



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vanessa Vianna Cruz

**Acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na Região
Metropolitana I do Rio de Janeiro: Um estudo sobre enfrentamento de barreiras
que interessa a enfermagem.**

Rio de Janeiro
NOVEMBRO/2019

MESTRANDA: VANESSA VIANNA CRUZ

Acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro: Um estudo sobre enfrentamento de barreiras que interessa a enfermagem.

Dissertação de Mestrado submetida ao exame de defesa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) - Mestrado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) inserida na linha de Pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar e à Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Data da defesa: 19/11/2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (Presidente, Orientador)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Maria Luiza de Oliveira Teixeira (1º Examinador Externo)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Prof.^a Dr.^a Teresa Tonini (1º - Examinador Interno)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Luciana Krauss Rezende (Suplente- Examinador Externo)

Universidade Estácio de Sá - Petrópolis.

Prof.^a Dr.^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo (Suplente- Examinador Interno)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Ficha Catalográfica

C955	<p>Cruz, Vanessa Vianna</p> <p>Acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro: um estudo sobre enfrentamento de barreiras que interessa a enfermagem / Vanessa Vianna Cruz. -- Rio de Janeiro, 2019.</p> <p>93 f</p> <p>Orientador: Wiliam César Alves Machado.</p> <p>Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.</p> <p>1. Pessoa com deficiência. 2. Acessibilidade. 3. Barreiras. 4. Estratégias de cuidado. 5. Mobilidade reduzida. I. Machado, Wiliam César Alves, orient. II. Título.</p>
------	--

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas com deficiência,
que lutam diariamente por seus direitos, autonomia e, sobretudo,
por IGUALDADE.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela fé que me mantém viva e por me suprir em todas as minhas necessidades.
- À minha mãe, Marilza Costa Vianna e meu pai (in memoriam) Walter Vianna, que sempre foram e sempre serão meus grandes exemplos, me apoiando em todos os momentos.
- Ao meu amado esposo, Leonardo Venâncio Cruz , pela compreensão e força durante essa jornada. Não foi fácil, mas NÓS conseguimos.
- Aos meus amados filhos Lucas e Davi, compreendendo as ausências da mãe para dedicação aos estudos .
- Ao meu Orientador, Prof Dr Wiliam César Alves Machado, um agradecimento carinhoso por me mostrar pacientemente o caminho da ciência, incentivando-me e apoiando-me em todos os momentos.
- Aos grandes profissionais da ABBR que me abriram as portas para esta pesquisa, Dr Robson, Enfermeira Sheila e a assistente social Cristiane, minha eterna admiração.
- Aos clientes da ABBR que aceitaram gentilmente a participar desta pesquisa.
- À minha família e amigos, pelo carinho, orações e incentivo e principalmente pela compreensão nos momentos de ausência.

EPÍGRAFE

Viver

É realizar-se,

Amar;

Sofrer;

Resistir.

Realizar-se

É não se subjugar:

É ser forte ou frágil,

Se preciso.

Realizar-se é,

Antes de tudo,

Ousar,

Trabalhar,

Sublimar para não sofrer,

Diante do que não se pode mudar.

(Genaura Tormin)

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1: Distribuição dos usuários do Centro Especializado de Reabilitação Física CER, ABBR, segundo variáveis sociodemográficas básicas.....	49
Tabela 2: Distribuição dos usuários do Centro Especializado de Reabilitação Física CER, ABBR, segundo variáveis clínicas específicas.....	50
Quadro 1: Meios de Locomoção auxiliar utilizados pelos usuários CER, ABBR.....	52
Quadro 2: Dificuldades para locomoção, usuários CER, ABBR	53
Quadro 3: Sentimentos vivenciados pelos usuários CER, ABBR	54
Quadro 4: Estratégias de cuidado a pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida e medidas preventivas de risco, oriundas do discurso dos usuários do CER ABBR.....	72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APAEs	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
CRPD	Centro de Reabilitação a Pessoa com Deficiência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoa com Deficiência
RCPCD	Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livree esclarecido
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA	15
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Justificativa.....	18
1.2 Problematização.....	20
1.3 Objeto do Estudo.....	22
1.4 Objetivos.....	22
1.4.1 Objetivo Geral.....	22
1.4.2 Objetivos Específicos.....	22
CAPÍTULO 2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 Definições.....	23
2.2 Acessibilidade.....	25
2.3 Barreiras de Acessibilidade.....	29
2.4 Dificuldades ao Acesso aos Serviços de Saúde.....	34
CAPÍTULO 3. O CUIDAR, A REABILITAÇÃO E O ENFERMEIRO	37
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA.....	41
4.1 Tipo de Pesquisa.....	41
4.2 Cenário.....	41
4.3 Participantes da Pesquisa.....	42
4.4 Características dos Participantes.....	43
4.5 Critérios de Inclusão.....	43
4.6 Critérios de Exclusão.....	43
4.7 Coleta de Dados.....	43
4.8 Procedimento de Análise.....	45
4.9 Aspectos éticos.....	46

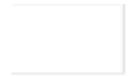
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	48
5.1 Caracterização dos Participantes.....	48
CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	56
Categoria I Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir.....	56
Categoria II: Reflexos dos Sentimentos vivenciados por pessoas com deficiência após experiências desrespeitosas.....	62
CAPÍTULO 7. Estratégias de Cuidados de Enfermagem e Medidas Preventivas de Riscos.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	
A – Roteiro de Entrevista.....	85
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
C – Quadro Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo	90
D – Quadro Síntese da Construção de Categorias de Análise de Conteúdo	91
ANEXO – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO.....	92

RESUMO

Introdução: O presente estudo aborda aspectos do enfrentamento das barreiras diárias, as quais interditam o direito de ir e vir de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, sob a ótica de usuários de tradicional programa institucional de reabilitação integrado à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo: analisar as dificuldades das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa realizado no primeiro semestre de 2019, com pessoas com deficiência física que residem no Rio de Janeiro. Os participantes deste estudo foram os clientes usuários dos Programas de Reabilitação Física da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro e março de 2019, através de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado, compostas de questões fechadas e abertas, respondidas pelos entrevistados. As entrevistas foram audiogravadas, agendadas para datas, horários e locais de acordo com a disponibilidade dos usuários dos programas de reabilitação que participaram do estudo. A análise dos dados foi pautada na técnica de análise de conteúdo temático-categorial.

Resultados: foram apresentados após a categorização dos dados e sua demonstração na modalidade de quadros representativos das unidades de registro que emergiram dos relatos dos participantes, estabelecendo relações com o papel do enfermeiro, como profissional atuante nas equipes de reabilitação, com vista na minimização dos impactos das dificuldades enfrentadas por essas pessoas no âmbito da acessibilidade. Os resultados apresentados emergiram duas categorias: Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir e Reflexos dos sentimentos vivenciados por pessoas com deficiência após experiências desrespeitosas. **Discussão:** os resultados foram devidamente discutidos à luz da bibliografia consultada nas bases de dados da área de conhecimento, com enfoque nas intervenções do enfermeiro de reabilitação. **Considerações Finais:** Barreiras arquitetônicas e atitudinais são as responsáveis em sua maioria pela perda de muitas oportunidades e violação do direito de ir e vir, e cabe ao enfermeiro, como agente transformador de paradigmas estabelecer de estratégias de



cuidados e medidas preventivas de riscos, para promoção de uma assistência com mais qualidade e equidade.

Palavras-chave: Acessibilidade; Barreiras; Pessoas com Deficiência; Limitação de Mobilidade; Locomoção; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Introducción: El presente estudio aborda aspectos del enfrentamiento de las barreras diarias, que intervienen el derecho de ir y venir de personas con discapacidad y / o movilidad reducida, bajo la óptica de usuarios de tradicional programa institucional de rehabilitación integrado a la Red de Cuidados de la Persona con Discapacidad del Estado de Río de Janeiro. **Objective:** to analyze the difficulties faced by people with disabilities and / or reduced mobility in addressing accessibility barriers in the city of Rio de Janeiro, with a view to proposing Nursing care strategies and risk prevention measures. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study conducted in the first half of 2019, with people with physical disabilities residing in Rio de Janeiro. The participants in this study were clients of the Physical Rehabilitation Programs of the Brazilian Benefit Rehabilitation Association (ABBR). Data were collected in February and March of 2019, through interviews based on a semi-structured script, composed of closed and open questions, answered by the interviewees. The interviews were audio-taped, scheduled for dates, times and locations according to the availability of the users of the rehabilitation programs that participated in the study. Data analysis was based on the thematic-categorical content analysis technique. **Results:** they were presented after the categorization of the data and their demonstration in the modality of representative tables of the recording units that emerged from the reports of the participants, establishing relationships with the role of the nurse, as a professional working in the rehabilitation teams, with a view to minimizing impact of these difficulties on accessibility. The results presented appeared two categories: Obstacles of daily life that interfere with the right to come and go and Reflexes of feelings experienced by people with disabilities after disrespectful experiences. **Discussion:** the results were duly discussed in the Light of the bibliography consulted in the databases of the knowledge area, focusing on the interventions of the rehabilitation nurse. **Final Considerations:** Architectural and attitudinal barriers are responsible for the loss of many opportunities and violation of the right to come and go, and it is up to the nurse, as a transforming agent of paradigms, to establish strategies of care and preventive measures of risks, to promote assistance with better quality and equity.

Keywords: Accessibility; Barriers; Disabled people; Mobility Limitation; Locomotion; Rehabilitation Nursing.

RESUMEN

Introducción: El presente estudio aborda aspectos del enfrentamiento de las barreras diarias, que rodean el derecho de ir y venir de personas con discapacidad y / o movilidad reducida, bajo la óptica del enfermero, comprendido como agente transformador de paradigmas de salud, programas de rehabilitación y plena inclusión social de esas personas, además de proponer medidas preventivas de riesgos y promoción de la salud. **Objetivo:** analizar las dificultades de las personas con discapacidad y / o movilidad reducida en el enfrentamiento de las barreras de accesibilidad, en la región metropolitana I de Río de Janeiro, con vistas a la propuesta de estrategias de cuidados de Enfermería y medidas preventivas de riesgos. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, de abordaje cualitativo realizado en el primer semestre de 2019, con personas con discapacidad física que residen en Río de Janeiro. Los participantes de este estudio fueron los clientes usuarios de los Programas de Rehabilitación Física de la Asociación Brasileña Beneficente de Rehabilitación (ABBR). La recolección de los datos ocurrió en el período de febrero y marzo de 2019, a través de entrevistas basadas en un itinerario semiestructurado, compuestas de cuestiones cerradas y abiertas, respondidas por los entrevistados. Las entrevistas fueron audializadas, programadas para fechas, horarios y locales de acuerdo con la disponibilidad de los usuarios de los programas de rehabilitación que participaron del estudio. El análisis de los datos fue pautado en la técnica de análisis de contenido temático-categorial. **Resultados:** fueron presentados después de la categorización de los datos y su demostración en la modalidad de cuadros representativos de las unidades de registro que surgieron de los relatos de los participantes, estableciendo relaciones con el papel del enfermero, como profesional actuante en los equipos de rehabilitación, con vistas a la minimización de los resultados impacto de las dificultades a las que se enfrentan estas personas en el ámbito de la accesibilidad. Los resultados presentados surgieron dos categorías: Obstáculos de lo cotidiano que interfieren en el derecho de ir y venir y Reflejos de sentimientos vivenciados por personas con discapacidad tras experiencias irrespetuosas. **Discusión:** los resultados fueron debidamente discutidos la luz de la bibliografía consultada en las bases de datos del área de conocimiento, con enfoque en las intervenciones del enfermero de rehabilitación. **Consideraciones finales:** Barreras arquitectónicas y actitudinales son las responsables en su mayoría por la pérdida de muchas oportunidades y violación del derecho de ir y venir, y corresponde al enfermero, como agente transformador de paradigmas establecer estrategias de cuidados y medidas preventivas de riesgos, para promoción de una asistencia con más calidad y equidad.

Palabras clave: Accesibilidad; barreras; Personas con deficiencia; Limitación de movilidad; la locomoción; Enfermería de Rehabilitación.

APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA

Em 2006 conquistei meu diploma de graduação em Enfermagem e desde então atuo como enfermeira. Já atuei em diversos setores do hospital como: Pediatria, Maternidade, Central de Material Esterilizado, Centro Cirúrgico, Educação Permanente, Emergência e Unidade de Internação. Atuei como supervisora geral e coordenei por dois anos e meio quatro unidades de internação de um hospital privado. Em 2009 conclui especialização em Enfermagem Neonatal, atuando em um serviço público em UTI neonatal e em setor privado em UTI pediátrica. Em 2015 atuei em cuidados domiciliares com pacientes acamados e portadores de lesão por pressão.

Há um ano e meio, decidi me dedicar à docência, área em que atuo ministrando aulas a turmas de nível técnico em enfermagem na instituição Sandra Silva e no Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá campus Sulacap e Nova Iguaçu.

Sempre tive uma rotina intensa e nunca parei para prestar atenção nas dificuldades envolvidas quanto acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na cidade onde resido. Até que sofri um acidente que me tornou uma pessoa com mobilidade reduzida temporariamente.

Passei dois meses necessitando me locomover em cadeira de rodas e quinze dias necessitando me locomover com auxílio de muletas.

Pude constatar e vivenciar que muitas vezes o direito de ir e vir se torna impossível. Pessoas plenamente capazes de trabalhar e estudar sem alternativas acessíveis e de mobilidade urbana, acabam mantidas em casa por não conseguirem se locomover independentemente e com segurança.

Vivenciei muitas dificuldades para me locomover em cadeira de rodas pelas calçadas das ruas do Rio de Janeiro da mesma forma, muitos transtornos tive de experimentar para utilizar o transporte público coletivo. Sempre se tornava necessário o auxílio de terceiros que nem sempre estavam dispostos para fornecer o auxílio necessário. Após ter vivenciado dificuldades quanto acessibilidade, enquanto estive temporariamente com mobilidade reduzida, e por ser enfermeira, percebi a relevância desse estudo.

A propósito como muito bem pontua Galindo (2012), o lema iguais na diferença, inspirador na Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Pessoa com Deficiência, é bastante feliz. Não se trata de querer que as pessoas sejam todas iguais, mas que elas tenham iguais oportunidades e que suas ditas “deficiências” não sejam empecilhos para o exercício de seus direitos e liberdades, tudo isso como parte integrante de múltiplos níveis de cidadania ou de uma cidadania complexa.

Após passar por esta experiência, mesmo que curta, porém intensa em termos de impactos físico, mental e emocional, enquanto estive temporariamente com mobilidade reduzida, percebi a necessidade em realizar um estudo sobre acessibilidade da pessoa com mobilidade reduzida na região Metropolitana I do Rio de Janeiro sobre a ótica da enfermagem, analisando o enfrentamento das barreiras de acessibilidade.

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo analisar as dificuldades das pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com vistas à proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos.

A acessibilidade é um direito do cidadão assegurado por lei para que pessoas com deficiência tenham a possibilidade de usufruir de recursos e ações no âmbito social. Barreiras arquitetônicas interferem na vida destes, podendo deixá-los à parte da convivência e vida social (MACHADO, 2017).

Acessibilidade compõe o conceito de cidadania, no qual os indivíduos têm direitos assegurados por lei que devem ser respeitados, entretanto, muitos destes direitos esbarram em barreiras arquitetônicas e sociais (MANZINI et al., 2003). Um espaço construído, quando acessível a todos, é capaz de oferecer oportunidades igualitárias a todos os usuários (BITTENCOURT et al., 2004).

Barreiras arquitetônicas têm sido definidas como obstáculos construídos no meio urbano ou nos edifícios, que impedem ou dificultam a livre circulação das pessoas que sofrem de alguma incapacidade transitória ou permanente (EMMEL; CASTRO, 2003). Estas se caracterizam por obstáculos aos acessos internos ou externos existentes em edificações de uso público ou privado. (MACHADO, 2017).

Segundo Rodrigues (2004), as barreiras arquitetônicas têm que ser vistas não somente como um conjunto de rampas e medidas a serem respeitadas, mas como uma filosofia geral de acolhimento, conforto e facilidades em todas as dependências dos edifícios.

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, na qual o Brasil é signatário, define as pessoas com deficiência como “[...] aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas [...]” (BRASIL, 2011, p. 26). Disso se depreende que as iniquidades referentes à mobilidade e à capacidade de movimento das pessoas com deficiência encontram-se conectadas a valores socioculturais e práticas que priorizam a mobilidade de corpos socialmente

caracterizados sob padrões definidos de saúde, capacidade física e movimentos independentes (BARBOSA, 2016).

Deve-se ressaltar que, referente à mobilidade urbana, é imprescindível a participação de todas as pessoas, inclusive daquelas que possuem deficiência.

De acordo com o pensar de Barbosa (2016), à mobilidade e a capacidade de ir e vir são fundamentais para a identidade das pessoas, suas experiências de vida e oportunidades, principalmente para aquelas cuja mobilidade e padrões de movimento são limitados por circunstâncias sociais ou situacionais mais amplas sobre as quais se tem pouco ou nenhum controle. Sob esta perspectiva, Cohen (2006) diz que a mobilidade urbana pode ser encarada como um fenômeno resultante das características corporais das pessoas ou do seu lugar na cidade.

O presente estudo abordará aspectos do enfrentamento das barreiras diárias, as quais cerceiam direito de ir e vir de pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida, sob a ótica de usuários de tradicional programa institucional de reabilitação integrado à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio de Janeiro.

1.1 Justificativa

Como o presente estudo discorre no sentido de elucidar estratégias de cuidados de enfermagem e medidas preventivas de riscos para que pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida possam minimizar as dificuldades no enfrentamento de barreiras de acessibilidade na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, cabe pontuar considerações pertinentes aos cenários e serviços que lhes são afins. Nesse particular, faz mister trazer à baila considerações sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPCD), tendo em vista que a unidade institucional que serve de cenário para o desenvolvimento deste estudo integra a RCPCD do Estado do Rio de Janeiro.

A propósito, como enfatizam Machado et al (2018), a reabilitação é a área responsável por possibilitar o treino de novas habilidades às pessoas que delas se utilizam, tornando possível o enfrentamento dos obstáculos cotidianos. É reabilitar e habilitar alguém novamente de algo que foi perdido e, para tanto, é fundamental o trabalho de uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissões das mais diversas áreas

– humanas, biológicas e exatas. Entre as diretrizes definidas no Artigo 2º da Portaria 793/2012 (BRASIL, 2012), que criou a RCPCD, destaca-se o inciso IV, onde se asseguram garantias de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, compreendendo-se, portanto, que cabe ao enfermeiro exercer seu papel de terapeuta do cuidado integral às necessidades dessas pessoas, incluídas aquelas de acessibilidade.

De acordo com Missel (2017), estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 1 bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência (Organização das Nações Unidas, 2011). No Brasil, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, o número de pessoas com deficiência é de aproximadamente 23,9% da população. Deste percentual, 7% são de pessoas com deficiência física (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Esses dados justificam a relevância de estudos em relação a práticas em saúde e inclusão social de pessoas com deficiência física.

Identifica-se que uma parte de nossa população possui deficiência física e/ou mobilidade reduzida por alguma razão, sendo permanente ou temporária e que a sua gravidade, depende do ambiente em que se vive. Ou seja, se a cidade der condições a alguém com mobilidade reduzida de sair de casa e retornar, em tempo razoável, de um trabalho digno, e o direito de entretenimento, é possível dizer que essa deficiência já não é tão grave. Da mesma forma, quando a cidade não é acessível, qualquer deficiência se torna mais séria, e multiplicam-se os danos econômicos e morais.

Nesse sentido, cabe destacar as contribuições de Barcelos e Campante (2012, p. 177):

“Acessibilidade, nesse contexto, é o mecanismo por meio do qual se vão eliminar as desvantagens sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, pois dela depende a realização dos seus demais direitos. Não é possível falar em direito das pessoas com deficiência à educação, à saúde, à inserção no mercado de trabalho, ou a quaisquer outros direitos, se a sociedade continuar a se organizar de maneira que inviabilize o acesso dessas pessoas a tais direitos, impedindo-as de participar plena e independentemente do convívio social. A acessibilidade, nesse sentido, é uma pré-condição ao exercício dos demais direitos por parte das pessoas com deficiência. Sem ela não há acesso possível às pessoas com deficiência. Por isso a acessibilidade é

tanto um direito em si quanto um direito instrumental aos outros direitos”.

Nota-se que há inúmeros estudos sobre acessibilidade de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, porém poucos relacionados com o cuidado de enfermagem. Essa enfermagem que não deve restringir suas atuações às quatro paredes da instituição, mas sim identificar a contribuição e a repercussão do trabalho de reabilitação no entorno social da pessoa com deficiência física. Tendo em vista, esta análise, torna-se relevante este estudo.

1.2 Problematização

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, define acessibilidade como a “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida” (artigo 2º, inciso I). Vale ressaltar que a questão da acessibilidade não se restringe, portanto, à área de interesse das pessoas com deficiência, mas, sim, de toda e qualquer pessoa que apresente alguma restrição de mobilidade, sendo o seu conceito ampliado para qualificar, além das edificações, espaços ou ambientes físicos, também os meios de comunicações e o sistema de transportes (BRASIL, 2011).

Como assevera Machado (2008, p. 79), baseado nas definições do design universal e acessibilidade para eliminação de barreiras de várias categorias, inclusive as arquitetônicas, chama atenção o artigo 9º da Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, “*ACESSIBILIDADE*”, ratificada pelo Congresso Nacional do Brasil através do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, onde se lê:

“A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver com autonomia e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes deverão tomar as medidas apropriadas para assegurar-lhes o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ou propiciados ao público, tanto na zona urbana como na rural. Estas medidas, que deverão incluir a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, deverão ser aplicadas, entre outros, a: a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações

internas e externas, inclusive escolas, moradia, instalações médicas e local de trabalho; e b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência”.

Um dos maiores desafios atuais da enfermagem passa inevitavelmente pela construção de conhecimentos para consubstanciar a prática do cuidado de pessoas com deficiência (MACHADO; SCRAMIN, 2010, p. 57).

“Basta que se lembre da fragilidade em que as pessoas se mostram diante da evidente possibilidade da morte; de quão frágeis as pessoas ficam ao ter de expor seus odores internos para suposto estranho que lhe presta cuidados íntimos; da emblemática expressão da criança com medo da dor; da insegurança estampada na face do acidentado em estado grave; enfim, de todas as situações de cuidar em enfermagem que envolvam a busca das pessoas por seu último porto seguro, o inevitável encontro consigo mesmas. Momentos em que a dependência do outro para com o profissional que presta cuidados de enfermagem pode ser determinante para superar medos, angústias, incertezas, e avançar rumo à superação do estado de saúde agravado para a preservação da sua vida, inclusive, juntando forças para sua plena recuperação”.

Compreendendo que a Enfermagem pode ser um agente influenciador no cotidiano e na reabilitação das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, algumas questões norteadoras foram levantadas: Quais são as dificuldades que pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, usuárias de programas de reabilitação, enfrentam no cotidiano para superar barreiras de acessibilidade, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro? Como as dificuldades de acessibilidade enfrentadas refletem na saúde e bem-estar das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida? O que a Enfermagem pode fazer para a promoção da saúde e cuidados de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade? Tendo em vista tais questionamentos a seguinte questão de pesquisa se apresenta: como as estratégias de cuidados de enfermagem e medidas preventivas de riscos podem influenciar o processo de reabilitação de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade?

1.3 Objeto do Estudo

Enfrentamento de barreiras para acessibilidade de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar as dificuldades de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar as barreiras de acessibilidade urbana enfrentadas diariamente pelas pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Analisar os reflexos do enfrentamento diário de barreiras para a saúde e bem-estar das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, na região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Propor estratégias de Enfermagem de Reabilitação, contendo medidas preventivas de riscos e promoção da saúde de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida que enfrentam barreiras de acessibilidade.

2.1 Definições

A redação original da Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993 conceituava como deficiente a pessoa incapaz para o trabalho e para a vida independente. Esse conceito foi alterado.

No Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro 1999 da Legislação Brasileira, encontramos o conceito de deficiência física, como: a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1999).

Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004 regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, compreendendo que a interação com diversas barreiras podem obstruir sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas.

No Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009 cujo um dos princípios é o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas, aborda direitos fundamentais para qualidade de vida e reforça o repúdio quanto a discriminação.

O artigo 3º, inciso IX, da Lei 13.146 de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê o conceito de pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporário, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso (BRASIL, 2015).

No presente estudo, utilizamos o conceito de mobilidade reduzida, como considera Moreira et al (2007, p. 462): “pessoa com mobilidade reduzida aquela que, não se

enquadra no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção”.

A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação (BRASIL, 2015).

Alguns tipos de comprometimento da função física se destacam:

- Paraplegia: Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
- Paraparesia: Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
- Monoplegia: Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
- Monoparesia: Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
- Tetraplegia: Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- Tetraparesia: Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- Triplegia: Perda total das funções motoras em três membros.
- Triparesia: Perda parcial das funções motoras em três membros.
- Hemiplegia: Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
- Hemiparesia: Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
- Amputação: Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
- Paralisia Cerebral: Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

Fonte: Manual: A Inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho; MPT/Comissão de Estudos para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho - Brasília/DF - 2001

Apesar dos tipos de comprometimentos existentes, entendemos o conceito de deficiência como apresentado na LBI- Lei Brasileira de Inclusão- Lei 13.146 de 06 de julho de 2015, onde considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Barreiras estas consideradas como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros. Neste estudo apresentamos algumas barreiras como: arquitetônicas, atitudinais, sociais, comunicacionais e organizacionais.

2.2 Acessibilidade

O conceito de acessibilidade é objeto de recorrentes controvérsias e discussões, sobretudo por ser comumente utilizado por uma significativa gama de ramos do conhecimento (LOBO, CARDOSO, MATOS, 2008).

Segundo Lobo (2013), o amplo emprego do termo em várias circunstâncias conduz a equívocos conceituais, o que o leva a certa descaracterização conceptual. Não raro, os termos acessibilidade e mobilidade serem considerados sinônimos.

Para Jones (1981), o conceito de acessibilidade é descrito como a oportunidade que um indivíduo possui para participar de uma atividade em um dado local. Essa potencialidade disponibilizada pelo sistema de transporte e pelo uso do solo permitiria que diferentes tipos de pessoas desenvolvessem suas atividades.

De acordo com Lobo (2013), o termo mobilidade refere-se à capacidade de um indivíduo de se deslocar espacialmente e envolve dois componentes. O primeiro refere-se a depender do desempenho do sistema de transporte, revelada pela sua capacidade de interligar locais distintos. Já o segundo depende das características próprias do indivíduo.

Em outros termos, acessibilidade associa-se à capacidade de alcançar um determinado lugar, sendo comumente mensurada pelo atributo tempo de viagem,

enquanto que mobilidade, relaciona-se com a facilidade com que o deslocamento pode ser realizado (SATHISAN E SRINIVASAN,1998).

No presente estudo adotamos o conceito de acessibilidade segundo assevera Machado (2017): A acessibilidade é um direito do cidadão assegurado por lei para que pessoas com deficiência tenham a possibilidade de usufruir de recursos e ações no âmbito social.

No estudo de Lopes e Ornstein (2010), o ambiente sócio físico é o principal gerador das dificuldades que se impõem à livre circulação de indivíduos ou grupos. Tais empecilhos podem ser: físicos ou arquitetônicas, comunicacionais, sociais e/ou atitudinais. Esses empecilhos podem influenciar grandemente no processo de inclusão social.

Segundo Alves (2005), incluir quer dizer que podemos deixar pertencer, adaptando-o em todos os aspectos, mostrando-os o que fazer, para que e com quem utilizar o seu corpo fazendo-o aprender através de atividades não só específicas, mas transformadas e adaptadas. Portanto, quando o indivíduo tem alguma restrição, dificuldade, déficit ou comprometimento, a habilidade motora não será restrita, mas terá um ritmo mais lento.

Para Pereira et al (2012), em estudo para investigar as condições de acessibilidade em três instituições de graduação em enfermagem notou-se que os entrevistados consideraram a acessibilidade fraca. O estudo também apresenta que nas universidades privadas os avanços são maiores do que nas universidades públicas. As barreiras arquitetônicas são as grandes dificuldades para circulação livre e segura. Essas barreiras causam impacto na inclusão social significativamente, pois os estudantes precisam ser tratados por igual, sem distinções de qualquer natureza. Quanto mais barreiras impostas mais isolamento acontecerá.

Lima et al (2013), destacam as barreiras arquitetônicas e atitudinais, analisando as repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência. Dentre as barreiras arquitetônicas estão os desníveis e buracos nas calçadas. O estudo de Lima relata que pessoas com deficiência antes de saírem de casa precisam pensar muitas vezes, pois se o local não for totalmente acessível optam por não se deslocarem, não por falta de vontade, mas por inúmeros empecilhos que tornam esse deslocamento inseguro

e, muitas vezes, até impossível. Aqueles que saem sozinhos precisam ter elevada resistência física para circular pelas calçadas, porém aqueles que não possuem tamanha resistência, são tomados pelo medo e insegurança sendo impedidos de sair de suas residências. Cita também dificuldades em circular por transporte coletivo, pois muitos são adaptados, porém devido à falta de manutenção, quando solicitados não funciona adequadamente o elevador, além da falta de preparo do motorista e/ou cobrador.

Nas barreiras atitudinais destacam-se a falta de respeito das pessoas, em estacionar frente a rampas ou em vagas destinadas a pessoas com deficiência.

Os sentimentos predominantes relatados pelos participantes foram os de dependência, exclusão, impotência, cansaço, revolta e muitas vezes raiva diante da falta de iniciativas do poder público.

No estudo de Torres e Vieira (2014), avaliar a percepção da qualidade de vida de adolescentes escolares com deficiência física, visual e auditiva, fora o objetivo do estudo. Os adolescentes com deficiência inseridos em salas especiais apresentaram-se como o grupo mais vulnerável entre os escolares investigados, sugerindo a necessidade de atenção pública e melhoria das condições de acessibilidade e segurança desta população. Segundo o relato desses adolescentes gera desconforto estarem inseridos em salas especiais, trazendo sentimento de impotência e exclusão. A inclusão social na adolescência é algo extremamente importante. Os resultados deste estudo chamam atenção para a necessidade pública de melhorias nas condições de acessibilidade, segurança, cuidados com a saúde e oportunidades de aprendizado de novas informações e habilidades pelos adolescentes com deficiência, necessárias para inclusão social. Com condições igualitárias de acesso os mesmos podem ter a oportunidade de escolher estudar onde assim desejarem.

Conforme Cruz et al (2016), as relações de trabalho e funções familiares são papéis importantes, seguidos do desejo de independência para realizar outras atividades como lazer, serviços domésticos e participação social. Essa pessoa tem capacidade para desempenhar funções, porém barreiras arquitetônicas e atitudinais as impedem. O estudo, entende que a extensão do papel das pessoas em seu desempenho ocupacional pode favorecer sua saúde e o aumento de sua vida social.

Segundo Tondin et al (2016), constata-se barreiras arquitetônicas, atitudinais e comunicacionais como fatores que dificultam acessibilidade e inclusão social. Percebe-se que as estruturas físicas das universidades não são preparadas para atender pessoas com deficiência e que vão sendo adaptadas de acordo com a necessidade, porém sem preparo prévio. Além da estrutura física, pode-se perceber problemas com relação aos aspectos metodológicos. Foram encontradas limitações referentes a recursos para acadêmicos com deficiência auditiva, visto que, mesmo havendo intérprete em sala de aula, ainda existem barreiras: como filmes sem legenda, explicações do conteúdo junto com a escrita no quadro, dificultando atenção para o intérprete, dentre outros. Necessita-se de capacitação de todos os profissionais, sejam administrativos ou docentes. Pois não basta apenas pessoas com deficiência entrarem para universidades, elas precisam permanecer, se sentirem seguras e livres. Inclusas em todas as atividades e ambientes.

Conforme o estudo de Oliveira e Resende (2017), foram realizadas oficinas por meio da vivência de simulação das deficiências, com os participantes se colocando no lugar do outro, com equipamentos que simulam deficiências visuais e/ou auditivas. Os participantes relataram como principais barreiras as arquitetônicas e atitudinais. Relataram que até antes de participarem desta experiência não tinham percebido a existência desses itens como sendo barreiras para alcançarem acessibilidade. Esta experiência proporcionou empatia e eliminação de estigmas e estereótipos, pois somente se colocando no lugar da outra essa compreensão torna-se possível.

É importante ressaltar que o acesso aos ambientes, quando desfavorável ao indivíduo, pode constituir fator de tendência ao isolamento social, depressão e redução de seus papéis sociais.

Mas incluir as pessoas com deficiência não é somente recebê-las porque a LBI-Lei Brasileira de Inclusão lhes dá esse direito. Inclusão é o movimento da sociedade que visa a produzir a igualdade de oportunidades para todos. Incluir é proporcionar possibilidades, eliminar barreiras, respeitar as necessidades, contribuir para melhoria da qualidade de vida.

2.3- BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE

Barreiras Arquitetônicas

Barreiras arquitetônicas têm sido definidas como obstáculos construídos no meio urbano ou nos edifícios, que impedem ou dificultam a livre circulação das pessoas que sofrem de alguma incapacidade transitória ou permanente (EMMEL; CASTRO, 2003). De acordo com o Manual de Acessibilidade da ABNT (2004), estes obstáculos são descritos como:

Escadas sem corrimão e sem contraste de cor nos degraus;

Ausência de corrimãos e/ou guarda-corpos normatizados;

Ausência de banheiros adaptados,

Ausência de rampas de acesso para cadeirante;

Pouca iluminação;

Ausência de orelhão, extintores de incêndio e caixas de correio adaptados à altura compatível com usuários de cadeira de rodas (a 1m do chão), ausência de sinalização tátil no chão, identificação desse mobiliário urbano pelos deficientes visuais;

Falta de manutenção de ruas e calçadas, bueiros sem tampa ou grades de proteção;

Salas de aula, teatros, anfiteatros e ginásios sem vagas ou espaços nos corredores entre as poltronas, carteiras, arquibancadas para cadeiras de rodas;

Desníveis nas portas que sejam maiores que 5 cm;

Portas e corredores estreitos (menor que 85 cm), catracas sem porta alternativa;

Portas emperradas e com maçanetas roliças ao invés do tipo alavanca, principalmente em banheiros adaptados

Banheiros sem identificação escrita, ao invés de símbolo que designem o gênero (para identificação dos analfabetos) e em relevo (para deficientes visuais);

Falta de abrigos para sol e chuva nos pontos de ônibus.

“As barreiras arquitetônicas urbanísticas são aquelas existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público. Barreiras

arquitetônicas na edificação são as existentes no interior dos edifícios. No Brasil, há uma grande carência de casas e apartamentos adequados aos portadores de necessidades especiais, o que se torna um grande problema, principalmente para pessoas economicamente carentes. (MOREIRA et al.,2007, p. 463)”.

Segundo Moreira et al (2007), as necessidades das pessoas com necessidades especiais são tolhidas ou agravadas pelas barreiras arquitetônicas.

Assim, ainda de acordo com o autor, faz-se necessário minimizar esses problemas de modo a promover a inclusão, pois a utilização dos espaços públicos se dá por um grande número de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Barreiras como calçadas inadequadas interferem significativamente no direito de ir e vir, pois muitas vezes se torna impossível o circular tendo que desviar de tantos obstáculos. Como muito bem aborda Gabrilli (2016, p. 5):

“O direito de ir e vir começa na porta da nossa casa, na calçada. Por isso, os passeios públicos da nossa cidade têm a obrigação de cumprir o seu papel: possibilitar que qualquer cidadão possa transitar com facilidade e segurança. Contribuir para uma cidade mais democrática, que respeita a diversidade humana, é o nosso papel como cidadão. Uma calçada segura, limpa, acessível e verde é uma calçada cidadã”.

No estudo de Vieira et al (2015), os participantes consideraram acessibilidade como o direito de ir e vir com autonomia, liberdade e independência. Consideram que esse direito é retirado muitas vezes por barreiras arquitetônicas, como as dificuldades relacionadas ao uso do transporte público. Dentre as maiores dificuldades estão a falta de preparo de motoristas e cobradores e equipamentos que existem, mas não funcionam, como os elevadores. Reconhece as ações do governo, porém se não houver frequente capacitação profissional, manutenção de participantes alegam vivenciar constrangimentos diários ao utilizar um serviço que deveria ser o direito de todos. Se não houver manutenção dos equipamentos e fiscalização das leis não atingiremos o progresso que necessitamos.

Santos et al (2017), ao analisar a estrutura física do Estádio Governador Lourival Baptista da cidade de Aracaju/SE com o intuito de verificar a acessibilidade arquitetônica, nos quesitos segurança e autonomia para a recepção do público

cadeirante, verificaram que o estádio possui áreas acessíveis, porém ainda existem alguns problemas que interferem a acessibilidade segura. Outra barreira destacada nesse estudo se refere a barreira atitudinal. Além de barreiras arquitetônicas precisa-se eliminar as barreiras da discriminação para que todos tenham as mesmas oportunidades.

Barreiras Atitudinais

No estudo de Furrer (2012), as barreiras atitudinais são geradas pelas atitudes e comportamento dos indivíduos, impedindo o acesso de outras pessoas a algum local, quer isso aconteça de modo intencional ou não. São carros estacionados na calçada que, além de impedirem a passagem dos pedestres, estão bloqueando o piso tátil direcional.¹ Outras barreiras atitudinais são uso indevido de vagas reservadas para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, obstrução de rebaixamentos de guia, os diversos tipos de preconceito, desrespeito com os idosos e vários outros exemplos.

Conforme Ponte e Silva (2015), as barreiras atitudinais frente às pessoas com deficiência existem e são praticadas pelas pessoas em atividades simples do cotidiano. Os obstáculos mais citados são referentes aos transportes públicos; à falta de respeito no trânsito, quando se desconsidera a sinalização das rampas de acesso e estacionamentos prioritários; o desrespeito à legislação; e a falta de informação sobre como interagir com uma pessoa com deficiência. O estudo também apresenta que algumas atitudes de auxílio, educação e atenção praticadas por pessoas sem deficiência diante de uma pessoa com alguma limitação são interpretadas, em alguns casos, como uma atitude discriminatória, o que muitas vezes é somente um gesto de atenção. Compreende-se que a comunicação seria a melhor escolha, pois ao invés de se adotar atitudes ditas como atitudes de atenção, deveria ser questionado qual o desejo da pessoa com deficiência, pois o que pode ser favorável para uns pode ser desfavorável para outros.

Os estudos reportados entendem que falta conscientização por parte da população, sendo necessário maiores ações educativas informando sobre os direitos das pessoas com deficiência; inclusive dos profissionais de saúde, educação e segurança.

¹ Piso Tátil direcional é o piso diferenciado com textura e cor sempre em destaque com o piso que estiver ao redor. Deve ser perceptível por pessoas com deficiência visual e baixa visão.

Felizmente houve avanços e políticas públicas, apesar de melhorias serem necessárias, porém se não houver educação, fiscalização e manutenção, prejuízos são instalados e as leis deixam de ser cumpridas.

Barreiras Sociais

Como descreve Furrer (2012), as barreiras sociais são aquelas relativas aos processos de inclusão/exclusão social de grupos ou categorias de pessoas, especialmente no que se refere às chamadas “minorias”, como grupos étnicos, homossexuais, pessoas com deficiência e outro.

No estudo de Leal et al (2013), com um grupo de trabalhadores com deficiência, a maioria dos participantes mencionou dificuldades na inclusão no mercado de trabalho, atribuídas, por grande parte deles, ao preconceito. Informam que num primeiro momento, só conseguiram entrar para o mercado de trabalho por influência política ou por intermediação de amigos e familiares. Além de preconceito, podemos citar, de acordo com o estudo, barreiras arquitetônicas que envolvem o deslocamento casa-trabalho, tornando muitas vezes um empecilho para inserção no mercado de trabalho. Quem tem melhores condições econômicas possuem um pouco mais de facilidade, pois conseguem se deslocar com transportes alternativos ou carro próprio.

Mesmo sob preconceito e auto preconceito, os sujeitos sobrepujaram tais dificuldades na busca pelo emprego e encontram-se satisfeitos com suas atividades laborais, referindo-se ao trabalho como uma grande conquista, motivo de superação e algo que traz alegria em suas vidas. Satisfaz conhecer o quanto o trabalho é prazeroso para esses sujeitos.

Como assevera Moreira et al (2007), o preconceito contra as pessoas ditas como “anormais” por apresentarem algum tipo de deficiência é algo tão antigo quanto a humanidade.

As pessoas com deficiências físicas ou mentais foram durante muito tempo consideradas seres subumanos, sendo segregadas da sociedade. Eram escondidas, mortas ou internadas em instituições custodiais.

A partir do século XX, esses conceitos começam a mudar. Iniciam-se discussões a respeito das pessoas com necessidades especiais. Surgiram as Associações de Pais e

Amigos de Excepcionais (APAEs), proporcionando importante avanço nesta questão, porém mantendo tais pessoas na condição de segregação social (MOREIRA et al.,2007)

A Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em maio de 2001, a International Classification of Functioning Disability and Health. Nela foram descritas a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, suas limitações e sua participação social, contribuindo com uma nova visão da pessoa com deficiência. Esse fato pode ser considerado um marco na evolução dos conceitos relacionados à pessoa com deficiência. “Quando utilizamos a expressão “portador de necessidades especiais”, estamos deixando claro que essa pessoa precisa de cuidados diferenciados, mas que nem por isso deixa de ter sua eficiência” (MOREIRA et al.,2007, p.462).

Barreiras Comunicacionais

Como barreira comunicacional descreve-se dificuldade gerada pela falta de informações a respeito do local, em função dos sistemas de comunicação disponíveis (ou não) em seu entorno, quer sejam visuais (inclusive em braile), lumínicos e/ou auditivos. Também são barreiras comunicacionais a falta de sinalização urbana, deficiência nas sinalizações internas dos edifícios, ausência de legendas e audiodescrição na TV, entre outras. (FURRER, 2012)

De acordo com Ianni e Pereira (2009), alguns dos problemas relatados em um estudo realizado com pessoas com deficiência auditiva na atenção básica, foram dificuldades na marcação de consulta por telefone, ausência de intérprete, surdo confundido com deficiente mental, falta de língua em comum, falta de paciência, dificuldades de profissionais capacitados e humanizados. Estas barreiras comunicacionais têm interferência significativa na saúde dessas pessoas, pois com falta de comunicação suas queixas e solicitações não são notadas, ocasionando a deficiência de um atendimento eficaz a esse público.

Barreiras Organizacionais

De acordo com o pensar de Araújo (2018), as barreiras organizacionais são descritas como características do atendimento que facilitam o contato da população com os serviços. Como por exemplo, falta de profissionais para atender a demanda, falta de continuidade dos atendimentos, rejeição institucional por não se enquadrarem nos critérios de assistências das unidades de serviço de saúde, dentre outros.

Para Souza e Rocha (2010), especificamente em relação às ações de reabilitação, nota-se que o descontentamento maior está em torno da falta de profissionais, que gera pouca frequência nos atendimentos, reduzidas vagas, pouco tempo de consulta, dificuldades no atendimento médico e nos encaminhamentos para outros serviços.

O mesmo autor também menciona o despreparo dos profissionais para atender as necessidades da pessoa com deficiência como pessoas com deficiência auditiva por não haver profissional habilitado para o entendimento de sua linguagem muitas vezes são confundidas com pessoas com deficiência mental e não conseguem expressar suas necessidades.

Fato este que não está contemplado na Lei 6949 de 25 de agosto de 2009, onde exige dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência.

Outro fator mencionado é a necessidade de terem acompanhantes para conseguirem se deslocar até o serviço. Quando o acompanhante não tem a disponibilidade para levá-los ao atendimento, esses pacientes permanecem muitas vezes em casa. Consideram o atendimento domiciliar como uma solução, porém nem todos os serviços podem ser prestados nas residências.

2.4 -DIFICULDADES AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme Castro et al (2011), nota-se duas barreiras em destaque: arquitetônicas e organizacionais, como as maiores responsáveis pelas dificuldades ao acesso aos serviços de saúde. Segundo a análise dos discursos sobre o deslocamento ao serviço de saúde mostrou diversidade quanto ao usuário ir ao serviço sozinho ou acompanhado, utilizar carro particular, transporte coletivo, ir a pé ou de ambulância e demandar tempo variado para chegar ao serviço. Com relação às dificuldades oferecidas de acessibilidade pelos serviços de saúde, houve relatos de demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e

de médicos. As pessoas com algum tipo de deficiência fizeram uso de meios de transporte diversificados, necessitando de companhia em alguns casos. Problemas na acessibilidade dos serviços de saúde foram relatados pelos sujeitos com deficiências, contrariando o princípio da equidade, doutrina do Sistema Único de Saúde.

Amaral et al (2012), propõem analisar quais variáveis se associam com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. O somatório dos fatores expostos mostra que as barreiras arquitetônicas e situação atual de atenção à saúde precisam ser adequadas, visando o ingresso e utilização plena dos idosos com deficiência aos serviços de saúde. Percebe-se a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, principalmente os de reabilitação para garantir melhor atendimento e respeito às leis brasileiras.

Para Pharr (2014), o objetivo fora identificar como clínicas de cuidados primários nos Estados Unidos acomodaram pessoas com deficiência quando uma barreira estrutural foi encontrada. A pesquisa foi realizada com administradores de clínicas de cuidados primários. De acordo com o estudo, podemos destacar, os relatos: os pacientes com deficiências foram examinados em suas cadeiras de rodas, pela dificuldade de passá-los para mesa de exames, foram solicitados a trazer acompanhantes, foram transferidos quando muitas barreiras foram encontradas ou que parte de um exame foi ignorada se uma barreira fosse encontrada. Percebe-se que essas barreiras interferem, significativamente na qualidade da assistência, sendo necessário mudanças para um atendimento igualitário.

Segundo The Lancet (2011), infelizmente, as pessoas com deficiência muitas vezes não recebem os cuidados de saúde que merecem. O estudo compreende que as atitudes em relação à saúde das pessoas com deficiência devem mudar, para permitir o acesso equitativo aos serviços de saúde. Os médicos devem abordar as comorbidades, e olhar o paciente na sua totalidade, em vez de se concentrar apenas na deficiência durante as consultas. As barreiras físicas ao acesso aos serviços de saúde podem ser facilitadas. Um apoio adequado deve ser fornecido durante as interações de saúde, por exemplo, um intérprete de linguagem de sinais para um indivíduo com deficiência auditiva. Prestar cuidados com respeito e dignidade é primordial. As pessoas com deficiência enfrentam muitos desafios, diariamente; o direito de alcançar o mais alto padrão de saúde, sem discriminação, não deveria ser um deles.

Observou-se nos estudos analisados maiores prejuízos na atenção primária, pois devido às barreiras impostas cada vez menos pessoas com deficiência decidem sair de casa e procurar medidas preventivas.

Como assevera Machado (2008), raras são as UBS que garantem acesso aos serviços. Além de pouca ou nenhuma assistência domiciliar ocorrer para pessoas com deficiência pelas equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família).

Ainda de acordo com Machado (2008, p.151):

“Barreiras arquitetônicas, atitudinais, comunicacionais e pragmáticas, cerceiam direitos elementares para o acesso de usuários deficientes, não obstante as insistentes queixas oficiais partidas dos conselhos municipais para as secretarias municipais de saúde, a maioria permanece sem resposta. Trata-se de desrespeito aos conselhos municipais de direitos das pessoas com deficiência, que embora parte da estrutura de governo municipal, ao menos no papel, apenas tem servido de fachada para que prefeitos cumpram o estabelecido nas leis estaduais.”

Os estudos demonstram que os princípios de equidade do SUS não tem sido respeitado. Percebe-se grande necessidade de treinamento de todos os profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde para que as pessoas com algum tipo de deficiência tenham os mesmos direitos de acesso a medidas preventivas, curativas e de reabilitação, com dignidade e respeito.

Nota-se a falta de humanização, ambientes insalubres, falta de insumos básicos e a perda de valores éticos e morais. De acordo com Machado (2017, p.20), esta “(des)humanização gera sentimentos como sofrimento, revolta, frustração e desesperança da população nos profissionais de saúde e nas políticas públicas pois aqueles que delas mais necessitam são abandonados, tratados com descaso, enquanto padecem na fila, esperando por atendimentos dignos” .

CAPÍTULO 3- O CUIDAR, A REABILITAÇÃO E O ENFERMEIRO

Quase 24% da população brasileira é composta por pessoas que possuem algum tipo de deficiência. De acordo com o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010, o Brasil possui 45 milhões de pessoas com deficiência. “Isso significa que cuidadores com formação específica se torna necessário para prestar assistência adequada as necessidades humanas básicas deste público ” (MACHADO, 2017 p. 19).

Nota-se que também por questões financeiras esse cuidado é prestado em primazia por familiares, que com muito amor e esforço tentam dar o seu melhor para suprir as necessidades. Porém políticas públicas são necessárias para dar suporte também a este familiar e cabe ao enfermeiro também compreendido como educador, prestar as devidas orientações.

Porém muita cautela deve ser tomada. “É necessário muito cuidado com as palavras usadas para se referir ao seu cliente que supostamente não fala, não ouve, não enxerga, não sente, especialmente dentro do espaço que ele possa captar. ” (MACHADO, 2003 p.13)

Apesar de algum sentido estar prejudicado, essa pessoa continua tendo identidade, não é um objeto ou um diagnóstico ou um número de quarto. Precisa ser mantido no seu trato respeito a sua privacidade, autonomia e desejos.

Antes da realização de procedimentos essas pessoas merecem a mesma explicação dada aos demais, assim como os mesmos cumprimentos. Não podemos esquecer que os princípios éticos, morais e humanos precisam ser mantidos a todos os clientes independentemente das reações dos mesmos.

Sensações como as descritas por Tormin (2008, p.54) devem ser amenizadas pelos profissionais de saúde, afim de trazer o máximo de conforto as pessoas com deficiência

“Não havia controle fisiológico, o que era muito triste e fazia-me sofrer muito. Não havia vontades. Não existia nenhuma sensibilidade. Era como se o crânio e os braços tivessem se separado do corpo ou permutado com um boneco qualquer sem que se fizessem as ligações necessárias ou que as pilhas estivessem estragadas”.

Segundo Lama (2000 *apud* MACHADO, 2003 p.28)

“O cuidar deve estar pautado na empatia, que nos torna incapazes de suportar o sofrimento do outro. Quanto mais acentuarmos nossa capacidade de sensibilidade para com o

sofrimento do outro, menor será nossa tolerância para a dor alheia e maior o nosso empenho em garantir que nenhuma de nossas ações prejudique quem quer que seja”.

Segundo Machado e Scramin (2010), cuidar para emancipar implica em um conjunto de ações centrada na pessoa como sujeito do seu processo saúde-doença, desenvolvendo tecnologias de cuidar capazes de ajudar na construção de projetos próprios para melhoria e/ou recuperação da saúde, e focada na valorização dos diversos saberes/valores da equipe de enfermagem como ricas possibilidades de cuidar, interagindo com os interesses e valores da pessoa a ser cuidada.

As dificuldades, limitações ou incapacidades relatadas reforçam o significado de se alcançar maior autonomia funcional para as atividades da vida diária e do autocuidado, e mostram o quanto é preciso ampliar conhecimentos para ajudar pessoas e famílias. Percebe-se que há lacunas sociais, seja no espaço institucional ou domiciliar que necessitam ser preenchidas. Cabe a enfermagem, como agente educador suprir essas lacunas (MACHADO; SCRAMIN,2010, p. 58).

“Com efeito, observa-se que os enfermeiros compreendem a deficiência a partir de perspectivas amplamente médicas, funcionalistas e individuais, perspectivas que não consideram suas implicações sociais. A incapacidade pode ser concebida como a restrição resultante de uma deficiência da habilidade de desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária”

O cuidar prestado pela equipe de enfermagem deve ir muito além da execução de procedimentos, muito além do cumprimento da prescrição médica. “Envolve o olhar e tocar o paciente atentamente percebendo suas necessidades, isto exige competência para identificar respostas e/ou reações do cliente, evitando danos e levando em conta os princípios científicos que os fundamentam” (FIGUEIREDO et al, 2018, p.100).

Na literatura, encontram-se inúmeras definições para o termo reabilitação. A reabilitação pode ser descrita como um processo para permitir a restauração das

capacidades numa pessoa com deficiência, de forma a possibilitar a otimização das funções físicas, psicológicas e sociais ao nível anterior da lesão (WATERS, 1994).

Para Faro e Leite (2005), a reabilitação inclui a promoção da saúde, a prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes no paciente são restauradas e é proporcionada uma oportunidade para uma vida com melhor qualidade, retorno da autoestima e da independência.

A reabilitação é um processo orientado para a saúde que auxilia a pessoa que se encontra enferma ou incapacitada a atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico. O processo de reabilitação contribui para que a pessoa atinja uma aceitável qualidade de vida, respeitando-se aspectos de dignidade, autoestima e independência. (MOREIRA et al.,2007)

A Organização Mundial da Saúde (1993) afirma que o processo de reabilitação da pessoa com deficiência não deve ser feito de modo isolado, mas sim de forma integrada com o tratamento do paciente diminuindo as morbidades que atingem essa determinada população (OMS, 1993).

Em se tratando da oferta de intervenções terapêuticas para atender essa demanda, deve-se recorrer à reabilitação, como área de conhecimento e prática responsável por possibilitar à pessoa o treino de novas habilidades que tornem possível o enfrentamento destes obstáculos cotidianos. É preciso esclarecer que a reabilitação, como serviço, é um conjunto de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde e bem-estar, bem como de sua família e comunidade (MACHADO et al.,2016).

Segundo Andrade (2010), hoje em dia, a reabilitação físico-motora é identificada, cada vez mais, como um importante componente no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas com deficiência.

A equipe de reabilitação é composta por uma equipe multiprofissional ou multidisciplinar.

Quando falamos de equipe multiprofissional, devemos ter certeza que existe um especialista de cada área para compô-la e deveremos ter muito cuidado para não esquecer de nenhum, dando a devida importância que cada um merece. O que não podemos esquecer é que qualquer profissional tem a condição de realizar alguma coisa para incluir o indivíduo conforme sua capacidade, ritmo e função (ALVES, 2005).

A Enfermagem cuida de pacientes em reabilitação, tanto na fase aguda da doença ou patologia, como na fase crônica. Suas ações são direcionadas para o favorecimento

da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada paciente e família, dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais. A todo momento, busca-se a independência do paciente em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade (FARO; LEITE, 2005).

O enfermeiro colabora com os demais profissionais da equipe multidisciplinar de reabilitação, com outros setores de saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição do paciente, a fim de que o processo de reabilitação alcance níveis de excelência. Os enfermeiros são reconhecidos como membros da equipe de reabilitação, mas considera-se que o seu papel continua indefinido e sua contribuição ainda limitada (ANDRADE,2010).

Conforme afirma Figueiredo et al (2018), diante dos desafios de prestar cuidados e assistência de enfermagem de reabilitação, confirma-se os quão relativos os protocolos e rotinas se mostram quando cuidamos com compromisso e determinação para superar limites, para investir em emoção, razão, amor pelo outro como propósito de ajudá-lo a vencer seus desafios.

CAPÍTULO 4- METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no primeiro semestre de 2019, com pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida que residem no Rio de Janeiro e usuárias de Programa institucional de reabilitação física na Cidade.

Para Gil (2007), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e observação sistemática.

A abordagem qualitativa, por sua vez, surgiu na Antropologia a partir do momento em que os pesquisadores, com dados quantificados, sentiram necessidade de interpretações que fossem além do simples dado objetivo. Esse tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variações (MINAYO, 2006).

Segundo Bardin (2011), a pesquisa qualitativa apresenta certas características particulares. É validada, sobretudo na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de interferência precisa e não em interações gerais.

4.2 Cenário

O cenário do estudo fora composto de vias públicas de Bairros da região Metropolitana I do Rio de Janeiro, nas quais transitam pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, impondo-lhes imensos desafios para superar barreiras arquitetônicas e usufruir de direitos básicos de ir e vir, assegurados pela constituição e várias peças legais que versam sobre acessibilidade. A falta de planejamento para mobilidade urbana compatível com conceitos de desenho universal resulta em barreira atitudinal, impedindo que pessoas com deficiência e mobilidade reduzida circulem com segurança nas vias públicas das regiões metropolitanas das grandes cidades brasileiras (MACHADO, 2008).

Cenário que se reflete na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), onde os participantes deste estudo recebem atendimentos de reabilitação, em meio a crianças, jovens, adultos e idosos com limitações motoras de diversas naturezas. Instituição que atua primordialmente no Estado do Rio de Janeiro, em função da multidisciplinaridade e integralidade de seus programas de tratamentos.

A ABBR é uma entidade de direito privado, criada a partir da união de ideias e esforços de pessoas em torno de um propósito sem finalidade lucrativa. É considerada de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal. Reconhecida por sua ação pioneira nas atividades de Reabilitação Física, fica localizada na Zona Sul da Cidade do Rio de Janeiro, e atende pessoas de todos os Municípios do Estado. São 1.200 atendimentos por dia. Onde 70% dos atendimentos são destinados a pessoas de baixa renda. A instituição conta em sua estrutura com oficinas ortopédicas de órtese, prótese, calçados e meios auxiliares de locomoção. Há também unidades de pequenos e grandes incapacitados, unidade infanto juvenil, ambulatorios e centro de medicina esportiva, além de setores multidisciplinar. A missão desta instituição de oferecer serviços integrados de reabilitação física a pessoas de todas as idades com qualidade e responsabilidade social estimulando suas potencialidades e independência para uma vivência plena e digna na sociedade, tem se cumprido há mais de meio século de atuação no campo da reabilitação física. ABBR integra a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na qual busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

4.3 Participantes

Os participantes deste estudo foram 90 pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, usuários dos Programas de Reabilitação Física da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), moradores da região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

4.4 Características dos Participantes

Dentre os 90 participantes, 77 são pessoas com deficiência (85,5 %) e 13 pessoas com mobilidade reduzida permanente (14,4 %). Dentre as causas da deficiência, destacam-se as enfermidades (n= 57/ 74%), diabetes e distúrbios circulatórios, os principais responsáveis por amputação de membros inferiores. Mantendo-se na atual condição de um a cinco anos correspondem n=43/ 48% dos participantes. Realizando tratamento de reabilitação de uma a duas vezes na semana n=71/ 78,9%. Sempre vêm ao tratamento de reabilitação acompanhados por familiares ou amigos, n=57 / 63,3%. Quanto ao transporte utilizado, destacou-se o transporte alternativo, sendo Uber ou táxi (n=25 / 27,8%). Nossos participantes possuem como principal fonte de renda a aposentadoria (n=52 / 57,8%). Renda familiar esta que fica em torno de 1 a 2 salários mínimo (n=47 / 52,2 %). Nossos participantes relataram não atuar mais em sua profissão (n=87 / /96,7%). Quanto a escolaridade, ao ensino fundamental, corresponde o maior grupo (n=43 / 47,8%). Ao sexo masculino estão representados o maior grupo dos nossos entrevistados (n=53 / 58,9%). Moradores da Zona Norte (n=39 / 43,3%), sendo representados por bairros como Tijuca e Méier, estão a maioria dos participantes. Quanto ao estado civil, solteiros são n=37 / 41,1% e quanto a faixa etária o maior grupo pertence a 44-56 anos (n=26 / 29%).

4.5 Critérios de inclusão

Usuários dos Programas de Reabilitação da Instituição, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, regularmente atendidos pela Equipe Multiprofissional, residentes na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com deficiência física e/ou mobilidade reduzida.

4.6 Critérios de exclusão

Pessoas com deficiência física e /ou mobilidade reduzida, impossibilitadas de verbalizar.

4.7 Coleta de dados

O primeiro contato com a Instituição se deu em junho de 2018 por e-mail, onde fora agendado entrevista com a responsável. Após a entrevista, termo de solicitação e dados sobre a pesquisa e pesquisadora foram disponibilizados para Instituição. Contatos com os responsáveis foram mantidos desde então, sendo permitido o conhecimento da

rotina e estrutura da Instituição. Após anuência do diretor responsável pela instituição, fornecida por escrito, os clientes foram abordados na sala de espera por mim, acompanhada da enfermeira responsável; onde as informações pertinentes a pesquisa foram fornecidas e o consentimento foi solicitado. A coleta dos dados se deu no período de abril e maio de 2019, por meio de entrevista baseada em roteiro semiestruturado, composta por questões fechadas e abertas (APÊNDICE A), respondidas pelos entrevistados.

Visando garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob Parecer nº 3.268.147, de 16 de Abril de 2019, CAAE 97122818.6.0000.5285, considerando-se o disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece normas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

As questões fechadas possibilitaram elaborar o perfil sociodemográfico dos usuários participantes, devem ser pautadas na identificação: sexo, idade, estado civil, endereço de residência. Perfil funcional: tipo de deficiência, causa da deficiência, utilização de meio de locomoção auxiliar, qual meio de locomoção auxiliar utilizado, como adquiriu o meio auxiliar de locomoção, conhecimento sobre oficina ortopédica, utilização desta oficina, tempo que se encontra na condição de deficiente, tempo de realização do tratamento de reabilitação, meio de transporte utilizado, acompanhamento para ir até a reabilitação, periodicidade do tratamento de reabilitação, escolaridade, profissão, atuação em sua profissão, exercício de atividade remunerada, renda familiar.

As entrevistas foram audiogravadas, agendadas na data, horário e local de acordo com o agendamento do tratamento do paciente. Todas as entrevistas foram realizadas na instituição ABBR, enquanto os participantes aguardavam atendimento. As entrevistas foram individuais, realizadas em sala de espera do ambulatório e da oficina ortopédica. Foi preservada a identidade dos participantes e os dados serão armazenados por 5 anos, para fins acadêmicos e publicação de artigos.

Para fins de identificação dos relatos dos participantes, apresentados nos resultados e caracterização dos núcleos temáticos, eles foram caracterizados com os seguintes caracteres alfanuméricos: PART.1, PART.2, PART.3.

A produção de dados se deu através de entrevista semiestruturada por questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A).

Segundo Minayo (2010), é uma técnica de coleta de dados que obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador, para que seja facilitada a abordagem, assegurando-se que a mesma considere as hipóteses e os pressupostos que serão orientados na conversa.

O roteiro de entrevista teve por finalidade, em suas questões abertas, conhecer quais as barreiras de acessibilidade urbana na região Metropolitana I do Rio de Janeiro são enfrentadas no dia a dia dessas pessoas. Identificar se receberam auxílio e/ou envolvimento dos profissionais que lhe prestam ou prestaram assistência quanto acessibilidade em sua residência. Identificar como se sente a pessoa com deficiência e/ou mobilidade reduzida quando não conseguem atingir seus objetivos por conta das barreiras de acessibilidade e por vivenciar a condição de pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

4.8 Procedimento de análise

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011), por meio da técnica temática categorial, sistematizada pelo modelo de Oliveira (2008). A análise dos dados pautada na técnica de análise de conteúdo temático-categorial, onde considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. É um método de gavetas ou de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem (OLIVEIRA, 2008).

Adotado a técnica de Oliveira 2008, e seguido as seguintes etapas:

- 1) Construção do corpus de análise
- 2) Leitura flutuante
- 3) Definição das Unidades de Registro
- 4) Identificação das unidades de registro no texto
- 5) Identificação e nomeação das unidades de significação
- 6) Quantificação das unidades de significação
- 7) Identificação das unidades de significação mais frequentes

- 8) Agregação das demais unidades de significação em torno daquelas mais frequentes
- 9) Aplicação dos critérios qualitativos de categorização
- 10) Constituição das categorias
- 11) Nomeação as categorias
- 12) Construção de subcategorias
- 13) Inferência do texto ao seu contexto social; associando as categorias as características do grupo estudados.
- 14) Inferência do texto ao seu contexto teórico; associando as categorias ao conhecimento científico.

A análise categorial iniciou-se a partir da determinação e quantificação dos temas encontrados, que foram agrupados e originaram as categoriais apresentadas, consideradas pertinentes segundo a sua frequência de aparição (OLIVEIRA, 2008). Após seguir técnica sistematizada da Análise de Conteúdo (APÊNDICE C e D), foram encontradas neste estudo 480 unidades de registros (UR), que foram organizadas em 19 unidades de significação (US). Destas emergiram duas categorias:

Categoria I: Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir.

Categoria II: Reflexos dos Sentimentos vivenciados por pessoas com deficiência após experiências desrespeitosas.

4.9 Aspectos éticos

Ressalta-se que a fim de garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob Parecer nº CAAE 97122818.6.0000.5285. (ANEXO A), considerando-se o que prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 2012a). Os sujeitos foram informados sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo. Foi ainda assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o respeito ao

anonimato dos sujeitos envolvidos. Estes, após terem recebido todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), e os que aceitaram participar do estudo receberam um codinome com a “PART” (participante) maiúscula seguida de números (PART1, PART 2, PART 3...), de acordo com a ordem de realização das entrevistas, a fim de garantir o sigilo e o anonimato. O TCLE foi elaborado de acordo com a norma que o regulamenta, em linguagem clara e objetiva, com as informações essenciais para facilitar a compreensão dos participantes.

CAPÍTULO 5- RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Este estudo contou com a participação de 90 usuários do programa de reabilitação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). Apresento a seguir, dados de grande relevância que serão discutidos nas categorias.

Quanto as idades, nove participantes se enquadraram na faixa etária entre 18 a 30 anos; cinco participantes entre 31 a 43 anos; vinte e seis participantes entre 44 a 56 anos; vinte e cinco participantes se enquadraram na faixa etária entre 57 a 65 anos e vinte e cinco participantes acima de 65 anos.

Todos os participantes são residentes da região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Sendo trinta e nove participantes residentes na Zona Norte, onze residentes na Zona Sul, doze residentes na Zona Oeste, um residente no Centro e vinte e sete residentes na Baixada.

Referindo-se a escolaridade quarenta e seis participantes possuem ensino fundamental, sendo a maioria ,trinta e um ensino médio, onze ensino superior e dois sem escolaridade. Dentre os que informaram ensino superior , um participante informa ensino superior incompleto e um participante informa pós-graduação. Essa baixa escolaridade muito preocupa, pois quanto menos acesso a educação menos respaldo há para reivindicação dos direitos existentes, para o exercício da cidadania.

Quanto a profissão , apenas três participantes informam ainda exercê-la, sendo um advogado, uma costureira e um comerciante. Os demais participantes alegam ter deixado suas atividades ocupacionais quando os mesmos se encontraram na condição de deficientes e/ou pessoa com mobilidade reduzida. Dentre as profissões citadas estão cinco seguranças, dois eletricitas, oito metalúrgicos, sete motoristas, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem um psicólogo, um salva-vidas, um pedagogo, um cabeleireiro, dois auxiliares de creche, dois pintores, três pedreiros, três vendedores, dois secretarios, um telefonista, um garçom, um economista, um psicanalista, um professor, três operadores de máquinas, dois comerciantes, um costureiro, um contador, um mecânico, um cozinheiro, um recepcionista, um esteticista, dois auxiliares de serviços gerais, um lavrador, um copeiro, onze doméstica, dois almoxarife e um estudante. Quinze participantes informam ser aposentados.

Sobre a renda familiar doze participantes informam renda de um salário mínimo por mês. Quarenta e sete participantes entre um e dois salários mínimos; vinte e três

participantes informam renda entre dois a cinco salários mínimos . Sete participantes informam renda acima de cinco salários mínimos. E um participante não informou a renda.

Quanto ao conhecimento sobre oficinas ortopédicas sessenta e cinco entrevistados informaram conhecer oficina de órteses e próteses da própria instituição . Porém destes , somente quarenta e sete informam já ter utilizado a oficina. Destes quarenta e sete participantes, quarenta e cinco informam ter suas expectativas atingidas. Vinte e cinco participantes informam não conhecerem nenhuma oficina ortopédica.

Para chegar na instituição os meios de transporte são variados. Carro particular, catorze participantes. Ônibus, vinte e três participantes; vinte e cinco participantes utilizam táxi ou uber. De metrô, dois participantes. Na van fornecida pela prefeitura transitam dezessete participantes. Pela ambulância, seis participantes chegam a instituição, três por motocicleta e nenhum utiliza trem.

Quanto a vir até a instituição acompanhado por familiar ou amigo; cinquenta e sete participantes informam que sempre. Dez participantes informam algumas vezes virem acompanhados e vinte e três informam não virem acompanhados.

Tabela 1: Distribuição dos usuários do Centro Especializado de Reabilitação Física CER, ABBR, segundo variáveis sociodemográficas básicas. Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	N	%
SEXO		
Masculino	53	58,9
Feminino	37	41,1
FAIXA ETÁRIA		
18-30 anos	9	10
31-43 anos	5	6
44-56 anos	26	29
57-65 anos	25	28
> 65 anos	25	28
RESIDÊNCIA		
Zona Norte	39	
Zona Sul	11	43,3
Zona Oeste	12	12,2
Zona Leste	1	13,3
Baixada	27	1,1
		30,1

ESTADO CIVIL		
Casado	27	30
Solteiro	37	41,1
Viúvo	17	18,9
Divorciado	9	10
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental	43	47,8
Ensino Médio	30	33,3
Ensino Superior	14	15,6
Sem escolaridade	3	3,3
RENDA FAMILIAR		
Inferior a R\$ 1000,00	12	13,3
Entre R\$ 1000,00 – 2000,00	47	52,2
Entre R\$ 2000,00 - 5000,00	23	25,6
Acima de R\$ 5000,00	7	7,8
Não informado	1	1,1
ATIVIDADE REMUNERADA		
Aposentadoria	52	57,8
Benefício	17	18,9
Outra	13	14,4
Não possui	8	8,9
ATUAÇÃO EM SUA PROFISSÃO		
Sim	3	3,3
Não	87	96,7

Fonte: Os autores

Tabela 2: Distribuição dos usuários do Centro Especializado de Reabilitação Física CER, ABBR, segundo variáveis clínicas específicas. Rio de Janeiro, 2019.

Variável	N	%
DEFICIÊNCIA	77	85,5
CAUSAS DA DEFICIÊNCIA		
Enfermidade	57	74
Acidente	17	22
Má formação congênita	2	3
Violência	1	1

MOBILIDADE REDUZIDA	13	14,4
AQUISIÇÃO DO MEIO DE LOCOMOÇÃO		
Própria	28	31,1
Aluguel	1	1,1
Concessão	51	56,7
Empréstimo	10	11,1
CONHECIMENTO OFICINA ORTOPÉDICA		
Sim	65	72,2
Não	25	27,8
USO DA OFICINA ORTOPÉDICA		
Sim	47	72,3
Não	18	27,7
SATISFAÇÃO OFICINA ORTOPÉDICA		
Sim	45	95,7
Não	2	4,3
ATUAL CONDIÇÃO		
Menos de 1 ano	23	26
De 1 a 5 anos	43	48
De 5 a 10 anos	11	12
Mais de 10 anos	13	14
TEMPO DE TRATAMENTO		
Menos de 1 ano	36	40
De 1 a 5 anos	36	40
De 5 a 10 anos	8	8,9
Mais de 10 anos	10	11,1
PERIODICIDADE DO		

TRATAMENTO

1 a 2 vezes na semana	71	78,9
2 vezes na semana	19	21,1
Acima de 3 vezes na semana	0	0

MEIO TRANSPORTE

Carro particular	14	15,5
Ônibus	23	25,7
Táxi ou Uber	25	27,8
Metrô	2	2,2
Trem	0	0
Motocicleta	3	3,3
Ambulância	6	6,7
Van prefeituras	17	18,9

ACOMPANHANTE

Sim	57	63,3
Não	23	25,6
As vezes	10	11,1

Fonte: Os autores

Quanto aos meios de locomoção auxiliar utilizados pelos participantes, foram organizados no quadro 1. Dois participantes com mobilidade reduzida relataram não utilizar nenhum meio de locomoção auxiliar. Dos participantes com deficiência, todos utilizavam algum meio auxiliar. Cinco participantes relataram uso de dois meios de locomoção auxiliar, sendo estes muleta e cadeira de rodas. Os demais relataram apenas um meio descritos a seguir:

Quadro 1- Meios de Locomoção auxiliar utilizados pelos usuários CER, ABBR, Rio de Janeiro, 2019.

Não usam	2
Muleta	36
Andador	6
Cadeira de rodas	46
Bengala	5

Fonte: Os autores

Os dados brutos foram organizados em 480 unidades de registro (UR) que deram origem a 19 unidades de significação (US) gerando três categorias. Algumas UR destacamos nos quadros 1 e 2 que se segue.

Quadro 2- Dificuldades para locomoção, usuários CER, ABBR, Rio de Janeiro, 2019.

Ordem	Unidade de registro
1	<i>A minha maior dificuldade são as calçadas né, que não tem rampas, as vezes tem muitos é altos e baixos assim né, não é uma coisa assim plana, assim pra locomover com cadeira de rodas dificulta muito.(PART 4, sobre calçadas.)</i>
2	<i>Ah, calçada esburacada ou ela tem desnível...tem algumas ruas que a calçada é muito alta, na minha rua mesmo tem uma calçada desse tamanho para você descer e subir sente dificuldade. (PART 90, sobre calçadas)</i>
3	<i>Ah... muitos buracos, muitas calçada mal feitas (PART 50, sobre buracos)</i>
4	<i>Calçadas são muito quebradas, há muito buraco, não tem acessibilidade na condução é bem difícil caminhar. Até precisa sair para socializar, mas a cidade não oferece a oportunidade. (PART 51, sobre calçadas)</i>
5	<i>Muitas,(dificuldades) porque não tem acessibilidade na calçada, muitos buracos, é tudo muito ruim não tem acessibilidade nenhuma para gente se locomover na rua sozinha (PART 52, sobre calçadas)</i>
8	<i>Ah horrível. Muito ruim mesmo as calçadas ,muito buraco, tem que andar pela rua com cadeira de rodas (PART 59, sobre calçadas)</i>
9	<i>O transporte que está muito ruim nunca tem aquele aquele instrumento, aparelho né que transporta a gente para entrar com cadeira. (PART 2 , transporte público)</i>
10	<i>É(dificuldade) entrar no transporte público principalmente ônibus, o degrau é muito grande(PART 44, transporte público)</i>
11	<i>...os motorista passa por fora, é uma falta de respeito com a gente que somos contribuinte.(PART 64, transporte público)</i>
12	<i>...tem ônibus que não quer levar a gente, a porta tem emblema do Cadeirante na frente do ônibus onde passa o nosso cartão, mas ele não aceita. (PART 61, transporte público)</i>
13	<i>Não eu não tenho grandes dificuldades porque eu venho sempre de Uber, minha irmã me ajuda a pagar, eu tenho como né, mas se não tivesse, aí</i>

	<i>seria difícil, nem sei como eu iria fazer (PART 1, sobre transporte alternativo)1</i>
14	<i>...venho de Uber, então é sem problemas (PART 82, sobre transporte alternativo)</i>
15	<i>Eu posso , mas fico pensando, se não pudesse pagar o carro. Como eu faria?... Digo que não tenho dificuldades, vou pra onde quero, mas porque, eu posso arcar com isso. Mas não é assim para todos.(PART 10, sobre transporte alternativo)</i>
16	<i>Não ganho muito. Minha aposentadoria ta indo toda no uber. Porque ou eu faço isso ou não chego. (PART45, sobre transporte alternativo)</i>

Quadro 3- Sentimentos vivenciados pelos usuários CER, ABBR, Rio de Janeiro, 2019.

Origem	Unidades de registro
1	<i>Minha maior dificuldade é o desrespeito porque as pessoas não respeitam os deficientes. (PART 28, sobre o desrespeito)</i>
2	<i>Às vezes eu falo: - Gente não é assim não, chega entrando na frente né?! Deixa a minha vez. Eu gosto de ser a minha vez, não gosto de passar a frente, geralmente a gente chega e pega a cadeira da gente e bota na frente, eu fico com vergonha. (PART 5, sobre o constrangimento)</i>
3	<i>Péssima, me sinto péssima, eu fico assim, completamente desmotivada, que nada ajuda, tem muitas pessoas boas, muitas mesmo, mas também tem aquelas que te joga pra baixo, até mesmo com o olhar(PART 75, sobre desrespeito).</i>
4	<i>Só saio para tratamento de saúde, infelizmente só para tratamento de saúde ...eu venho para cá e pronto acabou, é casa ABBR e casa (PART 24, sobre isolamento).</i>
5	<i>A gente se sente ninguém, não é?! A gente quer fazer as coisas não pode tem que depender dos outros né, mas agora minha filha eu só saio de casa só para vim para cá, eu dependo né?! (PART 48, sobre dependência).</i>
6	<i>Eu me sinto assim, ah eu não sei! Tipo um pouco excluída, sei lá, porque como a gente não tem essa acessibilidade fica dependendo assim né, fico triste por não ter acessibilidade e um pouco excluída né (PART 40, sobre isolamento).</i>

7	<i>Me mata ter que me carregarem no colo. Odeio. Fico muito envergonhado. Ontem o elevador do ônibus não funcionava, aí o motorista desceu me pegou no colo, veio outro e pegou minha cadeira, aí eu viajei. Na descida foi a mesma coisa. Sei que quiseram me ajudar, mas não gostei e não precisava ser assim o elevador tem que funcionar né. (PART 3, sobre constrangimento).</i>
8	<i>Eu me sinto humilhada, e desprezada aos olhos dos governantes do Rio, eu estou com ódio desse povo, pronto (PART 64, sobre humilhação).</i>
9	<i>Eu sinto uma tristeza muito grande e me sinto inferior as outras pessoas. (PART 49, sobre tristeza).</i>
10	<i>É tão difícil sair, que prefiro não sair de casa, tenho medo (PART 7, sobre isolamento)</i>
11	<i>Eu gostaria sim, de passear, amo praia, mas não dá para mim. Não tem ninguém para me levar e sozinha, é impossível. O jeito é se conformar né, fazer o que, já tive depressão, já tentei me matar, mas agora eu já me conformei. Tem jeito não. (PART 19, sobre isolamento)</i>
12	<i>Eu me sinto inútil, estava acostumada a sair e fazer minhas coisas, mas agora só se tiver uma pessoa comigo.(PART 41, sobre dependência)</i>

CAPÍTULO 6- DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

CATEGORIA I- OBSTÁCULOS DO COTIDIANO QUE INTERFEREM NO DIREITO DE IR E VIR.

Para compor essa categoria 279 UR divididas em 10 US foram formadas, baseadas nas respostas dos nossos participantes aos questionamentos realizados durante a entrevista. Destacamos para discussão 3 US que corresponderam a maior significância dos obstáculos referidos pelos entrevistados. São estes buracos (44%, n=39), calçadas (53%, n=48) e transporte (44%, n=39).

Como muito bem aborda Gabrilli (2016), segundo a LBI, o Plano Diretor, obrigatório nas milhares de cidades brasileiras (de acordo com o Estatuto da Cidade), deverá conter um plano de rotas acessíveis que disponha sobre os passeios públicos a serem implantados ou reformados pelo poder público, com vistas a garantir acessibilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida a todas as rotas e vias existentes, inclusive as que concentrem os focos geradores de maior circulação de pedestres, como os órgãos públicos e os locais de prestação de serviços públicos e privados de saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, correios e telégrafos, bancos, entre outros, sempre que possível de maneira integrada com os sistemas de transporte coletivo de passageiros.

Notamos que apesar de termos uma lei, a mesma não é cumprida como a propõe, pois, segundo nossos participantes há barreiras que cercam seu cotidiano influenciando grandiosamente seu direito de ir e vir ; e conseqüentemente sua vida social e sua saúde.

Como discursa Gabrilli (2016, p.12)

“A calçada é a porta de entrada da nossa casa. É ali que a gente dá boasvindas aos nossos convidados, onde compartilhamos espaço com os vizinhos e também é nesse pequeno local que podemos demonstrar como respeitamos os pedestres, os outros e até nós mesmos.”

Participantes em resposta ao questionamento sobre as dificuldades encontradas na Cidade no dia a dia referem:

“Ah, calçada esburacada ou ela tem desnível, os sinais as vezes é muito rápido você não consegue atravessar todo, e não tem a rampinha

para o pessoal descer de escada rolante que seria bom para a gente também. Tem algumas ruas que a calçada é muito alta, então para você descer é difícil, na minha rua mesmo tem uma calçada muito grande para você descer e subir sente dificuldade, tenho fraqueza muscular” (PART 90).

“Ah horrível. Muito ruim mesmo as calçadas, muito buraco, tem que andar pela rua com cadeira de rodas e as pessoas também não respeita” (PART 59).

“Muitas dificuldades porque não tem acessibilidade na calçada, muitos buracos, é tudo muito ruim não tem acessibilidade nenhuma para gente se locomover na rua sozinha“ (PART 52).

“A minha maior dificuldade são as calçadas né, que não tem rampas, as vezes tem muitos é alto e baixo assim né, não é uma coisa assim plana, assim para locomover com cadeira de rodas dificulta muito, se tivesse uma rampa assim para a gente se locomover ia facilitar bastante, para gente fazer as coisas; ter acessibilidade, ter tudo adaptado para a gente assim também se locomover normal como uma pessoa normal, não ficar dependente“ (PART 40).

Os mesmos referem a necessidade de adquirirem grande resistência física para conseguirem circular com a cadeira de rodas, pois devido aos desnívies, ausências de rampas e inúmeros buracos, se torna necessário, devido a força superior para conseguirem deslocar sua cadeira. Porém esta não é a realidade de nossos participantes, tendo em vista que muitos são idosos. Acima de 65 anos corresponde 28% dos nossos participantes, tendo grande dificuldades para circular nas ruas do Rio de Janeiro.

Os participantes relatam, por não terem tamanha resistência, a dependência de terceiros é inevitável. Pessoas capazes de exercer diversas atividades, limitadas por barreiras urbanísticas.

No estudo de Machado e Lima (2015), cujo objetivo fora avaliar a acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida, em relação aos espaços de circulação pública, os autores destacaram desníveis do piso, buracos e avarias, tempo para travessias, falta de estacionamento e obstáculos nas calçadas. As acessibilidades, sob o ponto de vista dessas pessoas com mobilidade reduzida, mostraram que o grau de importância do grupo geometria das calçadas foi maior que os outros grupos de critérios, com 57% do peso total, indicando que os aspectos relacionados ao piso, largura e inclinação foram os que mais condicionaram o acesso do indivíduo. Notou-se que, quanto mais obstáculos

foram encontrados no caminho mais necessidade de auxílio de terceiros foi necessário, impedindo assim a liberdade.

Nota-se que o direito de ir e vir fica prejudicado quando tamanhas dificuldades são recordadas

“Não saio muito de casa, só para vir para as terapias mesmo. Até tenho vontade, mas quando lembro por tudo que vou ter que passar...aí desisto. É muito buraco, a cadeira de rodas fica presa e se não tiver alguém para ajudar não dá, é impossível. ” (PART 15)

Como afirma Vieira et al (2015), acessibilidade é o direito de ir e vir com autonomia, liberdade e independência , que muitas vezes é retirado do indivíduo não pela sua deficiência mas por barreiras impostas trazendo oportunidades desiguais.

Como refere PART 12, foi imposto a desistência de seu sonho de cursar a graduação devido a tantas barreiras. Sua deficiência não a impediu de ser aprovada por duas vezes em Universidades Federais, mas as barreiras urbanísticas que cercam seu cotidiano a afastaram de seu sonho. Além das barreiras impostas no percurso, as Universidades também não ofereciam o acesso devido para que a mesma obtivesse as mesmas oportunidades que os demais estudantes.

“Eu passei duas vezes no vestibular para Universidades Federais, aqui do Rio de Janeiro. Uma vez para enfermagem. Mas desisti....Porque não tinha acesso...Elevadores não funcionavam sempre. Minha mãe tinha que ir para me levar e ficar esperando porque para chegar lá era um transtorno. E olha que a gente saía muito cedo. Desisti do meu sonho. Aí passou um tempo o pessoal da ABBR me incentivou e eu fiz de novo o vestibular. Passei para psicologia. Mas foi a mesma coisa . Ficava sempre dependendo de alguém. Muito triste mesmo. Não deu para continuar. Tive que desistir de novo. Entrei em depressão, agora que to melhor. Tive que me conformar né, fazer o quê? “(PART 12)

Dentre os participantes do estudo 96,67% não exercem mais sua profissão, tendo como fonte de subsistência aposentadorias, benefícios e auxílio de familiares. Porém observamos como justificativas da desistência do exercício profissional, a falta de condições para chegada ao local de trabalho com dignidade. Além da falta de

adequação das empresas as suas novas condições. Sabemos que há tentativas governamentais para inclusão de pessoas com deficiência ao mercado de trabalho. Porém é necessário ações que vão muito além de cotas, sendo imprescindível uma transformação na consciência e na estrutura de nossas cidades.

Notamos que mais de 45 % dos nossos participantes estão em faixa etária laboral , onde sem dúvidas se possuíssem condições de acessibilidade, estariam contribuindo com suas habilidades para o crescimento do país. Pessoas com seu intelecto preservado e que mantém vontade, porém se deparam com grande muro de empecilhos que as mantém em suas residências, com o falso discurso que a deficiência as impede.

Outra barreira de grande impacto apontada por nossos participantes é relativa ao transporte. Sendo responsável por 44% (n=39) dos relatos.

O transporte público coletivo é concebido para possibilitar aos usuários acesso a diferentes locais, como, por exemplos, o do trabalho, o do domicílio e o de lazer, em consonância com um dos direitos e garantias fundamentados na constituição brasileira, o de ‘ir e vir’ (BRASIL, 2008). Porém percebemos que esse direito tem sido retirado de alguns.

Dos transportes públicos utilizados, o ônibus foi o mais relatado pelos participantes, sendo responsável por 25,56% (n=23) das referências. Dos participantes com deficiência que utilizam o ônibus, todos relataram vir a instituição acompanhados por familiar ou amigo. Informam a necessidade de tal companhia , pois sem a mesma não conseguiriam ter acesso ao transporte. Dentre as maiores dificuldades estão a falta de preparo de motoristas e cobradores, equipamentos que existem, mas não funcionam, como os elevadores e degraus altos. Além do tempo longo de espera para conseguirem ter acesso ao ônibus, pois relatam, que ao serem notados no ponto de ônibus, muitos motoristas não param seu veículo. Como referem os participantes a seguir:

“O transporte que está muito ruim nunca tem aquele aquele instrumento, aparelho né que transporta a gente para entrar com cadeira. Está muito horrível os ônibus não param para gente; não

respeita; mesmo que acompanhante faz o sinal não para no ponto. Está horrível esses ônibus daqui do Rio”. (PART 2)

“...não tem elevador para pessoas deficiente, hoje eu deixei ponto de ônibus onde não tinha acesso a cadeirantes nem tinha passarela eu tive que descer da minha cadeira fechar ela, passar por baixo de um vão de um ferro com risco de ser atropelado por a minha vida em risco fazendo isso, mas eu tive que fazer porque senão como é que eu iria sair de ali chegar a tempo na ABBR não tinha possibilidade. ” (PART 13)

“...tem ônibus que não quer levar a gente, a porta tem emblema do Cadeirante na frente do ônibus onde passa o nosso cartão, mas ele não aceita. ” (PART 61)

“...a motorista passa por fora, é uma falta de respeito com a gente. Somos contribuinte”. (PART 64)

Porém, devido a tantas dificuldades, observamos pelo relato dos participantes, que o transporte alternativo (táxi ou Uber) se torna uma necessidade, sendo o mais utilizado atualmente pelos mesmo. Responsável por 27,8% (n= 25) dos relatos . Apesar do custo financeiro, para muitos se torna a única alternativa de chegar a instituição de reabilitação com segurança e o mínimo de conforto merecido.

“Não ganho muito. Minha aposentadoria ta indo toda no uber. Porque ou eu faço isso ou não chego. Ta muito difícil.... ônibus ta difícil. Metrô é impossível nem me arrisco. ” (PART 45)

“Não eu não tenho grandes dificuldades porque eu venho sempre de Uber, minha irmã me ajuda a pagar, eu tenho como né, mas se não tivesse, aí seria difícil, nem sei como eu iria fazer” (PART 1)

“ Eu posso , mas fico pensando, se não pudesse pagar o carro. Como eu faria ? Vejo meus amigos daqui que pegam ônibus...como sofrem.... Digo que não tenho dificuldades, vou pra onde quero, mas porque, eu posso arcar com isso. Mas não é assim para todos. ” (PART 10)

Ao mesmo tempo nos deparamos em observar a renda familiar informada pelos participantes, e notamos que o maior grupo possui uma renda familiar entre um e dois salários mínimos. Notamos também como maior grupo moradores da Zona Norte. Tendo em vista a localização da instituição ser na Zona Sul, um vislumbre da qualidade de vida dessas pessoas é possível termos. Devido a imensas dificuldades e constrangimentos vividos e a compreensão da importância do tratamento de reabilitação grande parte de sua renda tem sido investida em transportes alternativos, considerando ser esta a única opção segura. E aqueles que não possuem esta opção ficam a mercê de um transporte com baixa qualidade, sem o acesso devido e inseguro. As saídas da residência devido a tantos problemas só contemplam o tratamento de reabilitação. Não havendo oportunidades para o lazer e nem mesmo para consultas eletivas e preventivas.

Muitas vezes a deficiência é colocada em evidência, esquecendo que esta pessoa continua tendo um organismo que funciona igual aos demais. Consultas eletivas de diversas especialidades não devem ficar esquecidas e o acesso é um direito de todos.

Acreditamos na qualidade do serviço prestado pela instituição pesquisada, fato este comprovado pela satisfação de 95,7 % dos participantes relativa a oficinas ortopédicas. Porém nos intriga o fato de moradores da Zona Norte e Baixada serem de grande representatividade na instituição. O que acontece nos CRPDs (Centros de Referência para Pessoas com Deficiência) de suas regiões? Percebemos que, se os Centros funcionassem como determinado essas pessoas poderiam realizar o tratamento de reabilitação mais próximo de suas residências. Porém infelizmente, cada vez mais CRPDs tem sido fechados, deixando diversas pessoas a mercê de sua própria sorte.

Percebemos que as pessoas que possuem poder econômico mais elevado, possuem menos dificuldades com o transporte, pois conseguem optar por transportes alternativos com maior frequência e custearem essa opção; o que muitas vezes, deixa de ser uma opção para ser uma necessidade. Sendo assim, conseguem usufruir de destinos além dos centros de reabilitação como o lazer.

Percebemos que a vida das pessoas com as mesmas deficiências são muito diferentes . Não por conta de diferentes diagnósticos ou intervenções médicas, mas

sim por oportunidades. Quanto mais chances damos para essas pessoas mais qualidade proporcionamos para sua vida.

CATEGORIA II: REFLEXOS DOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PESSOAS COM DEFICIÊNCIA APÓS EXPERIÊNCIAS DESRESPEITOSAS.

Através das entrevistas realizadas, alguns sentimentos e sensações foram expostos pelos nossos participantes, trazendo reflexos, infelizmente, nada positivos. Foram 201 UR, organizadas em 9 US. Dentre os mais citados estão: dependência, constrangimento, isolamento, impotência, frustração, nervosismo, tristeza, insegurança e desrespeito. Sendo destacados o desrespeito (60 %/ n=54), dependência e constrangimento (26,6% / n=24) e isolamento (23,3% / n=21).

Desrespeito

Segundo Lima et al (2013); nas barreiras atitudinais destacam-se a falta de respeito das pessoas, em estacionar frente a rampas ou em vagas destinadas a pessoas com deficiência. Percebemos que as leis existem, porém se não houver conscientização da população e as devidas fiscalizações para o cumprimento da mesma, esta entra no rol do esquecimento. Conforme Ponte e Silva (2015), objetivou-se realizar uma reflexão sobre como as pessoas com deficiência e sem deficiência percebem, enfrentam e/ou entendem as barreiras atitudinais. As barreiras atitudinais frente às pessoas com deficiência existem e são praticadas pelas pessoas em atividades simples do dia a dia. Os obstáculos mais citados são referentes aos transportes públicos, à falta de respeito no trânsito, carros estacionados nas calçadas e em frente a rampas dificultando a circulação, quando se desconsidera o acesso a estacionamentos prioritários, o desrespeito à legislação, e a falta de informação sobre como interagir com uma pessoa com deficiência. Fato este confirmado pelo relato de nosso participante.

“Minha maior dificuldade é o desrespeito porque as pessoas não respeitam os deficientes. São locais destinados para deficientes que eles não respeitam. Se bobear eles atropelam os deficientes e esquecem que no futuro pode acontecer de ficar deficiente também ou um membro da família. Eu me sinto com o meu direito violado, menos cidadão e procuro fazer valer o meu direito, mesmo que minha voz não chegue aonde eu

quero que chegue para que as outras pessoas não passem o que eu passei, o que eu passo”. (PART 28).

O estudo de Ponte e Silva (2015) também apresenta que algumas atitudes de auxílio, educação e atenção praticadas por pessoas sem deficiência diante de uma pessoa com alguma limitação são interpretadas, em alguns casos, como uma atitude discriminatória, o que muitas vezes é somente um gesto de atenção. Porém essas atitudes podem causar constrangimentos; como o relatado por PART 5.

“Às vezes eu falo: - Gente não é assim não, chega entrando na frente né?! Deixa a minha vez. Eu gosto de ser a minha vez, não gosto de passar a frente, geralmente a gente chega e pega a cadeira da gente e bota na frente, eu fico com vergonha, ninguém é culpado deu está com uma perna só, aí eu não gosto, as vezes eu falo: - Não, deixa chegar a minha vez. Mas elas dizem: Não, é a lei é a lei! As enfermeiras pega, leva a gente, nem todo mundo gosta né?! Eu não gosto que passa a minha frente, quer dizer que a pessoa também não gosta que eu passe na frente se eu cheguei depois. Outro dia eu cheguei no hospital, estava quase na hora de terminar a moça me puxou: - Garota não está na hora não! – Não, vamos entrar na frente. Aí fiquei com vergonha” (PART 5).

Compreende-se que a comunicação seria a melhor escolha, pois ao invés de se adotar atitudes ditas como atitudes de atenção, deveria ser questionado qual o desejo da pessoa com deficiência, pois o que pode ser favorável para uns pode ser desfavorável para outros.

Olhares curiosos e penosos geram desconforto e não trazem benefícios, como refere PART 75.

Péssima, me sinto péssima, você fica eu fico assim desmotivada, completamente, completamente desmotivada, que nada ajuda, nada ajuda, tem muitas pessoas boas, muitas mesmo, mas também tem aquelas que te joga pra baixo, até mesmo com o olhar (PART 75).

No estudo de Leal et al 2013, destaca-se a necessidade de conscientizar a sociedade quanto aos direitos e leis que cercam a pessoa com deficiência. Pois o

desconhecimento também é um fator limitador que gera preconceito e discriminação. Necessitando ser mais desenvolvido e explanado na educação em todas as faixas etárias e na sociedade como um todo.

Dependência

Segundo Munguba et al (2015), para se compreender o contexto em que essas pessoas excluídas se encontram, é determinante abordar o conceito de vulnerabilidade social como fragilidade do acesso às oportunidades oferecidas pelo ambiente, considerando as condições de saúde, educação, trabalho e acesso a bens materiais e políticos. O termo desvantagem é analisado como indicativo à situação de dependência devido às condições de idade (crianças e idosos), doença (pessoas com deficiência), que têm em comum a falta de condições de trabalhar para suprir suas necessidades básicas. Porém é válido ressaltar que essa dita “ falta de condições para o trabalho “ não deve ser sempre associada a deficiência em si, mas sim a falta de oportunidades. Em busca de preenchimento de cotas, empresas contratam, porém nem sempre de acordo com a profissão e qualificação profissional da pessoa, e sim de acordo com a vaga existente para a cota ser alcançada. Muitas vezes o preconceito não permite que essas pessoas participem de uma seleção igualitária. E mesmo aqueles que já haviam provado seu valor após terem suas condições físicas alteradas são vistos de outra forma.

“Eu era secretária, falo três idiomas, antes eles diziam que não podiam ficar sem minha presença na empresa, eu nem tirava férias. Mas aí depois do acidente que tive que amputar as pernas, não me quiseram mais. E eu podia continuar, dava conta, já trabalhava sentada mesmo. Mas não quiseram. Me encostaram. Acho que foi porque ficou feio né. Lá eles dão muito valor para aparência” (PART 3)

Sem oportunidades para o trabalho a dependência financeira de familiares se torna cada vez mais necessária. Percebemos através de relatos de participantes que a situação financeira gera um maior conforto e oportunidades melhores. Quem tem maior poder econômico consegue ter mais facilidades no acesso e deslocamento, podendo utilizar mais frequentemente transporte alternativos ou adaptarem seu próprio veículo.

“Não eu não tenho grandes dificuldades porque eu venho sempre de Uber, minha irmã me ajuda a pagar, eu tenho como né, mas se não tivesse, aí seria difícil, nem sei como eu iria fazer.” (PART 1)

Além da dependência financeira, podemos destacar a falta de autonomia imposta pelas condições inacessíveis.

Dos entrevistados, 63,3% (n= 57) sempre estão acompanhados seja por familiar ou amigo. E consideram que sem essas pessoas não seria possível estarem nos programas de reabilitação. Informam que para não incomodarem seus acompanhantes preferem não saírem de casa para outros fins, somente deixam suas residências para terapias. Poucos são os que usufruem de lazer, como referem:

“Só saio para tratamento de saúde, infelizmente só para tratamento de saúde tenho dois filhos, mas é como se não tivesse ninguém, tendeu?! Eu vivo sozinha, minha irmã cuida de mim, mas tem que trabalhar, aí quer dizer eu me sinto sozinha, aí eu não saio, só mesmo para tratamento, ela me arruma eu venho para cá e pronto acabou, é casa ABBR e casa” (PART 24).

“A gente se sente ninguém, não é?! A gente quer fazer as coisas não pode tem que depender dos outros né, mas agora minha filha eu só saio de casa só para vir para cá, eu dependo né?!Só isso só” (PART 48).

Apesar de todo carinho e dedicação fornecidas pelos familiares, pessoas com deficiência sentem-se como um peso para seus entes queridos, negando muitas vezes suas próprias vontades para não causar incômodo. Fato este que não deveria acontecer pois a autonomia poderia ser preservada se houvessem condições acessíveis para tal.

Não podemos deixar de referir que quanto mais tempo esse familiar se coloca à disposição para os cuidados, menos tempo é dedicado a seus afazeres, inclusive laborais, sendo observado que muitos deixam seus serviços ou reduzem sua carga horária para dedicar tempo aos cuidados de seu familiar com deficiência. Interferindo mais uma vez na renda familiar.

“Ele teve que parar de trabalhar para cuidar de mim. Fiquei muito triste com isso. Ele tinha um emprego bom, ganhava bem. Tivemos que

mudar muita coisa. Padrão de vida caiu muito, porque só aposentadoria não dá né. ” (PART 3).

Constrangimento

Devido a situações constrangedoras vivenciadas no cotidiano, sentimento de tristeza, frustração e revolta são experimentados. Como relata PART 3 ao ter que ser carregado no colo, devido elevador do ônibus estar com defeito. Essas situações se repetem com frequência, gerando constrangimentos e desistência.

“Me mata ter que me carregarem no colo. Odeio. Fico muito envergonhado. Ontem o elevador do ônibus não funcionava, aí o motorista desceu me pegou no colo, veio outro e pegou minha cadeira, aí eu viajei. Na descida foi a mesma coisa. Sei que quiseram me ajudar, mas não gostei e não precisava ser assim o elevador tem que funcionar né” (PART 3).

“Eu me sinto humilhada, e desprezada aos olhos dos governantes do Rio, eu estou com ódio desse povo, pronto” (PART 64).

“Eu sinto uma tristeza muito grande e me sinto inferior as outras pessoas” (PART 49).

“Parece que a gente não tem nosso lugar no mundo. Todo mundo consegue ir e vir, mas a gente não” (PART 4).

“Extremamente discriminada, você contribuinte, você cidadão, paga impostos e não tem acesso” (PART 39).

“Eu fui no dentista, estava precisando. Chegando lá não tinha como entrar no consultório, com a minha cadeira. Aí ele pediu para me carregarem no colo para eu conseguir entrar no consultório e ser avaliado. Eu disse: - O quê ? Ninguém vai me pegar no colo não! ... E fui embora, desisti, e nunca mais voltei.” (PART 1).

As leis existem, porém enquanto não houver fiscalização das mesmas e conscientização da sociedade, continuaremos causando constrangimentos e sentimentos que refletem em feridas na integridade das pessoas com deficiência sendo tão cidadão do que os ditos “normais”. Porém, sem ter seus direitos respeitados de fato. Os famosos “jeitinhos”, como, na presença de escadas carregamos no colo, na ausência de elevadores funcionantes nega-se o acesso, dentre outros, necessitam ser interrompidos, pois não são auxílio e sim desrespeito a autonomia e a integridade. Desrespeito a cidadania e a constituição.

Percebemos nas falas que com esses empecilhos encontrados, a escolha é desistir ou passar pelo constrangimento, fato este que muito os entristecem e muitas vezes a escolha imposta é a desistência. Desistência do lazer, da consulta eletiva, da educação entre outros. O que reflete em isolamento social, gerando também prejuízos a saúde mental dessas pessoas.

Isolamento

Segundo Kraemer e Thoma (2018), as análises buscam mostrar que a acessibilidade se constitui como uma estratégia potencializadora da inclusão e como condição para promover práticas que efetivem e promovam o acesso, a participação, o desenvolvimento e a aprendizagem. Quanto mais acessibilidade existir, menos isolamento acontecerá.

“É tão difícil sair, que prefiro não sair de casa, tenho medo” (PART 7).

“Eu não faço nada, eu fico só em casa, só saio para vir aqui, na ABBR” (PART 43).

Percebemos que esse isolamento traz prejuízos a sua saúde, dificultando agendamentos de consultas preventivas.

Segundo The Lancet (2011); as pessoas com deficiência têm necessidades gerais (não relacionadas à deficiência) e de cuidados de saúde especializados, distúrbios comórbidos, muitas vezes negligenciados quando os profissionais de saúde não olham além da deficiência são uma importante causa de morbidade e mortalidade. Infelizmente, as pessoas com deficiência muitas vezes não recebem os cuidados de saúde que merecem. Por exemplo, nos EUA, as mulheres que têm maiores dificuldades em andar são 40% menos prováveis de serem rastreadas para câncer do colo do útero e 30% menos

propensas a fazer uma mamografia para o rastreamento do câncer de mama em comparação com outras mulheres.

Essas barreiras proporcionam um impacto significativo a saúde dessas pessoas. Pois se os próprios serviços que devem proporcionar saúde são cercados por empecilhos para o acesso, dificultam cada vez mais a chegada dessas pessoas para avaliação, tratamento e reabilitação com autonomia e segurança. Essas barreiras fazem com que as pessoas com deficiência cada vez mais decidam ficar em casa, trazendo prejuízos a sua saúde física e mental.

Observou-se nos estudos analisados maiores prejuízos na atenção primária, pois devido as barreiras impostas cada vez menos pessoas com deficiência decidem sair de casa e procurar medidas preventivas.

As mudanças que uma nova condição traz são muito impactantes na vida de qualquer pessoa. A deficiência irá proporcionar transformações e adaptações. Mas se essa deficiência é cercada de oportunidades igualitárias, consegue trazer conforto e qualidade de vida. O isolamento social gera depressão, ansiedade, tristeza e podem levar a ideias suicidas, como a relatada por PART 19. Em pacientes mais jovens esses sentimentos tendem a ser mais vivenciados. Porém todos necessitam, como seres sociais serem inseridos na sociedade, com autonomia e segurança para gozarem das mesmas oportunidades.

“Eu gostaria sim, de passear, amo praia, mas não dá para mim. Não tem ninguém para me levar e sozinha, é impossível. O jeito é se conformar né, fazer o que, já tive depressão, já tentei me matar, mas agora eu já me conformei. Tem jeito não” (PART 19).

Um ganho, a Lei 6484 de 22 de janeiro de 2019 onde determina a estruturação de grupos multidisciplinares, em apoio a pessoas com deficiência, nas praias do Município do Rio de Janeiro, permitem essa oportunidade de lazer, porém não podemos esquecer que essas pessoas precisam de acesso também para chegar até essa praia.

O lazer não pode ser tratado como algo que pode ficar para segundo plano, pois se trata de uma necessidade psicossocial humana básica, como destaca Horta (2011), e acrescenta que a falta do mesmo afeta corpo e mente. Ainda de acordo com o pensar de Horta (2011), quando o corpo ou a mente sofre a pessoa é afetada em sua totalidade. É

necessária grande transformação em inúmeros estabelecimentos de entretenimento, rede de hotéis e restaurantes, por exemplo. Não bastam rampas para dizer que o local é acessível. Muito além disso se torna necessário.

É permitir que todas pessoas com deficiência ou não tenham as mesmas condições de acesso.

“É nosso direito desfrutar benefícios advindos do vivenciar novos ares, como as demais pessoas. Temos mesmo de nos fazer presentes constatando o inadequado, propondo melhorias inclusivas, acessíveis e acolhedoras para pessoas com e sem deficiência. Essa é nossa função político-social, abrir caminhos, derrubar barreiras, desconstruir para construir um mundo melhor para todos, aqui e alhures” (MACHADO, p.114, 2017).

Capítulo 7 - Estratégias de Cuidados de Enfermagem e Medidas Preventivas de Riscos.

A partir da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência por uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, foi instituída, por meio da Portaria GM/MS n ° 793 de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012b)

Percebemos que nessa Portaria os objetivos gerais são:

- 1) Ampliar o acesso e qualificar o atendimento as pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS.
- 2) Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção.
- 3) Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. (BRASIL, 2012b)

Nota-se que o enfermeiro tem um papel fundamental para esses objetivos serem de fato alcançados. Pois o enfermeiro além de organizar o serviço, atua como educador. Além de ser um profissional sensível e com conhecimento teórico para perceber as necessidades do paciente e estabelecer ações para serem sanadas ou minimizadas suas problemáticas.

Pessoas com deficiência e / ou mobilidade reduzida enfrentam desafios diários. Alcançar um atendimento de saúde, seja da atenção primária, secundária ou terciária de qualidade e igualitária, não deve ser mais um desafio.

Pharr (2014), retrata em seu estudo as dificuldades em um estabelecimento de saúde quando barreiras para o atendimento eram encontradas. Os pacientes com deficiências

foram examinados em suas cadeiras de rodas, pela dificuldade de passá-los para mesa de exames, foram solicitados a trazer acompanhantes, foram transferidos quando muitas barreiras foram encontradas ou que parte de um exame foi ignorada se uma barreira fosse encontrada. Percebe-se que essas barreiras interferem significativamente na qualidade da assistência.

Pessoas com deficiência precisam ser vistas como um todo, não apenas serem inseridas nos programas de reabilitação, com foco, em sua deficiência, e esquecidos o restante de seu corpo.

Compreendendo, o ser enfermeiro, um agente transformador de paradigmas, e um líder, torna-se importante ressaltar, que o enfermeiro esteja onde estiver, nos serviços de atenção primária, ou nas grandes emergências, necessita voltar o olhar para as necessidades dessas pessoas, estimulando a equipe multidisciplinar para um atendimento igualitário.

De acordo com a portaria citada, algumas estratégias de cuidados e prevenção de riscos são descritas a seguir:

- Acolher o paciente e ouvir suas necessidades e inquietações
- Orientar o paciente ao autocuidado, incentivando sua autonomia e privacidade
- Orientar a família ao respeito a autonomia do paciente
- Promover acesso ao atendimento igualitário
- Promover a continuidade do cuidado
- Prevenir agravos
- Capacitar a equipe para atendimento a esse público com equidade
- Promover a integração da equipe multidisciplinar, para elaboração dos cuidados.

A Portaria citada visa promover atenção a saúde das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, porém se nós profissionais de saúde não colocarmos a mesmas em prática, será apenas mais uma.

Tendo em vista o discurso dos participantes, ao serem questionados sobre quais iniciativas e medidas concretas gostariam que fossem tomadas para melhores condições de acessibilidade, o presente trabalho sugere algumas estratégias de cuidado e prevenção de riscos que devem ser conduzidas pelos enfermeiros. Essas estratégias foram organizadas no quadro a seguir.

Quadro 4: Estratégias de cuidado a pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida e medidas preventivas de risco, oriundas do discurso dos usuários do CER ABBR, Rio de Janeiro, 2019.

Discurso dos Participantes	Estratégia	Justificativa
<p>“ Eu gostaria, mas nunca recebi não”. (PART 1)</p> <p>“ Só da clínica da família, de reabilitação não”. (PART 19)</p> <p>“ A gente tem que aprender sozinho, tem que se virar, não vem ninguém na casa da gente não”. (PART 25)</p>	<p>Realizar visitas domiciliares para avaliação das condições de acessibilidade da residência e das melhores alternativas pelos profissionais que lhe prestam atendimento de reabilitação.</p>	<p>Tendo em vista o discurso de não receberem visitas de profissionais de reabilitação em sua residência, a visita domiciliar torna-se relevante, para que as pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida possam no seu ambiente real, receber orientações para sua independência. Permitindo assim que as mesmas tenham autonomia e confiança.</p>
<p>“ Só saio de casa para o tratamento, lugar nenhum mais”. (PART 23)</p> <p>“ Até gostaria mais não dá , só venho aqui mesmo</p>	<p>Realizar atividades de recreação no ambiente de reabilitação.</p>	<p>Tendo em vista que muitos só deixam suas residências para tal, atividades recreativas como peças teatrais, sessões de cinema, festas em datas comemorativas, promovem interação</p>

<p>(ABBR)". (PART 22)</p> <p>“ A gente depende né, então não dá pra passear não, só saio de casa para vir aqui (ABBR)". (PART 5)</p>		<p>social, laços de amizades para troca de experiências, fortalecendo a saúde física e mental.</p>
<p>“ Eu era muito ativo, sempre, agora não faço mais nada, só dependo dos outros”. (PART 10)</p> <p>“ A gente fica deprimido, só vendo o tempo passar”. (PART 29)</p>	<p>Realizar atividades de aprendizado como meio ocupacional.</p>	<p>Apenas 3,3% dos participantes exercem sua profissão. E apenas 14,4% exercem alguma outra atividade. Atividades de aprendizado como alfabetização para os sem escolaridade, artesanatos e instrumentos musicais, podem ser meios de obter aumento de renda, além de ser outra forma para dedicação do tempo.</p>
<p>“As vezes eu falo: - Gente não é assim não, chega entrando na frente né?! Deixa a minha vez. Eu gosto de ser a minha vez, não gosto de passar a frente, geralmente a gente chega e pegam a cadeira da gente e bota na frente, eu fico com vergonha”.</p>	<p>Ouvir e atender as necessidades das pessoas de acordo com o desejo das mesmas</p>	<p>Cada pessoa tem sua individualidade e necessidades pessoais. Cabe ao profissional de enfermagem, antes de pensar em executar um tal cuidado, perguntar ao interessado, se tal cuidado se aplica, e se o mesmo é desejado. Atitudes de</p>

(PART 5)		atenção para alguns podem ser atitudes constrangedoras para outros.
<p>“ A pior coisa são os olhares, me sinto um nada”. (PART 15)</p> <p>“ Não preciso da pena de ninguém”. (PART 13)</p>	Prestar um cuidado humanizado, sem olhares penosos e julgamentos	Não cabe aos profissionais, críticas, julgamentos ou expressões penosas. As mesmas são percebidas e causam intenso sofrimento.
<p>“ Eu gostaria de ir na piscina que tem ali atrás, mas não deixam, dizem que não preciso”. (PART 68)</p> <p>“ Já fiz algumas terapias, que eu gostava, me ajudaram, mas não faço mais, agora tenho que seguir o que mandam, mudou, sabe”. (PART 4)</p>	Permitir que a pessoa com deficiência participe da elaboração do seu plano de cuidados	O planejamento do cuidado deve ter a presença do seu maior interessado, para tanto suas opiniões e manifestações de suas necessidades devem ser expostas para que se tenha um plano individualizado e possível. Sendo assim, maiores chances de sucesso podem ser obtidas.
<p>“Minha maior dificuldade é o desrespeito porque as pessoas não respeitam os deficientes”. (PART 28)</p>	Realizar ações educativas para sociedade	Observando que 60% dos participantes relataram o desrespeito como a maior dificuldade vivenciada e com o objetivo de compreenderem o quanto atitudes desrespeitosas

<p>“Ninguém respeita, param os carros nas calçadas, saem empurrando a gente” (PART 70)</p>		<p>interferem na qualidade de vida de pessoas com deficiência, ações em praças públicas, distribuição de folder informativo, palestras em escolas e universidades são importantes para informação e conscientização da sociedade.</p>
<p>“ Eu conheço as leis , mas quem não conhece acha que tudo é favor. Não é favor não, é direito, mas tem gente que não sabe disso”. (PART 6)</p>	<p>Informar as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida quanto as leis existentes que protegem seus direitos e estimular que as mesmas reivindiquem seus direitos em frente a situações diversas.</p>	<p>Ao ensino fundamental corresponde 47,7% dos nossos participantes. Entende-se que quanto menos acesso a educação mais desconhecimento existirá. Cabe a todo cidadão ter o conhecimento das mesmas e reivindicá-las. As leis existem, porém para serem cumpridas necessitam de fiscalização e conscientização de todos.</p>

Fonte: Os autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de lidar com os desafios da deficiência e/ou mobilidade reduzida, essas pessoas necessitam lidar diariamente com os desafios de superar barreiras impostas, tais como as arquitetônicas e atitudinais dado o quanto são impactantes. Percebemos que dentre as barreiras urbanas as calçadas desniveladas, ausências de rampas e inúmeros buracos são os que mais geram empecilhos para o acesso. Além de muitos problemas cercarem o transporte público, tornando muitas vezes o deslocamento impossível. Em se tratando das barreiras atitudinais, o desrespeito foi mencionado muitas vezes, trazendo sentimento de tristeza, frustração, e situações constrangedoras. Percebemos que as leis existem, porém, sua existência não é suficiente, enquanto não houver maior fiscalização e conscientização da sociedade que necessita de muitas ações educativas.

Observamos que o isolamento acontece, trazendo prejuízos à saúde física e mental. Porém esse isolamento, apesar de ser dito como uma decisão das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, é na verdade uma falta de oportunidade, para que se desloquem com segurança e autonomia. Desistem, pois as barreiras do cotidiano são inúmeras e a dependência de um acompanhante muitas vezes se torna necessária. Muitos optam por deixarem suas residências apenas para os serviços de reabilitação, não por falta de vontade, mas por falta de oportunidade. Percebemos que o direito de ir e vir de todo cidadão com autonomia e segurança é violado diariamente.

Compreendendo o enfermeiro, como agente influenciador, sua participação para melhor assistência a esse público, é de extrema importância. O enfermeiro, além de líder e organizador do serviço é um agente educador. Cabe-lhe perceber as necessidades de seus pacientes, promovendo estratégias de cuidados e medidas preventivas de riscos igualitárias; promovendo assim um atendimento de qualidade, contínuo e com equidade. Respeitar os princípios do SUS, é um dever de todos, outorgado a todo cidadão, sem exclusão.

As estratégias sugeridas neste estudo, foram elaboradas após análise do discurso dos participantes. Observando cada fala, percebemos que as necessidades relatadas podem ser amenizadas com atitudes de atenção. O simples ouvir o outro, e não seguir apenas um protocolo. Compreender que não somos os detentores do saber,

cada pessoa é única, e o que se aplica para um pode não se aplicar para o outro. Permitir que essas pessoas verbalizem, participem, exponham sem impedimentos quais são seus desejos, dúvidas e necessidades.

Ter atividades além de exercícios de reabilitação, promovem interação social, permitem troca de experiências, e promovem além da saúde física, a saúde mental. Lazer é saúde e deve-se ter atenção para este campo. Sendo assim, atividades recreativas e ocupacionais se tornam necessárias e podem ser elaboradas e conduzidas pelos enfermeiros, tendo em vista que para muitos o ambiente de reabilitação é o único frequentado.

Cabe ao enfermeiro educar pacientes, familiares e equipe, promovendo a integração da equipe multidisciplinar para elaboração de um cuidado com qualidade.

Pessoas com deficiência e/ ou mobilidade reduzida enfrentam desafios diários, alcançar o mais elevado padrão de saúde não deve ser mais um desafio para eles

REFERÊNCIAS

- ABNT NBR9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. *Associação Brasileiras de Normas Técnicas*, ABNT, Rio de Janeiro, 2004.
- ALVES, F. **Inclusão: muitos olhares, vários caminhos e um grande desafio**. Rio de Janeiro: WAK EDITORAS, 2005.
- ANDRADE LT, et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 63(6), pp 1056-1060, nov-dez, 2010.
- ARAÚJO, L. M. D. et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. **Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** 10(2), pp 549-557 abr-jun, 2018.
- BARBOSA, A. S. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs: **Revista Brasileira de Gestão Urbana [online]**. 2016, vol.8, n.1 [citado 2018-03-30], pp.142-154.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-33692016000100142&lng=pt&nrm=iso > Acesso em: 05 jun. 2018.
- BARCELLOS, A.P; CAMPANTE, R.R. A acessibilidade como instrumento de promoção dos direitos fundamentais. In: Ferraz, Carolina Valença; Leite, George Salomão; Leite, Glauber Salomão; e Leite; Glauco Salomão. (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo. Ed. Saraiva. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A.J. S; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3º ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.
- BRASIL. **Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 01 jul.2018.
- BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. Disponível em: <http://www.institutoempregar.org.br/faq.htm> Acesso em 01 jul.2018.
- BRASIL. **Decreto 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre a regulamentação das leis 10.048 e 10.098. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 20 jun 2019
- BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.senado.leg.br> Acesso em 10 mai. 2018

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Dispõe sobre a Lei da Acessibilidade. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br> Acesso em 10 mai.2018

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000.** Dispõe sobre atendimento prioritário a pessoas com deficiência. Brasília, 2000b. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br> Acesso em 10 mai.2018

BRASIL. **Lei nº 6484 de 22 de janeiro de 2019.** Dispõe sobre . Determina a estruturação de grupos multidisciplinares, em apoio a Pessoas com Deficiência – PCD, nas praias do Município do Rio de Janeiro. *Disponível em:* <https://vereadoraluciananovaes.com.br/leis-aprovadas/> Acesso em 13 out 2019.

BRASIL. Ministério das Cidades. Implantação de sistemas de transporte acessível. Brasília, 2008 (Brasil Acessível: Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana, 5).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em <http://www.bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 28 jun 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE .**Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012.** Dispõe sobre a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília, 2012b. Disponível em <http://www.bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 28 jun 2019.

BITTENCOURT, L. S. et al.. Acessibilidade e Cidadania: barreiras arquitetônicas e exclusão social dos portadores de deficiência física. ANAIS DO 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, Belo Horizonte, 2004.

CASTRO, S.S; LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C; CESAR, C.L.G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev Saúde Pública** 45(1): p 99-105, São Paulo 2011

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Mobilidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 427-434, 2007

COHEN, R. **Cidade, corpo e deficiência: percursos e discursos possíveis na experiência urbana.** Tese (Doutorado em Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

- DALAI LAMA. **Uma ética para o novo milênio**. Rio de Janeiro: Sextante, 4 ed, 2000.
- EMMEL, E.M. G; CASTRO, C.B. Barreiras arquitetônicas no campus universitário: o caso da UFSCAR. In: MARQUEZINI, M. C. et al.. (Org.). Educação física, atividades lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais p.177-183. **Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial**. v.9, Londrina, 2003
- FARO, A.C.M; LEITE. V.B.E. O Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem USP**,v.39, n.1, p. 92-96, 2005.
- FIGUEIREDO, N.M.A; MACHADO, W.C.A.; MARTINS, M.M. **REABILITAÇÃO: Nômades em busca de sentido para os cuidados da pessoa com deficiência adquirida**. CRV. Curitiba. 2018. 342p.
- FURRER, M.A.. Tipos de barreiras. **Blog: Acessibilidade na prática**. Mato Grosso do Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.acessibilidadenapratica.cpm.br/textos/tipo-de-barreiras>> Acesso em 01 jul.2018
- GABRILLI, M. Cartilha da Calçada Cidadã. 2016 Disponível em <https://www.maragabrigli.com.br/wpcontent/uploads/2016/12/Cal%a7ada_Cidad%a3_int.pdf> Acesso em 09 out 2019
- GALINDO, B. Direito à liberdade: dimensões gerais e específicas de sua proteção em relação às pessoas com deficiência. In: Ferraz, Carolina Valença; Leite, George Salomão; Leite, Glauber Salomão; e Leite; Glauco Salomão. (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo. Ed. Saraiva. 2012.
- GIL, A.C **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007
- HORTA, W. A; **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro.Guanabara Koogan, 2011
- JONES, S. R.. **Accessibility measures: a literature review**. Transport and Road Research Laboratory. Laboratory Report 967, 1981
- KRAEMER, G.M; THOMA, A.S. Acessibilidade como Condição de Acesso, Participação, Desenvolvimento e Aprendizagem de Alunos com Deficiência, **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 n. 3, p. 554-563, 2018
- LAMÔNICA, D. A. C. et al. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru, **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.14, n.2, p.177-188, 2008

LEAL DR, MATTOS GD, FONTANA RT. Trabalhador com deficiência física: fragilidades e agravos autorreferidos. **Rev. Bras. Enferm**, jan-fev; 66(1): 59-66, Brasília, 2013

LIMA, S.S.C; CARVALHO-FREITAS, M.N.C; SANTO, L.M.M. Repercussões Psicossociais da Acessibilidade Urbana para as Pessoas com Deficiência Física. Porto Alegre: **Psico**, PUCRS, v. 44, n. 3, pp. 362-371, jul./set. 2013.

LOBO, C.; CARDOSO, L. e MATOS, R. Mobilidade pendular e centralidade econômica na Região Metropolitana de Belo Horizonte. In: **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Anais. Caxambu, v. 1, 2008

LOBO, C.; CARDOSO, L.; MAGALHÃES, D. J. A. V. Acessibilidade e mobilidade espaciais da população na Região Metropolitana de Belo Horizonte: análise com base no censo demográfico de 2010. São Paulo: **Caderno Metropolitano**. v. 15, n. 30 dez 2013.

LOPES, E. M.; ORNSTEIN, W. S. (Orgs.). *Desenho Universal: Caminhos da Acessibilidade no Brasil*. São Paulo: Annablume Editora, p. 117- 127, 2010

MACHADO, M. H; LIMA, J. P. Avaliação multicritério da acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida: um estudo na região central de Itajubá (MG) . **Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)**, 7(3), 368-382, set./dez, 2015.

MACHADO, W.C.A. **O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência**. CRV. Curitiba. 2017. 167p.

MACHADO, W.C.A **Reabilitação: um desafio para pessoas, famílias e sociedade**. Difusão Enfermagem. São Paulo. 2003. 261 p.

MACHADO, W.C.A. et al. Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação: **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(10):3161-3170, 2016.

MACHADO, W.C.A et al. **INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Texto contexto - enferm. 2018, vol.27, n.3. e4480016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

MACHADO, W.C.A. Significados ocultos da enfermagem. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**. 2010 abr/jun; [cited 2012 oct 4] 3(2). Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1518/pdf_402> Acesso em:01 jul. 2018.

MACHADO, W.C.A **Vivências e Deficiência – Recortes da Realidade: Cotidiano dos Conselhos Municipais das Pessoas com Deficiência**. Águia Dourada. Rio de Janeiro 2008. 216p.

MACHADO, W.C.A; SCRAMIN, A.P (In) dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. **Revista da escola de enfermagem daUSP [online]**. 2010, vol.44, n.1 [cited 2010-04-18], pp.53-60 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=en&nrm=iso> Acesso em 01 jul.2018

MANZINI, E. J. et al.. Acessibilidade em ambiente Universitário: identificação e quantificação de barreiras arquitetônicas. In: MARQUEZINI, M. C. et al. (Org.). Educação física, atividades lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais. p.185-192.**Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, v. 9**, Londrina, 2003

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro. 2006

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2010. 132p.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **A Inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho**. Brasília/DF, 2001 Disponível em : <<http://www.pgt.mpt.gov.br/publicações>> Acesso em 10 jul.2018.

MISSEL, A; CINARA, C; SANFELIC, R. G. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Revista Trabalho Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597, maio/ago. 2017

MOREIRA, E. L. M.; MOREIRA, L. D. F. R.; DONOSO, M. T. V. A questão do portador de necessidades especiais: uma reflexão: **REME: Revista Mineira**

Enfermagem;11(4):461-464 out./dez., 2007.

MUNGUBA, M.C.S; VIEIRA, A.C.V.C; PORTO, C.M.V. Da Invisibilidade à Participação Social: Promoção da Saúde em Pessoas com Deficiência. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, 28(4): 463-466, out./dez., 2015.

OLIVEIRA, Denize C. Análise De Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta De Sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**,16(4), pp 569-76, Rio de Janeiro, out/dez, 2008

PEREIRA, F.J.R; CORREIA, A.A; SILVA, C.C; NETO, E.A.L; MORAES, R.M. Condições de acesso às pessoas com deficiência em instituições de ensino enfermagem: utilização de redes neurais artificiais como suporte à decisão. **Rev. Bras.Ci. Saúde** 16(2):143-148, Paraíba, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs> Acesso em 10 ago.2018.

PEROVANO, Dalton G. **Manual de Metodologia Científica para Segurança Pública e Defesa Social**. Juruá. Paraná. 2014

PHARR, J.R. Accommodations for Patients with Disabilities in Primary Care: A Mixed Methods Study of Practice Administrators. *Global Journal of Health Science*; Vol. 6, No. 1; 2014

PONTE, A. S.; SILVA, L. C A acessibilidade atitudinal e a percepção das pessoas com e sem deficiência. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 23, n. 2, p. 261-271, São Carlos, 2015.

RODRIGUES, D. A. Inclusão na Universidade: Limites e possibilidades da construção de uma universidade inclusiva. **Revista de Educação Especial da UFSM**, n. 23, 2004. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/ce/revistaceesp/2004/a1/al.htm>> Acesso em: 3 abr. 2018.

SANTOS RS, ZOBOLI F, RODRIGUES C, FELISBERTO SB. Acessibilidade de cadeirantes em equipamento específico de lazer: o estádio de futebol Batistão na cidade de Aracajú/SE. *Licere (Online)*. 2017; 20(3): 289-312. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/9630/7503>

SATHISAN, S. K.; SRINIVASAN, N.. Evaluation of accessibility of urban transportation networks. **Transportation Research Record**, n. 1617, p. 78-83, 1998.

TELES, F. M.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar: barreiras para uma inclusão efetiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3023-3031, Rio de Janeiro, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232013001000027>. PMID:24061029

THE LANCET. Championing good health for people with disabilities. Vol 378 December 3, 2011 Disponível em <http://www.thelancet.com> Acesso em 01 dez 2018.

TORMIN, G. **Pássaro sem Asas: Memórias, deficiência física e pensamento positivo**. Kelps. Goiânia. 2008. 468p.

TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet] 2007 [cited 2018 Jun 30];19(6):349-57. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>

TORRES VMF, VIEIRA SCM. Qualidade de vida em adolescentes com deficiência. *Rev. CEFAC*. 2014 Nov-Dez; 16(6):1953-1961

VIEIRA, A. F. R; CAVALCANTI, A.; ALVES, A. L. O direito de ir e vir: a acessibilidade do transporte público. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 775-780, São Carlos, 2015.

WATERS K. Getting dressed in the early morning styles of staff/ patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. **Journal of Advanced Nursing** ; 19(2): 239-48, 1994

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: **A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease**. Geneva: WHO; 1993.

Apêndice A

Roteiro de Entrevista

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF

IDADE:

18 -30 anos
acima de 65 anos

44 -56 anos

31- 43 anos

57-65 anos

SEXO

Masculino

Feminino

Estado civil

casado(a)

viúvo(a)

solteiro(a)

divorciado(a)

ENDEREÇO

Cidade:

ESCOLARIDADE

Ensino Fundamental

Ensino Superior

Ensino Médio

PROFISSÃO:

Atua em sua profissão?

Sim

Não

Exerce atividade remunerada atualmente?

Sim

Não

RENDA FAMILIAR

Inferior a R\$ 1.000,00
R\$ 5.000,00

Entre R\$ 2.000,00-

Entre R\$ 1.000,00 – R\$ 2.000,00

Acima de R\$ 5.000,00

PERFIL FUNCIONAL

Pessoa com Deficiência

Sim () Não ()

Tipo:

CAUSA DA LESÃO

() Enfermidade

() Má formação congênita

() Acidente

()

Outra: _____

Pessoa com mobilidade reduzida?

Sim () Não ()

Tipo:

Utiliza meio auxiliar de locomoção?

Sim () Não ()

Tipo: Muleta () Andador () Cadeira de rodas () Outros ()

Especificar: _____

Como adquiriu o meio auxiliar de Locomoção?

Conhece alguma Oficina Ortopédica?

Qual?

Já se serviu de alguma?

Quando?

Foi atendido em suas expectativas?

Por que?

Há quanto tempo encontra-se na situação de deficiente e/ou mobilidade reduzida?

() Menos de 1 ano

() De 5 a 10 anos

() De 1 -5 anos

() Mais de 10 anos

Há quanto tempo realiza o tratamento de reabilitação?

() Menos de 1 ano

() De 5 a 10 anos

() De 1 -5 anos

() Mais de 10 anos

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no Município do Rio de Janeiro: Um estudo sobre enfrentamento de barreiras que interessa a enfermagem

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é analisar as dificuldades das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, no Município do Rio de Janeiro, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para identificarmos as principais barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de enfermagem e medidas preventivas de riscos. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a, identificarmos as principais barreiras enfrentadas, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de enfermagem e medidas preventivas de riscos, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada com usuários da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), instituição de saúde e reabilitação, localizada no Município do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem sendo a aluna Vanessa Vianna Cruz a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof Dr. William Cesar Alves Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Vanessa no telefone 985257327, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE C:Quadro Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação

Código da UR	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Frequência Absoluta UR	Frequência Relativa UR %	TOTAL CORPUS
1	Escadas	30	6,25%	21
2	Buracos	54	11,25%	39
3	Desrespeito	90	18,75%	54
4	Transporte	51	10,63%	39
5	Elevador	18	3,75%	18
6	Calçadas	63	13,13%	48
7	Sem dificuldades	27	5,63%	24
8	Obstáculos	9	1,88%	9
9	Tempo de espera	3	0,63%	3
10	Tristeza	12	2,50%	12
11	Frustração	9	1,88%	9
12	Dependência	30	6,25%	24
13	Constrangimento	27	5,63%	24
14	Isolamento	21	4,38%	21
15	Impotência	12	2,50%	3
16	Ausência de Fiscalização	9	1,88%	9
17	Nervosismo	6	1,25%	6
18	Trânsito	15	3,13%	12
19	Insegurança	3	0,63%	3
Total		480	100%	

Fonte: Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008)

APÊNDICE D Quadro Síntese da Construção de Categorias de Análise de Conteúdo

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Frequência Absoluta	Frequência Relativa UR %	Frequência absoluta entrevistas	Categorias
Escadas	30	6,25%	21	Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir. UR/categoria freq. absoluta: 279 UR/categoria freq. Relativa%: 58,12% Código dos Temas: 1;2;4;5;6;7; 8;9;16;18
Buracos	54	11,25%	39	
Trânsito	15	3,13%	12	
Transporte	51	10,63%	39	
Elevador	18	3,75%	18	
Calçadas	63	13,13%	48	
Sem dificuldades	27	5,63%	24	
Obstáculos	9	1,88%	9	
Tempo de espera	3	0,63%	3	
Ausência de Fiscalização	9	1,88%	9	
Dependência	30	6,25%	24	
Constrangimento	27	5,63%	24	
Isolamento	21	4,38%	21	
Impotência	12	2,50%	3	
Frustração	9	1,88%	9	
Nervosismo	6	1,25%	6	
Tristeza	12	2,50%	12	
Insegurança	3	0,63%	3	
Desrespeito	90	18,75%	54	
Total	480	100%		

Fonte: Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008)

ANEXO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no Município do Rio de Janeiro: Um estudo sobre enfrentamento de barreiras que interessa a enfermagem

Pesquisador: VANESSA VIANNA CRUZ

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 97122818.6.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.268.147

Apresentação do Projeto:

*Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, a ser realizado no segundo semestre de 2018, com pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida que residem no Município do Rio de Janeiro.

O cenário do estudo será composto de vias públicas de Bairros do Município do Rio de Janeiro nas quais transitam pessoas com deficiência

e/ou mobilidade reduzida e pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR).

Os participantes deste estudo serão os clientes usuários dos Programas de Reabilitação Física da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR).

A coleta dos dados se dará no período de Outubro a Dezembro de 2018, por meio de entrevista baseada em roteiro semiestruturado, composta

por questões fechadas e abertas, respondidas pelos entrevistados.

As entrevistas serão audiogravadas, agendadas na data, horário e local de acordo com o agendamento do tratamento do paciente. Será

preservada a identidade dos participantes e os dados armazenados por 5 anos, para fins de acadêmicos e publicação de artigos.

A análise dos dados será pautada na técnica de análise de conteúdo temático-categorial, onde

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.268.147

considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. É um método de gavetas ou de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem (OLIVEIRA, 2008). Os resultados serão apresentados após a categorização dos dados e sua demonstração na modalidade de quadros representativos das unidades de registro que emergiram dos relatos dos participantes. Os resultados serão devidamente discutidos à luz da bibliografia consultada nas bases de dados da área de conhecimento.”

Objetivo da Pesquisa:

*Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar as dificuldades das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, no Município do Rio de Janeiro, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos.

Objetivo Secundário:

Propor a implementação de material educativo de Enfermagem de Reabilitação, contendo medidas preventivas de riscos e promoção da saúde de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida que enfrentam barreiras de acessibilidade.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*Riscos:

Risco de provocar as emoções dos participantes, tendo em vista que será abordado questões de relatos de experiências vivenciadas.

Benefícios:

Propor estratégias de cuidados de enfermagem e medidas preventivas de risco para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento de barreiras de acessibilidade, através de material educativo.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Atendeu à pendência.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: csp.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.268.147

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1203670.pdf	18/02/2019 21:42:40		Aceito
Outros	anuenciaassinada.pdf	18/02/2019 21:41:24	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	27/12/2018 09:01:25	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	26/10/2018 18:30:08	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	25/10/2018 18:09:19	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
Outros	termo_dois.pdf	25/10/2018 18:07:40	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_atual.docx	23/08/2018 17:55:12	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento.docx	23/08/2018 17:45:14	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	anexo.pdf	23/08/2018 17:38:02	VANESSA VIANNA CRUZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com