 24,4% nunca realizaram. Entretanto, a maioria, 52,3% afirma não ter participado de capacitação sobre a temática no último ano.

5.2 Propriedades psicométricas da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência

A Escala Intercultural de Concepções de Deficiência é um instrumento relativamente recente, cujas propriedades psicométricas foram inicialmente testadas com universitários. Portanto, a aplicação do instrumento em uma população diferente requer a mensuração das propriedades psicométricas do instrumento nesta nova amostra. Os resultados apontaram índices adequados de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,81), com teste de esfericidade de Bartlett significativo (x^2 = 2570; p<0,001) para fatorabilidade da matriz de dados. Na Tabela 4 temos os resultados da análise fatorial exploratória que evidenciou uma estrutura fatorial composta por 3 dimensões, compatível com a encontrada nos estudos de validação inicial da escala. Observou-se que apenas um item, "19. A deficiência é causada exclusivamente por condições...", apresentou carga fatorial cruzada. No entanto, o valor acima de 0,40 foi encontrado apenas na dimensão 1 metafísica (conforme tabela 4).

Tabela 4 - Análise fatorial exploratória da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência

	1 (M)	2 (S)	3 (B)
17. A pessoa com deficiência é uma pessoa iluminada.	0.857		
35. As pessoas com deficiência são especialmente protegidas por Deus.	0.854		
10. As pessoas com deficiência são iluminadas e especialmente protegidas por Deus.	0.818		
14. A família da pessoa com deficiência é preparada por Deus para recebê-la.	0.771		
37. A pessoa com deficiência é um escolhido.	0.730		

11. O homem acometido pela deficiência alcança a santidade e tem seu lugar no reino dos céus.	0.712		
8. A pessoa com deficiência vem ao mundo para se submeter às provações divinas e para desenvolver a sua espiritualidade.	0.695		
9. Ser deficiente ou ter um elemento da família com deficiência significa passar por uma provação divina.	0.659		
5. Ter uma pessoa com deficiência na família é um caminho pelo qual Deus possibilita a evolução espiritual dos familiares.	0.639		
20. A existência de pessoas com deficiência são um resultado da vontade divina.	0.596		
38. Deus olha pelas pessoas com deficiências.	0.592		
19. A deficiência é causada exclusivamente por condições geneticamente determinadas.	0.460		0.301
41. A deficiência é resultado da opressão das estruturas sociais.		0.781	
40. A deficiência é uma construção social que depende do contexto.		0.729	
24. A deficiência é uma produção social, resultante da relação entre biologia e cultura na constituição do sujeito.		0.720	
7. A deficiência é uma condição relativa que decorre de atitudes e das expectativas do outro.		0.702	
13. A deficiência tem relação direta com a forma como a pessoa é tratada pela sociedade.		0.696	
31. A definição de alguém como sujeito deficiente tem relação com o outro que o vê e o nomeia.		0.686	
27. A deficiência é um conceito que decorre da forma como a sociedade encara a problemática.		0.666	
4. A deficiência é definida de acordo com a interpretação que cada cultura faz dela.		0.661	
36. O grau de limitações e comprometimentos da pessoa com deficiência é definido pela sociedade.		0.640	
28. Numa determinada cultura a deficiência é decorrente de atitudes e expectativas do outro.		0.637	
42. A deficiência é causada por uma falta de orientação educacional adequada.		0.612	
1. A gravidade da deficiência é definida de acordo com a interpretação que a sociedade faz dela.		0.588	
25. A cultura determina a relação entre a deficiência e sociedade.		0.501	
30. A maior ou menor participação social de uma pessoa com deficiência está diretamente ligada aos modos de produção.		0.418	
3. A deficiência pode ser causada por um conjunto de multifatores (sociais, emocionais, econômicos e educativos).		0.418	
34. A deficiência é originada por limitações no desenvolvimento do indivíduo.			0.800
39. A deficiência pressupõe um mau funcionamento orgânico, que compromete o			0.723

desenvolvimento humano.	
6. A deficiência é composta por um conjunto biológico que estabelece comprometimentos e limitações.	0.687
33. As pessoas com deficiência apresentam alguma falha ou limite orgânico que por si só leva a um mau desenvolvimento humano.	0.684
29. As pessoas com deficiência apresentam déficits orgânicos que acarretam um desenvolvimento anormal.	0.646
16. A deficiência é causada exclusivamente por fatores biológicos, congênitos e genéticos que determinam o desenvolvimento humano.	0.633
43. A deficiência é uma patologia e pode ser explicada por uma falha na pessoa, justificada pela presença de elementos desviantes do ponto de vista biológico ou funcional.	0.614
26. As pessoas com deficiência apresentam defeitos orgânicos que causam sequelas biológicas e/ou funcionais.	0.613
23. A deficiência gerada por alterações biológicas acarreta dificuldades de adaptação do ser humano ao meio onde vive.	0.606
32. A deficiência é uma limitação intrínseca à pessoa, devido a causas biológicas.	0.601
21. As pessoas com deficiência apresentam uma diferença biológica que compromete o seu desenvolvimento humano.	0.533
15. A deficiência pode ser identificada por uma limitação orgânica.	0.531
12. As deficiências ocorrem por diferenças que aparecem durante o desenvolvimento biológico.	0.475
22. Uma pessoa com deficiência apresenta defeitos em seu organismo.	0.466
18. A deficiência é causada por limitações biológicas na pessoa.	0.442
2. A deficiência tem múltiplas causas, mas seu determinante é biológico.	0.331

Fonte: autoria própria. Legenda: 1 (M) refere-se a concepção metafísica/religiosa, 2 (S) a concepção social e 3 (B) a concepção biológica.

A confiabilidade da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência (EICD) foi verificada por meio dos coeficientes de confiabilidade interna alpha de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω). Conforme apresentado na Tabela 5, todos os valores de α/ω obtidos foram superiores a 0,90, tanto para a escala total quanto para os fatores Concepção Social, Concepção Biológica e Concepção Metafísica/Religiosa. Esses resultados indicam um índice de ajuste excelente, demonstrando que a EICD é um instrumento confiável para a mensuração das concepções de deficiência em trabalhadores de Centros Especializados em Reabilitação.

Tabela 5 - Confiabilidade dos Itens da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência

	Média	DP	(α)	(ω)
1. A gravidade da deficiência é definida de acordo com a interpretação que a sociedade faz dela.	2.49	1.45	0.941	0.942
2. A deficiência tem múltiplas causas, mas seu determinante é biológico.	2.91	1.38	0.941	0.943
3. A deficiência pode ser causada por um conjunto de multifatores (sociais, emocionais, econômicos e educativos).	4.00	1.33	0.943	0.944
4. A deficiência é definida de acordo com a interpretação que cada cultura faz dela.	2.72	1.46	0.941	0.942
5. Ter uma pessoa com deficiência na família é um caminho pelo qual Deus possibilita a evolução espiritual dos familiares.	2.19	1.37	0.940	0.942
6. A deficiência é composta por um conjunto biológico que estabelece comprometimentos e limitações.	3.70	1.27	0.940	0.942
7. A deficiência é uma condição relativa que decorre de atitudes e das expectativas do outro.	2.33	1.34	0.940	0.941
8. A pessoa com deficiência vem ao mundo para se submeter às provações divinas e para desenvolver a sua espiritualidade.	1.70	1.28	0.940	0.942
9. Ser deficiente ou ter um elemento da família com deficiência significa passar por uma provação divina.	1.65	1.18	0.940	0.942
10. As pessoas com deficiência são iluminadas e especialmente protegidas por Deus.	2.42	1.51	0.941	0.942
11. O homem acometido pela deficiência alcança a santidade e tem seu lugar no reino dos céus.	1.66	1.07	0.940	0.942
12. As deficiências ocorrem por diferenças que aparecem durante o desenvolvimento biológico.	2.99	1.30	0.940	0.941
13. A deficiência tem relação direta com a forma como a pessoa é tratada pela sociedade.	2.88	1.52	0.941	0.943
14. A família da pessoa com deficiência é preparada por Deus para recebê-la.	1.94	1.26	0.940	0.942
15. A deficiência pode ser identificada por uma limitação orgânica.	3.33	1.21	0.941	0.943
16. A deficiência é causada exclusivamente por fatores biológicos, congênitos e genéticos que determinam o desenvolvimento humano.	2.53	1.51	0.940	0.941
17. A pessoa com deficiência é uma pessoa iluminada.	2.13	1.38	0.940	0.942
18. A deficiência é causada por limitações biológicas na pessoa.	3.38	1.10	0.940	0.942
19. A deficiência é causada exclusivamente por condições geneticamente determinadas.	2.01	1.33	0.939	0.941
20. A existência de pessoas com deficiência são um resultado da vontade divina.	1.81	1.23	0.941	0.942

21. As pessoas com deficiência apresentam uma diferença biológica que compromete o seu desenvolvimento humano.	2.94	1.29	0.940	0.942
22. Uma pessoa com deficiência apresenta defeitos em seu organismo.	2.35	1.26	0.940	0.941
23. A deficiência gerada por alterações biológicas acarreta dificuldades de adaptação do ser humano ao meio onde vive.	3.56	1.24	0.940	0.942
24. A deficiência é uma produção social, resultante da relação entre biologia e cultura na constituição do sujeito.	2.97	1.34	0.941	0.942
25. A cultura determina a relação entre a deficiência e sociedade.	3.50	1.25	0.941	0.943
26. As pessoas com deficiência apresentam defeitos orgânicos que causam sequelas biológicas e/ou funcionais.	3.35	1.29	0.940	0.942
27. A deficiência é um conceito que decorre da forma como a sociedade encara a problemática.	3.14	1.35	0.940	0.942
28. Numa determinada cultura a deficiência é decorrente de atitudes e expectativas do outro.	2.79	1.28	0.941	0.943
29. As pessoas com deficiência apresentam déficits orgânicos que acarretam um desenvolvimento anormal.	2.93	1.24	0.939	0.941
30. A maior ou menor participação social de uma pessoa com deficiência está diretamente ligada aos modos de produção.	3.17	1.24	0.941	0.942
31. A definição de alguém como sujeito deficiente tem relação com o outro que o vê e o nomeia.	2.99	1.43	0.940	0.942
32. A deficiência é uma limitação intrínseca à pessoa, devido a causas biológicas.	2.78	1.30	0.940	0.942
33. As pessoas com deficiência apresentam alguma falha ou limite orgânico que por si só leva a um mau desenvolvimento humano.	2.52	1.27	0.940	0.941
34. A deficiência é originada por limitações no desenvolvimento do indivíduo.	3.15	1.36	0.939	0.941
35. As pessoas com deficiência são especialmente protegidas por Deus.	2.09	1.42	0.939	0.941
36. O grau de limitações e comprometimentos da pessoa com deficiência é definido pela sociedade.	2.55	1.44	0.940	0.942
37. A pessoa com deficiência é um escolhido.	1.70	1.15	0.940	0.941
38. Deus olha pelas pessoas com deficiências.	3.21	1.67	0.940	0.942
39. A deficiência pressupõe um mau funcionamento orgânico, que compromete o desenvolvimento humano.	3.05	1.29	0.940	0.942
40. A deficiência é uma construção social que depende do contexto.	2.84	1.42	0.941	0.942
41. A deficiência é resultado da opressão das estruturas sociais.	2.14	1.28	0.940	0.942
42. A deficiência é causada por uma falta de orientação educacional adequada.	1.98	1.23	0.940	0.942
43. A deficiência é uma patologia e pode ser explicada por uma falha na pessoa, justificada pela presença de elementos desviantes do ponto de vista biológico ou funcional.	2.88	1.43	0.941	0.943

Escala Total	**3.32**	**0.71**	**0.942**	**0.943**
Concepção Social	**3.17**	**0.91**	**0.915**	**0.916**
Concepção Biológica	**3.04**	**0.85**	**0.918**	**0.919**
Concepção Metafísica (Religiosa)	**3.95**	**1.01**	**0.928**	**0.931**

Fonte: autoria própria

5.3 Análises Descritivas da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência

Conforme apresentado na Tabela 6, 20,9% dos participantes apresentaram discordância e 12,8% apresentaram tendência à discordância com a concepção social da deficiência. Já 55,8% apresentaram tendência à concordância e 10,5% concordância com essa concepção. Em relação à concepção biológica, 15.1% dos participantes apresentaram discordância e 15.2% tendência à discordância com essa concepção. A maioria, 61,6% apresentaram tendência à concordância e 8,1% concordância.

Já em relação à concepção metafísica, 57% dos trabalhadores dos CER apresentam discordância total com essa concepção e 9.3% tendência à discordância, ou seja, 66,3% dos participantes. Já 7% apresentam concordância com essa concepção e 26,7% tendência à concordância, totalizando 33.7% de profissionais que atuam com Pessoas com Deficiência que se aproximam dessa concepção.

Tabela 6 – Percentual de concordância em relação a cada concepção

Concepção		**N**	**%**
Social	Discordância	18	20,9 %
	Tendência à Discordância	11	12,8 %
	Tendência à Concordância	48	55,8 %
	Concordância	9	10,5 %
Biológica	Discordância	13	15,1 %
	Tendência à Discordância	13	15,2 %
	Tendência à Concordância	53	61,6 %
	Concordância	7	8,1 %
Metafísica	Discordância	49	57,0 %

Tendência à Discordância	8	9,3 %
Tendência à Concordância	23	26,7 %
Concordância	6	7,0 %

Fonte: autoria própria

A partir da análise descritiva sobre as concepções de deficiência (Tabela 7), de acordo com a média geral da amostra, observamos que há uma tendência à concordância dos profissionais do CER em relação à concepção social e com concepção biológica, havendo discordância para a concepção metafísica.

Houve participantes que assinalaram o valor mínimo das concepções social e metafísica, ou seja, de total discordância. Para a concepção social e metafísica também houve profissionais que assinalaram o valor máximo, indicando total concordância com essas concepções. Já para a concepção biológica, o valor máximo foi de 83 e a total concordância apresentaria um valor máximo de 85 e o mínimo 18, sendo a total discordância 17.

Tabela 7 – Análises descritivas de cada concepção da deficiência

	Concepção Social	**Concepção Biológica**	**Concepção Metafísica**
Média	42.5	50.4	22.5
Mediana	43.0	51	20
Desvio padrão	13.8	14.6	11.2
Mínimo	15	18	11
Máximo	75	83	55

Fonte: autoria própria

Não foi possível realizar uma análise de comparações entre os CER's devido ao baixo número de participantes que responderam à pesquisa em alguns locais. Na tabela 8, ao analisar as médias das concepções para cada CER participante, percebemos que todos apresentam tendência à concordância para a concepção biológica. Já em relação à concepção social, todos os CER's apresentam tendência à concordância com essa concepção, exceto o CER de Colatina que apresenta uma média que indica tendência à discordância para essa concepção. Já para a concepção metafísica, o CREFES e o CER de Colatina apresentam

médias que indicam discordância, enquanto o CER de Nova Venécia apresenta tendência à discordância e o CER de Mimoso do Sul tendência à concordância.

Tabela 8 - Média e desvio-padrão da concepção sobre a deficiência em cada CER

	Biológica	**Social**	**Metafísica**
Média CER de Mimoso do Sul	53.4	44.7	28.0
Desvio-padrão CER de Mimoso do Sul	18.8	15.1	14.0
Média CER CREFES	49.2	41.9	19.9
Desvio-padrão CER CREFES	13.4	13.3	9.70
Média CER Colatina	51.3	37.2	20.7
Desvio padrão CER Colatina	14.9	13.1	7.00
Média CER Nova Venécia	50.3	44.4	27.3
Desvio padrão CER Nova Venécia	13.2	15.0	10.8

Fonte: autoria própria

5.4 Análises de Correlação

As análises de correlação (Tabela 9) evidenciaram relações positivas entre a concepção biológica e a concepção social e entre a concepção metafísica e a biológica. Em nossa amostra, não foram encontradas relações entre a idade dos participantes, tempo de atuação nos serviços de reabilitação, religião e escolaridade com as concepções sobre a deficiência.

Tabela 9 – Análises de correlações entre variáveis.

		1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**
1.Idade	R de Pearson's	—				
	p-value	—				
2.Tempo que trabalha	R de Pearson's	0.581***	—			

com PCD						
	p-value	< .001	—			
3.Concepção Social	R de Pearson's	0.197	0.033	—		
	p-value	0.070	0.767	—		
4.Concepção Biológica	R de Pearson's	0.050	-0.172	0.434 ***	—	
	p-value	0.650	0.118	< .001	—	
5.Concepção Metafísica	R de Pearson's	-0.080	0.030	0.188	0.544 ***	—
	p-value	0.463	0.790	0.083	< .001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Fonte: autoria própria

5.5 Análises de Comparação

Em relação ao sexo dos participantes percebemos que não houve diferença significativa entre as tendências para a concepção social e biológica, apesar de haver maior tendência à concordância para concepção biológica no sexo masculino. Entretanto, para a concepção metafísica, o sexo feminino apresenta discordância enquanto o masculino apresenta tendência à discordância (Tabela 10).

Ainda na Tabela 10, ao comparar os CER's da Região Metropolitana e do Interior do Estado para concepção biológica e social, ambos apresentam tendência à concordância. Já em relação à concepção metafísica, os CER's do interior apresentam tendência à discordância enquanto o CER da região metropolitana apresenta discordância.

Nesse estudo, foram considerados profissionais de reabilitação aqueles que tiveram mais proximidade com a temática durante a graduação e cujas profissões têm em sua fundação forte influência das ciências da reabilitação. Também foi considerado na definição de quais as profissões de reabilitação, conforme apontado por Saldanha et al (2022), o fato de que a reabilitação se institui como prática especializada da área de saúde no Brasil com a

implementação dos primeiros cursos universitários de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Logo, historicamente, apresentam maior proximidade com o tema. Dessa forma, considerou-se Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Fonoaudiólogo.

Ao analisar as diferenças entre profissionais de reabilitação e os demais (Tabela 10), não há mudança significativa entre as concepções social e biológica, mas para a concepção metafísica os profissionais de reabilitação apresentam discordância para essa concepção enquanto os demais profissionais apresentam tendência à discordância.

Tabela 10 – Análises de comparação entre as concepções da deficiência e as variáveis sexo, região de atuação e área profissional.

		Concepção de Deficiência						
			Social		Biológica		Metafísica	
		N	média (dp)	valor-p	média (dp)	valor-p	média (dp)	valor-p
Sexo	**Feminino**	61	42.3 (14.2)	0.423	47.7 (14.07)	0.467	20.5 (9.97)	**<0.001**
	Masculino	25	42.8 (12.9)		56.9 (13.9)		27.3 (12.6)	
Região	**Interior**	34	43.3 (14.6)	0.373	52.1 (16.3)	0.505	26.5 (12.2)	**<0.001**
	Região Metropolitana	52	41.9 (13.3)		49.2 (13.36)		19.9 (9.7)	
Área profissional	**Reabilitação**	46	43.9 (13.7)	0.598	51.3 (13.37)	0.546	20.9 (9.63)	**<0.001**
	Outros	40	40.9 (13.9)		49.3 (15.9)		24.4 (12.6)	

Fonte: autoria própria

6 DISCUSSÃO

Neste estudo realizado com profissionais que atuam em CERs do Estado do Espírito Santo, observou-se que a maioria destes apresenta tendência a concordância com as concepções social e biológica de deficiência e tendem a discordar da concepção religiosa. Este é um achado importante na medida em que profissionais que associam a deficiência a aspectos religiosos ou espirituais podem atuar de forma a contribuir para perpetuar concepções equivocadas de deficiência que são capazes de gerar estigma, baixa autoestima e sofrimento. Contudo, apesar da maioria dos respondentes apresentarem discordância da concepção metafísica da deficiência, é importante destacar, com base nas análises descritivas,

que aproximadamente um terço dos profissionais entrevistados tende a concordar com ela, o que deve ser objeto de análise e intervenção no âmbito da gestão dos serviços.

Também é importante perceber que os profissionais apresentam uma tendência à concordância com a concepção social, apesar de coexistir uma tendência a concordância com a concepção biológica, demonstrando uma ambivalência e dificuldade dos profissionais superarem a compreensão biomédica da deficiência. Isso pode refletir em uma prática que não privilegia as potencialidades do individuo, valorizando ainda um entendimento da deficiência como uma questão individual. No estudo de Rebolledo-Sanhueza et al. (2021), foi observado um resultado semelhante em relação às percepções sobre deficiência entre usuários e profissionais de um centro de reabilitação comunitária na região metropolitana do Chile. Os participantes demonstraram percepções baseadas nos modelos biomédico e social da deficiência, o que, segundo o autor, pode gerar tensões na aplicação desses modelos no processo de reabilitação.

A amostra deste trabalho apresentou tendência à concordância para as concepções social e biológica assim como nos estudos desenvolvidos com estudantes universitários (Gràcia, Leite e Cañete-Massé, 2022; Borges et al., 2023; Leite, Cabral e Lacerda, 2023). Em relação à concepção metafísica houve discordância na média geral dos participantes dos CER's. Resultados semelhantes foram encontrados por Gràcia, Leite e Cañete-Massé (2022), com estudantes de ensino superior da Universidade de Barcelona, e por Borges et al. (2023), com estudantes da Universidade do Algarve.

A abordagem biopsicossocial no processo de avaliação e reabilitação das PCDs integra o fator biológico ao considerar as limitações nos níveis de função e estruturas do corpo (WHO, 2001). Contudo, é imprescindível compreender que esse aspecto não deve ser analisado de forma isolada, mas sim em conjunto com os demais componentes. Dessa forma, ao avaliarmos os itens da EICD que buscam identificar a concepção biológica da deficiência, evidencia-se que esses itens remetem a uma compreensão biomédica da deficiência. Por isso entendemos que representa esse modelo, não sendo desejável essa compreensão pelos profissionais dos CER.

Gomes (2020) relata que a concepção médica sobre a deficiência e o modelo biomédico de reabilitação ainda exercem fortes influencias nas práticas de saúde e reabilitação, mesmo dentro dos serviços públicos, que tendem a repetir as ações dos serviços particulares e filantrópicos. Lundberg e Chen (2024) ressaltam que o modelo biomédico da deficiência contribui para a manutenção do capacitismo estrutural na saúde e que a objetividade e impessoalidade assumidos nesse modelo levam os profissionais de saúde a

utilizarem ferramentas métricas que muitas vezes interpretam mal a forma como as pessoas com deficiência entendem suas experiências ou seguem um padrão pré-estabelecido de normalidade, não atendendo os objetivos do individuo.

No estudo de Leite, Cabral e Lacerda (2023) em três Instituições da Educação Superior (IES) do estado de São Paulo, nas Instituições Públicas (Estadual e Federal) os dados revelaram discordância em relação à concepção metafísica, assim como no presente estudo o CER de instituição pública também apresentou. Para a Instituição de Educação Superior Privada apresentou concordância para a concepção metafísica, enquanto na nesta pesquisa os CER's que são instituições filantrópicas e localizadas no interior do ES apresentaram tendência a discordância com essa concepção, sendo que o CER de Mimoso do Sul apresenta tendência a concordância, ou seja, as médias demonstraram menor discordância ou até maior concordância para essa concepção. Leite, Cabral e Lacerda (2023) discutem a possível relação entre essa concepção e a influência da globalização neoliberal da Educação Superior e como isso pode afetar o reconhecimento das identidades e diferenças nos estudantes universitários, impactando as concepções de deficiência. Destacam ainda que a universidade moderna se legitima na autonomia do saber entre religião e Estado, tendo a função de fortalecer movimentos sociais, promover emancipação e resistência a globalização neoliberal. Porém, os interesses econômicos e competitivos são próprios das instituições privadas, o que pode influenciar diretamente o reconhecimento de potencialidades nas PCDs, evidenciando uma dificuldade desses estudantes em compreender uma concepção discriminatória que atende aos interesses mercadológicos e neoliberais (Leite, Cabral e Lacerda, 2023).

Não podemos afirmar que os mesmos interesses influenciam as concepções de deficiência nas Instituições Filantrópicas e nem é objetivo do estudo discutir isso. Entretanto, compreendemos que essas instituições podem seguir uma lógica mercadológica para obtenção de recursos e subsistência, apresentando concepções e objetivos diferentes de instituições públicas. Nesse contexto, é pertinente ressaltar que a atenção à pessoa com deficiência tem sido historicamente negligenciada no Espirito Santo, com a maioria dos serviços concentrados em instituições filantrópicas. Notavelmente, apenas um CER no Estado não possui vínculo com instituição filantrópica, evidenciado uma distribuição desigual de serviços voltados a essa população.

É fundamental que a formação do trabalhador dos CER's esteja alinhada aos pressupostos da RCPCD, a fim de garantir a integralidade do cuidado e que as ações destinadas a essa população as considere como sujeitos de direitos, priorizando a dignidade humana e atendendo ao modelo social da deficiência (Zanella et al., 2022; Madruga, 2023).

Dessa forma, o fato da pesquisa ter apontado para uma tendência a concordância dos trabalhadores dos CER's com a concepção social da deficiência representa um avanço na compreensão desses profissionais sobre o tema. Nesse sentido, é importante que os profissionais se aproximem de uma compreensão que incorpore o modelo biopsicossocial e entendam os processos de reabilitação a partir da perspectiva da funcionalidade, em que o indivíduo, família e comunidade são considerados a partir de um entendimento biopsicossocial, que dá preferência à inclusão, ao desempenho das atividades e a participação na sociedade, comunidade e família (Brasil, 2020).

Contudo, destacamos que 69,7% apresentam concordância ou tendência à concordância para a concepção biológica da deficiência, revelando uma dificuldade de superação do modelo biomédico entre os profissionais dos CER's do Estado. Esse percentual supera o número de participantes que apresentaram concordância ou tendência a concordância com a concepção social. Tal dado é preocupante, uma vez que se espera que profissionais de saúde que atendem as PCD's atualmente sejam capazes de articular conhecimentos relacionados à RCPCD, ao direito das pessoas com deficiência, a cidadania, inclusão social, ao acesso aos serviços de saúde, em colaboração com outros setores e categorias profissionais, por meio da diversificação de ações que promovam autonomia e participação das pessoas com deficiência (Zanella et al., 2022; Gomes e Oliver, 2022).

Observou-se através das análises de comparações que variáveis como sexo, se o profissional é de uma categoria do campo das ciências da reabilitação ou não, e a localização do CER influenciam na concepção geral de deficiência que a pessoa possui. Os resultados apontaram que participantes do sexo masculino apresentam maior tendência à concordância para concepção biológica que o sexo feminino, além de apresentarem tendência a discordância com a concepção metafísica, diferentemente do sexo feminino, cuja média indica discordância. Dados da literatura apontam uma ambivalência em relação à variável sexo nas concepções sobre deficiência. O estudo de revisão sistemática de Satchidanand et al. (2012) também evidenciou que as mulheres tendem a apresentar atitudes mais positivas em relação à deficiência. Por outro lado, Maftei e Ghergut (2023) não encontrou associação significativa entre gênero e atitudes em relação as PCDs.

Quando avaliamos as diferenças entre profissionais de reabilitação e os demais, houve discordância entre aqueles do primeiro grupo para a concepção metafísica, enquanto os demais profissionais apresentaram média que indica tendência à discordância para essa concepção. Dessa forma, é possível inferir que uma formação que se aproxima mais aos estudos da deficiência pode interferir de forma positiva em como os profissionais concebem a

deficiência. Chadd e Pangilinan (2011) ao desenvolverem um estudo com estudantes de medicina pré-clínica e clínica, demonstrou que os participantes que indicaram interesse profissional por medicina física e reabilitação apresentaram atitudes significativamente mais positivas em relação deficiência. Satchidanand et al. (2012), em seu estudo de revisão sistemática, relata que estudantes e profissionais de saúde geralmente demonstram atitudes favoráveis em relação às pessoas com deficiência física. Eles também mencionam que alguns estudos mostraram que os profissionais de saúde têm atitudes mais positivas em relação às pessoas com deficiência quando comparados a profissionais de outras áreas. No entanto, em nosso estudo, não conseguimos estabelecer essa relação.

Em relação à localização, a média dos participantes indicou que nos CER's do interior evidenciaram tendência a discordância para a concepção metafísica, enquanto a região metropolitana apresentou discordância. Apesar dos CERs do estudo não serem em região rural, os do interior do Estado se aproximam da realidade dessa população. São incipientes na literatura nacional estudos que comparem a concepção de deficiência de regiões metropolitanas e interior. Bourke e Waite (2013) em seu estudo que investigou a compreensão de jovens de regiões rurais do sudeste da Austrália em relação a deficiência evidenciou compreensões que reforçam o estigma, sugerindo que esses ambientes sociais rurais não apoiam a identidade da deficiência. Por isso, os autores reforçam que é necessário que se criem mais serviços de apoio a essa população nessas localidades, mas que também é necessário reconstruir a compreensão de deficiência para apoiar de maneira adequada essa população.

Os resultados apontaram que não existe forte concordância com as concepções social e biológica, visto que as médias apontaram pra uma tendência a concordância com essas concepções. Também Leite, Cabral e Lacerda (2023) em pesquisa com estudantes universitários apontou que os resultados não indicavam forte concordância nas concepções social e biológica, o que pode evidenciar a dificuldade dos participantes em opinar sobre a deficiência, por essa ser uma concepção complexa, que atravessa diferentes saberes, bem como possuem diversos determinantes históricos e culturais que os influenciam. A indicação de tendência à concordância também deixa margem para que as pessoas possam mudar de opinião, visto que não tem uma compreensão forte e determinante sobre essa questão.

A média do tempo de atuação com pessoas com deficiência encontrada nessa pesquisa foi de 10,1 anos, indicando que os profissionais tem muito tempo de experiência nesse contexto. Outros estudos demonstraram que estudantes ou profissionais que tinham contato

prévio com PCDs apresentavam atitudes mais positivas em relação a essa população (Bania et al., 2021; Kritsotakis et al., 2017; Satchidanand et al., 2012).

A idade não demonstrou ser uma variável que influência significativa na concepção de deficiência dos participantes. Satchidanand et al. (2012) destacou que as evidências de associação com a idade são inconclusivas para atitudes em relação as PCDs. Já no estudo de Borges et al. (2023) houve correlação entre idade e a concepção biológica da deficiência, sendo que quanto mais novos os estudantes, maior a concordância com a concepção biológica, indicando que a formação acadêmica pode fazer diferença na forma com que os estudantes compreendem a deficiência.

Este estudo traz dados relevantes para a organização e qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ao ser um dos primeiros a analisar a concepção de deficiência de profissionais (de saúde e administrativos) que atuam em CERs no Espírito Santo. A maior parte dos estudos que utilizam o instrumento selecionado nesta pesquisa e que se voltam à análise da concepção de deficiência de algum grupo social foi feita em instituições de ensino superior com estudantes de graduação ou pós-graduação. Os estudos voltados à discussão da concepção de deficiência em profissionais de saúde são, em sua grande maioria, teóricos ou utilizam uma metodologia qualitativa. Dessa forma, este trabalho traz dados pouco comuns na literatura científica.

A grande maioria dos participantes da nossa pesquisa possui ensino superior completo (89,5%) e é profissional da área da saúde (85,0%). Diante desse panorama, devemos refletir sobre a importância de uma formação profissional que capacite os profissionais para o atendimento as PCDs. O estudo de Assunção et al. (2020) revela uma lacuna ao avaliar projetos pedagógicos de cursos da área da saúde e concluir que não havia componentes curriculares específicos sobre atenção a saúde das pessoas com deficiência nesses projetos pedagógicos. Além disso, o mesmo estudo evidencia que não há preocupação em discutir a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência nos cursos de saúde, uma vez que nenhum curso das instituições pesquisadas a colocou entre referências a serem trabalhadas, o que leva ao desconhecimento por parte destes sobre as necessidades específicas desse grupo populacional (Assunção et al., 2020). A educação sobre a deficiência deve abranger desde informações clínicas sobre condições específicas e questões práticas sobre procedimentos de saúde, até a exploração da abordagem dos direitos humanos à deficiência, compreendendo a experiência de viver com deficiência (Shakespeare, Iezzoni e Groce, 2009). É importante que se estabeleça uma parceria entre profissionais de saúde e pessoas com

deficiência, reconhecendo a expertise destas sobre sua própria condição e valorizando suas escolhas nos cuidados em saúde (Shakespeare, Iezzoni e Groce, 2009).

Aproximadamente metade dos participantes relatou não ter recebido capacitação para o atendimento a PCD no último ano, evidenciando uma limitação dos serviços quanto à educação continuada. É imprescindível reconhecer que a educação continuada desempenha um papel crucial em superar concepções desatualizadas sobre as PCDs, o que, por sua vez, pode impulsionar avanços na implementação da RCPCD. Biz et al., (2024) ao avaliar os desafios na implementação do modelo biopsicossocial nos CER, destacam o investimento em educação permanente como fundamental. Eles ressaltam a necessidade de os serviços de reabilitação institucionalizarem meios para que os profissionais se mantenham atualizados, integrando essa prática à rotina de trabalho, a qual ainda se concentra majoritariamente na assistência direta (Biz et al., 2024).

Comparando os dados desse estudo com outras pesquisas, têm-se os resultados da pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil, que investigou a implementação da RCPCD em 8 Estados brasileiros, incluindo o Espírito Santo. Apesar de não avaliar as concepções de deficiência entre profissionais, esse estudo traz dados socioeconômicos que podem ser comparados com o nosso. Foi encontrado um predomínio significativo de participantes do sexo feminino, com 84,5% em comparação com os 70,9% encontrados em nosso estudo. Além disso, a média de idade dos participantes foi próxima, sendo de 37,5 anos na pesquisa da Redecin e de 39,9 anos na nossa (Silva et al., 2022).

Devemos entender que o histórico de exclusão das PCD das políticas públicas ocasionou um vazio assistencial para essa população, já que a reabilitação nunca foi prioridade dos governos e gerou uma história de exclusão e segregação (Bertussi et al., 2021). Os resultados da pesquisa incitam reflexões acerca das diretrizes que norteiam a RCPCD, a fim de compreender possíveis entraves para superação do modelo biomédico, mesmo após 12 anos de sua implementação.

Nesse sentido, Gomes e Oliver (2022), em sua pesquisa no Estado de São Paulo, analisaram os documentos norteadores a RCPCD para compreender as diretrizes e práticas de reabilitação que orientam os serviços. A partir dessa análise as pesquisadoras observaram uma consonância entre esses documentos e os modelos social e biopsicossocial. Contudo, os mesmos autores destacam uma controvérsia, uma vez que ao apresentarem ações concretas para os diferentes serviços da Rede, esses documentos apresentavam propostas de atividades e

terapêuticas que reforçam uma abordagem baseada no modelo biomédico, isto é, focalizadas em procedimentos e patologias (Gomes e Oliver, 2022). As ações listadas nesses documentos visam a prevenção de perda funcional, melhora ou recuperação da função, compensação da função perdida e da manutenção da função atual e concessão de aparelhos. Tais ações consideram a inclusão social como resultado dos ganhos funcionais, ou seja, entendem que é na condição funcional e no enfoque das incapacidades que a ação reparadora deve agir (Gomes, 2020).

Discussão semelhante surge de um estudo com profissionais de uma equipe no CREFES. Zuqui et al (2022) evidencia que os participantes reconhecem a importância do modelo biopsicossocial baseado na CIF para nortear o trabalho em reabilitação, porém, ainda há uma priorização por testes físicos na atenção ao usuário, não validando e considerando as vivências e respostas dos indivíduos e seus familiares. Dessa forma, fica claro que é um desafio para esses serviços superar a abordagem histórica da reabilitação que direciona suas ações para a correção de disfunções.

A revisão sistemática de Pelleboer-Gunnink et al. (2017) demonstra que profissionais de saúde podem apresentar atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com deficiência intelectual, sendo que profissionais relataram baixas ou altas expectativas em relação às capacidades dessas pessoas. Os mesmos autores ainda demonstraram que há uma tendência de tratar essa população de forma diferente dos outros pacientes. Atitudes como essa, que reforçam a concepção biológica da deficiência pelos profissionais de saúde, devem ser objeto de preocupação, visto que a forma de representar a pessoa com deficiência está diretamente relacionada em como a sociedade os percebe, reconhece e interage. Ao identificar as pessoas com deficiência a partir da limitação orgânica, os discursos e atitudes podem partir de uma postura que inferioriza essa população (Leite, Oliveira e Cardoso, 2019).

O fato de nas médias indicarem haver coexistência de tendência à concordância com as concepções biológica e social, pode indicar que alguns participantes reconhecem e aceitam o modelo social da deficiência, mas ainda organizam o cuidado em saúde dessa população a partir do modelo biomédico (Zanella et al., 2022). Essa dualidade é preocupante, visto que o modelo biomédico justifica a ocultação das pessoas com deficiência da sociedade enquanto a reabilitação não permitir que enfrentem a sociedade com igualdade, colocando sobre o individuo a responsabilidade pela sua adequação (Madruga, 2023).

É preocupante constatar que 33,7% dos profissionais ainda apresentam a concepção religiosa da deficiência. Embora a natureza desse estudo seja predominantemente descritiva e

não vise investigar as causas por trás dessa concepção, podemos considerar que o conservadorismo social possa estar associado ao fato desses profissionais apresentarem essa perspectiva, dado que a principal expressão desse conservadorismo é religioso.

Também podemos refletir sobre o delicado momento político e cultural que o Brasil e o mundo se encontram, marcados pela ascensão dos extremismos políticos e culturais. É possível que essa realidade tenha influenciado no resultado da pesquisa, refletindo-se no considerável número de profissionais que apresentam a concepção religiosa/metafísica da deficiência. No entanto, não podemos afirmar que esse é um fenômeno recente, ou que se acentuou recentemente.

O Brasil, marcado por suas profundas raízes religiosas e uma história permeada por conflitos sociais e violência contra populações vulneráveis, demanda uma atenção sobre a influência da religiosidade nas práticas dos profissionais de saúde. Tal influência pode resultar em atitudes de desrespeito e marginalização social (Chervenak e Mccullough, 2020). Em particular, os preconceitos associado à compreensão religiosa da deficiência são preocupantes, pois perpetuam uma visão de que as pessoas com deficiência são um fardo para a família (que deve assumir por ter cometido um pecado) e improdutivas para a sociedade (Palacios, 2008). Diante disso, é fundamental reconhecer a complexidade em profissionais de saúde que lidam com pessoas com deficiência trazerem consigo essas concepções arraigadas, visto que poderão reproduzir práticas que limitam a potencialidade dessa população e atuarem a partir de uma perspectiva da caridade.

Sobre as propriedades psicométricas da EICD em nossa amostra, um instrumento de avaliação faz uma estimativa de construtos que não podem ser observados diretamente (Hutz et al., 2015). A avaliação de construtos requer que essas ferramentas apresentem evidências de validade (Valentini e Damásio, 2016). A Escala Intercultural de Concepções de Deficiência é um instrumento relativamente recente, cujas propriedades psicométricas foram inicialmente testadas com universitários. Portanto, a aplicação do instrumento em profissionais do CER requer a mensuração das propriedades psicométricas do instrumento nesta nova amostra. Processos de Validação de instrumentos buscam dar evidências de validade que apoiem a adequação, o significado e a utilidade das tomadas de decisão, com base nas inferências feitas a partir dos escores obtidos do teste (Zumbo & Padilla, 2020).

Neste estudo a análise fatorial exploratória confirmou a estrutura fatorial tridimensional da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência, apresentando índices de ajustes satisfatórios. Apenas um item (Item 19) apresentou carga fatorial cruzada em dois fatores; todavia, o mesmo apresentou carga superior a 0,40 em seu fator de origem. Ressaltamos que

nosso estudo utilizou como estratégia de retenção fatorial a AFE com rotação promax e princípios de mínimos quadrados, com base em análises paralelas; o estudo original de Leite, Cardoso e Oliveira (2021) utilizou a análise dos componentes principais (ACP). As análises fatoriais exploratórias constituem-se análises mais robustas que as análises de principais componentes, sendo que a última tem sido desencorajada na área de psicometria, devido principalmente à sua característica de superestimação de fatores (Damasio & Borsa, 2017; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). Todavia, apesar da utilização de técnicas de retenção fatorial diferentes, ambos os estudos encontraram estruturas fatoriais semelhantes.

Ainda sobre a carga cruzada do item 19, a melhor solução para análise deste item seria uma análise fatorial confirmatória (AFC). Entretanto, nosso estudo não possui poder amostral para tal solução. Desta forma, com base nas evidências de validade baseadas na estrutura interna e na confiabilidade verificada por meio dos coeficientes de confiabilidade interna alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω) classificados como excelentes (α/ω > 0,90), optamos pela não exclusão do item no presente estudo. Todavia, ressaltamos que em pesquisas futuras é interessante o aumento da amostra e o desenvolvimento da AFC.

No que se refere às respostas à Escala Intercultural de Concepções de Deficiência e, uma vez que esta estipula intervalos de valores para concordância e discordância, ressalta-se que, mesmo dentro do intervalo de concordância ou de discordância, os resultados podem apenas representar tendências, dado que as concepções são complexas e processuais (Borges et al., 2023). Faz-se necessário compreender melhor as concepções de deficiência entre profissionais de saúde, através de estudos mais amplos, e também como essas concepções influenciam as atitudes em relação a essa população. Dessa forma, seria possível entender melhor como essas concepções afetam o atendimento das PCDs e constituem-se oportunidades as barreiras em suas vidas.

Quanto às limitações do estudo é importante destacar que uma maior adesão dos CERs e dos profissionais a pesquisa possibilitaria a realização de mais análises de correlação. A proposta inicial desta nossa pesquisa era de ser realizada em todos os CER’s do Espírito Santo, entretanto em dois Centros não responderam autorizando a coleta de dados, apesar das diversas tentativas de contato com os gestores. Também se percebeu alguma resistência dos profissionais em responder a pesquisa.

Sugere-se que futuras pesquisas procurem ampliar a amostra e compreender as concepções de deficiência entre os outros atores da RCPCD, como a atenção primária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender as concepções de deficiência entre profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação do Estado do Espírito Santo através da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência. O resultado mostrou que os profissionais apresentam tendência a concordância com as concepções social e biológica da deficiência e discordam da concepção religiosa/metafísica.

Em relação às comparações, os resultados indicaram que as mulheres apresentam concepções mais positivas em relação a deficiência quando comparadas aos homens, que apresentaram maior tendência a concordância para a concepção biológica, além de apresentarem tendência a discordância para a concepção metafísica, enquanto as mulheres apresentaram discordância. Já em relação a área de atuação, os profissionais que tiveram em sua formação maior aproximação com os estudos da deficiência (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo) apresentaram uma concepção mais positiva em relação a deficiência, sendo de discordância para a concepção metafísica, enquanto os demais profissionais apresentaram tendência a discordância. Já quanto a localização dos CERs, os participantes da região metropolitana apresentaram discordância para a concepção metafísica e os profissionais do interior apresentaram tendência a discordância.

Espera-se que os profissionais que atuam na RCPCD incorporem o modelo biopsicossocial nas suas práticas, compreendendo a reabilitação a partir da funcionalidade. Os resultados do presente estudo indicam um avanço, ao evidenciar que os profissionais do CER reconhecem o modelo social de compreensão da deficiência. No entanto, também revelam que persiste uma dificuldade em superar o modelo biomédico, que trata a deficiência como uma questão individual.

Fica evidente que o cuidado às PCDs não é eficaz quando a responsabilidade pela sua reabilitação é centrada apenas no indivíduo, desconsiderando seu entorno. Dessa forma, a reabilitação baseada no modelo biomédico não atende adequadamente as necessidades dessa população. A CIF, publicada em 2001, reforça a necessidade de uma mudança de paradigma a fim de oferecer um cuidado integral a partir da compreensão biopsicossocial da deficiência. No entanto, esse estudo destaca que ainda há avanços necessários nessa discussão.

Para promover essa mudança, é fundamental investir em uma formação crítica dos profissionais de saúde, bem como em práticas de educação continuada essenciais nos serviços de reabilitação. Somente com uma educação crítica e contínua será possível desenvolver

práticas verdadeiramente inclusivas e participativas, promovendo assim um cuidado mais humanizado e eficaz que contemple os pressupostos da RCPCD.

Os achados desse estudo podem contribuir para descrever as concepções de deficiência entre profissionais dos CER, tema com pouca discussão na literatura até o momento. Ademais, o estudo pode auxiliar na proposição de políticas públicas voltadas ao atendimento das PCDs na RCPCD, bem como na revisão das concepções de deficiência entre os profissionais que atendem essa população, contribuindo para práticas em que não perpetuem o capacitismo.

Considerando o histórico de exclusão das PCD das políticas públicas e a escassez de serviços de assistência destinados a essa população, a implementação da RCPCD emerge como um meio crucial para ampliar o acesso aos serviços de saúde, expandindo o cuidado para além dos serviços de reabilitação. Dessa forma, busca-se garantir que a oferta de serviços esteja mais próxima da pessoa.

Para superar efetivamente o modelo biomédico de reabilitação é necessário um maior investimento em políticas públicas voltadas as pessoas com deficiência garantindo efetivação RCPCD. Para isso, é necessário que gestores, profissionais e usuários contribuam na discussão de práticas de reabilitação que valorizem atividade e participação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. B.; FRANÇA, L. C.; MELO, A. K. S. Diversidade humana e interseccionalidade: problematização na formação de profissionais da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

ALVES, M. T. et al. Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação. **Revista de Salud Pública**, v. 21, n. 3, p. 1–10, 1 maio 2019.

ASSUNÇÃO, M. L. D. B. et al. Atendimento em Saúde à Pessoa com Deficiência e a Formação Inicial do Profissional de Saúde: o que há entre nós? **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 26, n. 2, p. 327–342, jun. 2020.

BANIA, T. A. et al. The Interaction with Disabled Persons Scale: translation and cross-cultural validation into Greek. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 7, p. 988–995, 27 mar. 2021.

BERTUSSI, D. C. A Centralidade da Atenção Especializada e da Reabilitação no Cuidado das Pessoas com Deficiência: um pacote de intervenção sobre os corpos. In: ROSA, N. S. F. **O Cer que Precisa Ser:** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2021.

BIZ, M. C. P. et al. Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230178, 2024.

BORGES, M. L. et al. Conceções de deficiência em estudantes do Ensino Superior: estudo exploratório na Universidade do Algarve. **Análise Social**, p. 704- 725 Páginas, 12 fev. 2023.

BOURKE, L.; WAITE, C. "It's not like I have a disability or anything!" Perceptions of impairment and disability among rural, young people. **Disability Studies Quarterly**, v. 33, n. 3, 23 maio 2013.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Presidência da República. Brasília, DF. 25 ago. 2009.

BRASIL. **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual: Centros Especializados de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas**. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União,** 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União,** 23 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília (DF); 2012 Jun 6; Seção 1: 137.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** 29 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** 25 abr. 2012.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. D. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207–210, mar. 2015.

CASTRO, A. M. M. et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. 1-25, 2021.

CAVALCANTI, A.; SOARES, L.B.T.; GALVÃO, C. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.R.C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro, 2. ed.: Guanabara Koogan, 2024. p.03-10.

CHERVENAK FA, MCCULLOUGH LB. How Extreme Religiosity and Nationalism Are Predatory on the Biopsychosocial Health of Patients and the Professionalism of Physicians. **Psychiatr Danub**. 2020 Spring; 32(1):122-123.

CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022.

COUTINHO, G.C. et al. A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no Estado do Espírito Santo. In: RIBEIRO, K. S. Q. S., MEDEIROS, A.A., SILVA, S.L.A. **Redecin Brasil:** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. p. 195-207.

DA SILVA ALVES, D. S. Concepções de deficiência: um estudo sobre a representação social da diversidade humana ao longo da história. **Revista Polyphonía**, v. 28, n. 1, p. 31, 27 set. 2016.

DAMÁSIO, B. F., BORSA, J. C. **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. [s.l.] São Paulo, SP: Vetor Editora, 2017.

DANTAS, D. D. S. et al. Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, p. e003321, 2020.

DINIZ, D. **O Que É Deficiência**. [s.l.] Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, n. 11, p. 64–77, 2009.

DUARTE, A. **Capacitista em desconstrução: Um guia para transformar preconceitos em oportunidades de inclusão**. São Paulo, SP: Cromossomo 21, 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde (Sesa). **Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física e Pessoa Ostomizada no Estado do Espírito Santo**. 2022.

FIGUEIRA, E. **As pessoas com deficiência na história do Brasil: uma trajetória de silêncios e gritos**. 4a edição, revista e ampliada ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2021.

GOMES, C. M. S., SILVA, A. R., OLIVEIRA, J. F. P. Grupo de educação em saúde para pessoas com esclerose lateral amiotrófica, seus familiares e cuidadores. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 9, 323–333, 2021.

GOMES, M.L. **Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 197. 2020

GOMES, M.L.; OLIVER, F.C. Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo – SP. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e205241

GRÀCIA, M.; LEITE, L.; CAÑETE-MASSÉ, C. Attitudes towards disability in Higher Education. **Anuario de Psicología**, v. 52, n. 2, 25 jul. 2022.

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LEITE, L. P.; CABRAL, L. S. A.; LACERDA, C. B. F. D. Concepções sobre deficiência em instituições públicas e privadas da Educação Superior. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 31, n. 118, p. e0233127, jan. 2023.

LEITE, L. P.; CARDOSO, H. F.; OLIVEIRA, T. Escala intercultural de concepções de deficiência: construção e estudos psicométricos. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, p. 573, 2021.

LEITE, L. P.; LACERDA, C. B. F. A construção de uma escala sobre as concepções de deficiência: procedimentos metodológicos. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 432–441, 2018.

LEITE, L. P.; OLIVEIRA, T. D.; CARDOSO, H. F. Concepções de deficiências em profissionais de uma universidade do interior paulista. **Barbarói**, p. 153–170, 20 dez. 2019.

LUNDBERG, D. J.; CHEN, J. A. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual framework. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 30, p. 100650, fev. 2024.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 27 2018.

MACIEL, M. E. S. A eugenia no Brasil. **Anos 90: Revista do Programa de Pós-Graduação em História**. Porto Alegre. N. 11, p. 121-143, 1999.

MAFTEI, A.; GHERGUT, A. Are Attitudes Towards Disability Different When We Refer to Children Versus Adults? **International Journal of Disability, Development and Education**, v. 70, n. 6, p. 1041–1051, 19 set. 2023.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, 2022.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2021.

MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3265–3276, 2016.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1893–1902, jul. 2013.

NUNES, C. Você conhece a cif? Saiba mais sobre o assunto! Disponível em: https://jornalistainclusivo.com/voce-conhece-a-cif/. Acesso em: 20 de maio do 2024

PALACIOS, A. **El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad**. 1a. ed ed. Madrid: Cinca, 2008.

PEREIRA, R. **Anatomia Da Diferença**. [s.l.] Pearson Education, 2021.

REBER, L. et al. Ableism and contours of the attitudinal environment as identified by adults with long-term physical disabilities: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 12, p. 7469, 2022.

REBOLLEDO-SANHUEZA, J. et al. Experiencias y percepciones sobre discapacidad y participación social en centros de rehabilitación comunitaria de Chile. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2021.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2023.

SALDANHA, J.H.S. et al. O Cuidado à Saúde das Pessoas com Deficiência: conceitos, evolução histórica e perspectivas. In: RIBEIRO, K. S. Q. S., MEDEIROS, A.A., SILVA, S.L.A (Orgs.). **Redecin Brasil:** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. p. 14-33.

SANTOS, M. L. M. et al. Pessoas com deficiência corpos políticos e insurgentes, existências singulares. In: BERTUSSI, D. C. et al (Orgs.). **O Cer que precisa ser:** os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 13-16.

SATCHIDANAND, N. et al. Attitudes of Healthcare Students and Professionals Toward Patients with Physical Disability: A Systematic Review. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 91, n. 6, p. 533–545, jun. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Espírito Santo). Comissão Intergestores Regional da Região Sul. **Resolução nº 139/2019**. Homologa a Resolução n.023/2019 da CIR Sul, que aprova o Projeto do Centro Especializado de Reabilitação nas Modalidades Física e Intelectual - CERII do Centro de Reabilitação da Associação Pestalozzi de Mimoso do Sul - ES. Vitória: Comissão Intergestores Regional da Região Sul, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Espírito Santo). Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n°153/2020**. Aprovar os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul.Vitória: Comissão Intergestores Bipartite, 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SESA). **Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES**. Disponível em: < https://saude.es.gov.br/centro-de-reabilitacao-fisica-do-espirito-santo-crefes>. Acesso em: 11 de abril 2024

SHAKESPEARE, T.; IEZZONI, L. I.; GROCE, N. E. Disability and the training of health professionals. **The Lancet**, v. 374, n. 9704, p. 1815–1816, nov. 2009.

MADRUGA, S. **Pessoas com deficiência e direitos humanos: ótica da diferença e ações afirmativas**. [s.l.] SaraivaUni, 2023.

SILVA, S.L.A. et al. Centro Especializado em Reabilitação: o coração da rede de cuidados à pessoa com deficiência. In: RIBEIRO, K. S. Q. S., MEDEIROS, A.A., SILVA, S.L.A. (Orgs.) **Redecin Brasil:** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. p. 123-139.

SILVEIRA, L. C. et al. Lacunas sanitárias da APS para as pessoas com manifestações estigmatizadas da diversidade funcional (com deficiência): uma revisão participativa e integrativa. **SciELO Preprints**, s.l: s.n., 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5169/version/5475>. Acesso em: 27 jul. 2023.

TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. **Psychological Methods**, v. 16, n. 2, p. 209–220, jun. 2011.

TORRES, J. P.; CRUZ, L. P.; CABRAL, L. S. A. Concepções sobre deficiência importam? **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, p. 545-558, 2021.

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: indicadores de precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 2, 2016.

VIANNA, N. G., et al. Uma aproximação genealógica à rede de atenção à pessoa com deficiência a partir do plano viver sem limite. In: BERTUSSI, D. C. et al (Orgs.). **O Cer que**

precisa ser: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 17-31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). Relatório mundial sobre a deficiência. The World Bank. Trad Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, Disability and Health, resolutionWHA 54.21. Geneva: WHO; 2001

ZANELLA, A. K. et al. A Formação do Trabalhador para o Cuidado Integral à Pessoa com Deficiência. In: RIBEIRO, K. S. Q. S., MEDEIROS, A.A., SILVA, S.L.A. **Redecin Brasil:** Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. p. 50-63.

ZANELLA, A. K.; SOARES, L. S.; FREITAS, G. K. F. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sob a Perspectiva da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Orgs.). **Redecin Brasil:** o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 154-165.

ZUMBO, B. D.; PADILLA, J. The Interplay Between Survey Research and Psychometrics, with a Focus on Validity Theory. Em: BEATTY, P. et al. (Eds.). **Advances in Questionnaire Design, Development, Evaluation and Testing**. 1. ed. [s.l.] Wiley, 2020. p. 593–612.

ZUQUI, A.C.; VOGLER, F.M.; CARMO, J.F.; GOMES, C.M.S. Implantação de um protocolo de avaliação e acolhimento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um centro especializado de reabilitação. **Acta Fisiatr**. 2022;29(3):140-148.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Concepção sobre deficiência entre profissionais de Centros Especializados de Reabilitação do Estado do Espírito Santo

Caro participante, convidamos você para participar de uma pesquisa em relação às concepções sobre deficiência entre funcionários de Centros Especializados de Reabilitação do Estado do Espírito Santo. A pesquisa é dividida em duas partes, sendo que a primeira consiste em responder questões sociodemográficas, de perfil e trajetória profissional e a segunda parte será utilizado um instrumento para avaliar as concepções dos profissionais sobre deficiência, através da Escala Intercultural de Concepções de Deficiência.

A sua participação é voluntária e pode ser realizada no local e momento mais adequado para você. Ressaltamos que não existem respostas certas ou erradas e, caso haja desconforto ao responder as questões, você poderá suspender sua participação a qualquer momento, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa. Sua participação não lhe trará benefícios financeiros. Garantimos a você que todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, será mantido sigilo absoluto das informações colhidas e, em momento algum, será divulgado seu nome ou invadida sua privacidade.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, favor contatar os pesquisadores Aline Cáus Zuqui, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES) ou o Dr. Thiago Dias Sarti, professor do PPGSC/UFES. Perante necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo você pode entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFES pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente, ou pelos correios, no seguinte endereço: Avenida Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, Sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória, ES. CEP: 29.060-070.

Espero contar com sua participação. Muito obrigada pela atenção!

Questionário Sóciodemográfico: as perguntas a seguir se referem a suas informações sociodemográficas.

Qual a sua idade? (em anos)*

_____

Qual o seu gênero?*

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro
- ☐ Prefiro não responder

Qual é o seu Estado Civil?*

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Em uma união estável

Qual é a sua escolaridade?

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- ☐ Ensino fundamental (1º grau) completo
- ☐ Ensino médio (2º grau) incompleto
- ☐ Ensino médio (2º grau) completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Pós-graduação latu-senso
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Não sei informar

Qual religião você pertence ou com qual você mais se identifica?

- ☐ Católico
- ☐ Evangélico
- ☐ Espírita
- ☐ Religião de matriz africana
- ☐ Não tenho ou não me identifico com religião
- ☐ Outro:_____

Como você identifica a sua cor de pele ou raça?*

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

Atualmente, qual é a sua renda familiar per capita? (*Renda familiar per capita é a soma da renda de todos os membros da família dividida pela número de pessoas*)

- ☐ Até 1 salário mínimo (R$1.320,00)
- ☐ 1 a 2 salários mínimos
- ☐ 3 a 4 salários mínimos
- ☐ 5 a 6 salários mínimos
- ☐ 7 a 8 salários mínimos
- ☐ 9 a 10 salários mínimos
- ☐ Acima de 10 salários mínimos

Você se autodeclara como sendo uma pessoa com deficiência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Caso apresente alguma deficiência, poderia informar qual seria? (pode marcar mais de uma alternativa).

- ☐ Física
- ☐ Auditiva
- ☐ Intelectual
- ☐ Visual
- ☐ Outro:_____

Sobre o trabalho no Centro Especializado de Reabilitação: as perguntas a seguir se referem a sua atuação no Centro Especializado de Reabilitação

Qual o CER que você está vinculado no momento? (pode marcar mais de uma alternativa)

- ☐ APAE Colatina (CER IV)
- ☐ APAE Nova Venécia (CER II)
- ☐ CREFES (CER II)
- ☐ Pestalozzi Guarapari (CER III)
- ☐ APAE Cachoeiro (CER II)
- ☐ Pestalozzi Mimoso do Sul (CER II)

Para as próximas perguntas, caso atue em mais de um CER, favor considerar o que atua há mais tempo.

Há quanto tempo (em anos) você trabalha na Instituição? (Caso seja menos de 1 ano, colocar 0).

_____

Qual é o tipo de vínculo empregatício que você tem com a instituição?

- ☐ Estágio profissional
- ☐ Trabalho voluntário
- ☐ Estatutário
- ☐ Celetista
- ☐ Contrato temporário
- ☐ Pessoa Jurídica

Antes de trabalhar nesse Centro de Reabilitação, você já tinha trabalhado no atendimento a Pessoas com Deficiência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

No total, você trabalha diretamente com pessoas com deficiência há quantos anos?

_____

Qual é a sua profissão?*

_____

Qual cargo você ocupa neste CER?

_____

Qual a sua carga horária total de trabalho na semana?

- ☐ Até 30h
- ☐ Acima de 30h e até 40h
- ☐ Acima de 40h e até 60h
- ☐ Superior a 60h

Quantos empregos você tem atualmente?

_____

Já realizou curso de capacitação para o atendimento à pessoa com deficiência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, foi um curso (pode marcar mais de uma alternativa):

- ☐ Cursos de extensão (carga horária de 30h a 120h)
- ☐ Cursos de aperfeiçoamento (carga horária mínima de 180h)
- ☐ Cursos de especialização (carga horária de 360h ou mais)

No último ano, passou por algum processo formativo para o atendimento à pessoa com deficiência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, quais? (pode marcar mais de uma alternativa)

- ☐ Cursos de extensão (carga horária de 30h a 120h)
- ☐ Cursos de aperfeiçoamento (carga horária mínima de 180h)
- ☐ Cursos de especialização (carga horária de 360h ou mais)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui convidado(a) a participar da pesquisa **"Concepção sobre deficiência entre profissionais de Centros Especializados de Reabilitação do Estado do Espírito Santo"**.

JUSTIFICATIVA

Com a transição demográfica que ocorre no Brasil e o aumento da ocorrência de doenças crônico degenerativas, a demanda por serviços de reabilitação vem aumentando. Considerando que é responsabilidade do Governo promover condições para que as pessoas com deficiência desenvolvam suas habilidades plenamente, expandindo o bem-estar, a qualidade de vida e a independência desta população, é importante compreender as concepções sobre deficiência dos profissionais que atendem este público. Assim será possível intervir na relação entre as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde e na garantia do acesso à reabilitação a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Este estudo tem o objetivo de compreender as formas com que profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação Física (CER's) do Estado do Espírito Santo concebem a deficiência.

PROCEDIMENTOS

Você está convidado(a) a responder um questionário que traz perguntas sobre algumas de suas características sociodemográficas, aspectos de sua formação profissional e sobre seu trabalho no CER. Além disso, traz perguntas sobre a forma como você entende a deficiência (Escala Intercultural de Concepções de Deficiência). Você pode responder esse questionário de maneira online, numa plataforma chamada *Research Electronic Data Capture* (REDCap) ou, se preferir, pode responder de maneira presencial, em seu local de trabalho, em um local onde apenas você e a pesquisadora estejam presentes e com privacidade. O tempo médio de administração previsto será de 30 minutos, sendo a duração total diretamente dependente da sua colaboração.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Como dito, o questionário poderá ser respondido de maneira online ou presencial. Você deve informar sua preferência à pesquisadora. No caso de sua opção ser pela entrevista presencial, você pode escolher o horário que melhor se adeque a sua rotina. A única exigência é que a entrevista presencial ocorra em seu próprio ambiente de trabalho, em local privativo. Sua privacidade será mantida e nenhuma informação pessoal sua será divulgada. A duração do preenchimento online do questionário ou da entrevista presencial é de aproximadamente 30 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Os riscos aos participantes da pesquisa são mínimos, restritos a um possível desconforto com as questões presentes no roteiro da entrevista ou receio de exposição de dados pessoais. Não haverá qualquer risco à sua integridade física ou psicológica. É garantido pleno sigilo e privacidade sobre os dados compartilhados. O ambiente da entrevista será adequado a esta garantia. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS

Os participantes desta pesquisa não terão benefícios diretos como remuneração, transporte ou aquisição de bens. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhora da qualidade do serviço prestado e melhor direcionamento na implementação de políticas públicas.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, será mantido sigilo absoluto das informações colhidas e, em momento algum, será divulgado o nome ou invadir a privacidade dos participantes. Apenas os membros do projeto de pesquisa terão acesso aos dados coletados, que serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

RESSARCIMENTO DE CUSTOS ORIUNDOS DA PESQUISA E INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa não vai gerar qualquer tipo de custo ou vantagem financeira a você. Os instrumentos de pesquisa serão aplicados de forma compatível com suas atividades cotidianas, não havendo necessidade de deslocamento do participante. Além disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o participante pode contatar a pesquisadora Aline Cáus Zuqui, no telefone (27) 998555454 ou pelo email alinezuqui@gmail.com. No caso de denúncias e/ou intercorrências, injúria ou dano relacionado com o estudo o participante pode contatar o Comitê de

Ética e Pesquisa pelo telefone (27) 3335-7211, pelo email cep.ufes@hotmail.com ou pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador por via eletrônica/presencial.

Declaro que aceito participar da pesquisa "Concepção sobre deficiência entre profissionais de Centros Especializados de Reabilitação do Estado do Espírito Santo". Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir, sem nenhum prejuízo para mim. Entendi também que os riscos são mínimos, além dos que são encontrados normalmente no meu dia a dia e que não ganharia nenhum benefício direto com minha participação.

_____

Participante

Eu, Aline Cáus Zuqui, na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "Concepção sobre deficiência entre profissionais de Centros Especializados de Reabilitação do Estado do Espírito Santo" declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Aline Cáus Zuqui

Vila Velha, 09 de abril de 2023