

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

Renata Pedreira da Cruz

ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
E MOBILIDADE REDUZIDA

Rio de Janeiro
Maio de 2017.

RENATA PEDREIRA DA CRUZ

ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
E MOBILIDADE REDUZIDA

Dissertação de Mestrado submetida ao Exame de Defesa Junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF). 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.

Orientador: Prof. Dr. William Cesar Alves
Machado

Rio de Janeiro.
2017

P195 PEDREIRA DA CRUZ, RENATA
ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UM
ESTUDO DE ENFERMAGEM SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E MOBILIDADE REDUZIDA /
RENATA PEDREIRA DA CRUZ. -- Rio de Janeiro, 2017.
150

Orientador: WILIAM CESAR ALVES MACHADO.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2017.

1. Acesso aos Serviços de Saúde . 2. Atenção
Primária a Saúde. 3. Pessoas com Deficiência. 4.
Limitação da mobilidade . 5. Acessibilidade. I.
ALVES MACHADO, WILIAM CESAR, orient. II. Título.

RENATA PEDREIRA DA CRUZ

ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UM
ESTUDO DE ENFERMAGEM SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E MOBILIDADE REDUZIDA

Dissertação de Mestrado submetida exame de defesa ao 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: _22/05/2017_____

Banca Examinadora

Wiliam César Alves Machado (Presidente, Orientador)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Dra. Edicléa Mascarenhas Fernandes (1º Examinador Externo)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Nébia Maria Almeida de Figueiredo (1º Examinador Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Alexandre Sousa da Silva (2º Examinador Externo)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Dra. Joanir Pereira Passos (2º Examinador Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

MAIO/2017

DEDICATÓRIA

À Professora Doutora Florence Romijn Tocantins, por acreditar nas linhas confusas de uma graduanda inexperiente, que ousou adentrar um departamento com um projeto nas mãos em busca de orientador. Por guiar meus primeiros passos, facilitar meu aprendizado e me mostrar que tudo posso, desde que devidamente fundamentada. Não teria pensado em cursar o mestrado sem a sua contribuição fundamental durante a graduação.

AGRADECIMENTOS

Homenagear certamente não é uma tarefa fácil. Costuma-se dizer que no espaço destinado aos agradecimentos não existem palavras que expressem a gratidão pelos entes queridos . No meu caso, as palavras vêm aos montes fazendo com que a homenagem seja um pouco extensa. Sinto que não poderia ser diferente pois muito injusto seria não citar o nome de cada pessoa que contribuiu, das mais variadas formas, para que eu chegasse até aqui.

Outra tendência muito forte é iniciar as homenagens com as figuras masculinas : Deus, companheiro, pai. Como feminista e socialista penso que seja necessário caminhar na contramão da referida tendência, agradecendo inicialmente as mulheres que marcaram a minha trajetória.

Em primeiro lugar agradeço a mulher que foi responsável pela minha chegada a esse confuso labirinto de experiências que é o mundo. Minha querida mãe , Idevanda Pedreira, por me amar mesmo quando a minha rebeldia era mais evidente que o meu carinho e respeito. Por segurar minha mão e acreditar em mim, mesmo quando não sabia direito qual era o projeto que eu tinha em mente. Por orar por mim e mentalizar boas energias em todos os meus caminhos. Você foi minha fortaleza nos anos da graduação, quando me deu forças pra retomar a faculdade tendo uma filha pequena. Você topou ser mãe duas vezes ao topar cuidar da Livia pra que eu avançasse. Por segurar minha mão quando passei por racismo e machismo dentro das instituições, por dizer que o lugar que era meu nesse mundo ninguém me tomaria enquanto eu tivesse vida. Você é minha Candace.

À minha filha Livia, por entender minhas ausências na trajetória de tornar-me mestre. Por ser abrigo, conforto e me amar em meio a essa correria. Por manter a leveza quando estou tempestade. Por ter a sagacidade que muitos adultos ainda não conseguiram alcançar. Por me orgulhar em tudo que faz e ser quem é.

À minha querida irmã, Andréa. Minha segunda mãe, por resistir com bravura. Quando quase te perdi para uma malignidade me dei conta que o espaço que tens em mim é maior do que a ligação genética pode dar conta. Te tenho por perto mesmo quando estamos há milhas de distância, com você tenho conexão de outras eras. Por ser esse exemplo de educadora, por saber superar todas as adversidades que a vida insistentemente te impôs. Obrigada por (re) existir.

As amigas e Companheiras de militância Thamires Medeiros, Carlyne Cosme, Mari Schroeter, Helaine, Márcia e Jéssica Nunes por acreditarem e lutarem comigo contra a mercantilização do SUS e da vida.

As companheiras do feminismo negro, por me lembrarem que é preciso ocupar os espaços institucionais e não-institucionais. Ocupar não no sentido de promover determinados indivíduos através da hierarquização, muito menos no sentido de fazer política pautada em slogans simplistas conforme fazem os conservadores. Por caminharem comigo na contramão da eficiência mercadológica, da tradição opressora e da hierarquia paternalista. Com vocês eu experimento o real significado das palavras sororidade e Ubuntu, tão caras quando empregadas de forma coerente.

Ao meu amado companheiro, Felipe Hespanhol, por segurar a minha mão e fazer dos momentos de queda um passo de dança. Por me amar com liberdade e singeleza. Por ser potência e ombro amigo. Por diluir essas aparentes dicotomias, como acordar e sonhar, utopia e realidade, presença e ausência, antagonismo de gêneros. Te dar as mãos e caminhar ao seu lado é não perder o sentido da verbalização, é não ter que explicar ou escamotear quem sou e o que quero. Caminhar essa estrada com você é compartilhar afeto a ponto dele entranhar em nossos poros, ser verbalizado em todos os fonemas e transcender o nosso imaginário.

Ao meu pai, que mesmo com todos os entraves de gênero tem buscado fazer o seu melhor desde sempre. Por ter me dado a minha primeira lição de amor ao próximo ao me colocar em um caminhão a noite pra distribuir sopas a quem precisava. Me mostrando que somos todos iguais antes que eu me desse conta de quem eu era. Foi nesse minuto que eu entendi as contradições sociais. Antes de ler qualquer teórico socialista.

Ao Doutor Wiliam Machado, por estar comigo desde o momento da vacilante banca de ingresso no mestrado, por ter fundamentado meus estudos desde antes de conhecê-lo, por me orientar e por lutar por um segmento da população ainda tão fragilizado e marginalizado socialmente. Por transformar a deficiência em luta, resistência e motor para fazer ciência. Acreditamos no que escrevemos e sou muito grata por isso.

Ao Grupo de Dança Afro "Diálogos em Movimento", à Gabriela Feijó, Gabriela Jordão, Wernner Lucas, Iane Kraucs, Lucas Gomes e Magno por segurarem minha mão quando chorei de dor ou de desespero. Por me incentivarem a seguir em frente quando minhas pernas vacilaram. Pela partilha de sorrisos e por ajudarem a manter minha sanidade mental. Amo vocês!

Aos Professores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e da UFRGS por me ensinarem pelo exemplo positivo ou negativo que educação é horizontal e permanente. Vocês foram fundamentais em minha trajetória. Principalmente as professoras Dr. Florence Tocantins e Dr. Nêbia Figueiredo que me fizeram tomar um amor profundo pela enfermagem pautada em evidências. Aos professores Dr. Carlos Roberto Lira e Dr. Eva Maria pelo acolhimento e apoio em momentos de adversidade. Não esquecerei.

Aos sujeitos desta pesquisa, por compartilharem comigo suas vivências e contribuírem para ampliação do conhecimento sobre o tema.

*“Incluir é viver a beleza da diversidade,
É respeitar as nossas muitas diferenças.
É superar limites
E compreender nossas distintas realidades.
Incluir é agir.
Incluir é viver acreditando que como humanos,
Podemos sempre seguir adiante:
Se nossa realidade imediata nos limita,
Boas doses de sonho alimentam um outro dia.
Incluir é aprender”.*

João Beauclair
(“Incluir é viver a beleza da diversidade”, 2007)

Resumo

Existem inúmeras barreiras arquitetônicas e atitudinais nas instâncias da sociedade que se constituem interdição social, tornando difícil o acesso das pessoas com diferenças singulares aos bens sociais e o acesso aos serviços. Entende-se que o conceito de reconhecimento político das diferenças é o pilar para as políticas voltadas para a área da deficiência e para a construção de políticas públicas em consonância com princípios de acessibilidade e desenho universal. Estes princípios estão fundamentados na *Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência* (ONU, 2006) que, hoje, baliza internacionalmente às políticas da área. Os direitos das pessoas com deficiência (PcD) nas últimas décadas começam a extrapolar o âmbito das políticas e passam a ser discutidos amplamente nos veículos de mídia. A questão da acessibilidade deve ser considerada direito fundamental para atendimentos nos serviços de saúde, como definido na Constituição Brasileira, inclusive para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, porém, não tem sido garantido nos ambientes públicos e privados, nos quais prevalecem o desrespeito ao direito básico de ir e vir. O objetivo deste estudo é discutir as implicações da acessibilidade em unidades básicas de saúde localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, com base nas experiências de usuários com deficiência e mobilidade reduzida. Trata-se de uma pesquisa observacional, de campo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada entre dezembro de 2015 e março de 2016, com 80 pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, regularmente atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, Brasil. Para análise da estrutura física das unidades utilizou-se um instrumento de avaliação da estrutura física das unidades de saúde de acordo com a NBR 9050/2004. Utilizou-se, também, um formulário com questões semi-abertas para caracterizar a população de acordo com as variáveis socioeconômicas. Constatou-se que a falta de acessibilidade se dá pela ausência de rampas em todos os pavimentos da unidade, um dos critérios básicos de acessibilidade. Além disso, questões como Rota Acessível Interna não correspondiam aos pressupostos da NBR 9050 e não havia um quantitativo de funcionários aptos a comunicar-se em Libras. A partir dos dados analisados qualitativamente identificou-se, nesse segmento populacional, as vulnerabilidades sociais, a vulnerabilidade emocional relacionada a depressão e o impacto negativo da falta de acessibilidade como fator primário no que tange a interferência na autonomia, dependência/independência, nas limitações, no desenvolvimento/realização pessoal da pessoa com deficiência física, repercutindo na qualidade de vida dos mesmos. Para complementar os

dados qualitativos usou-se o *Medical Outcomes Study-Short Form*, SF36, instrumento de avaliação genérica de qualidade de vida. Dos resultados obtidos através dos oito domínios do SF -36 avaliou-se que a população situa-se, de forma geral, no estado de equilíbrio em saúde. Esse estudo tornar-se relevante porque coloca em perspectiva uma população ainda negligenciada na prática, mesmo tendo em teoria políticas públicas de inclusão.

Palavras Chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoas com Deficiência; Limitação da Mobilidade.

ABSTRACT

There are numerous architectural and attitudinal barriers and prejudice in the instances of society that constitute a social interdiction, making it difficult to access singular differences to social goods and access to services. It is understood that the concept of political recognition of differences is the pillar for policies aimed at disability area and for the construction of a universal accessibility policy in line with accessibility principles and universal design. These principles are reasoned in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN, 2006), which, today, beacon policies in this area internationally. The rights of people with disabilities (PwD) in recent decades begun to overcome the policy scope and to be widely discussed in the media. The question of accessibility must be considered fundamental right for attendances in health services, as defined in brasilian constitution, including people with disability and mobility limitation, however it's not being granted in public spaces and private ones, wich may prevail disrespect for the basic right of coming and going. The present study aims to discuss the implications of accesibility in primary health care units situated in botafogo district, Rio de Janeiro based in experiences of users with disability and mobility limitation. This is an observational, field-based research with quantitative-qualitative study, carried out between december 2015 and march 2016, with 80 people with limitation of mobility, regularly attended in two Basic Health Units located in the Botafogo neighborhood, Rio de Janeiro, Brazil. For the analysis of the unit's physical structure it were used an evaluation instrument of the health unit's physical structure according to NBR 9050/2004. We also used a form with semi-open questions to characterize the population according to socioeconomic variables. It was verified that the lack of accessibility is due to the absence of ramps in all unit floors, one of the basic accessibility criteria. Besides that, issues such as Internal access route did not correspond to the assumptions of NBR 9050 and there was no quantitative employees able to communicate in Libras (Brazilian Sign Language). From the qualitatively analyzed data from this form it was identified in this populational segment social vulnerabilities, emotional vulnerability related to depression and the negative impact of the lack of accessibility as a primary factor in autonomy, dependency/independence, limitations, personal development/self-realization of the person with physical disability, having an impact on the quality of their lives. To complement the qualitative data was used the Medical Outcomes Study-Short Form, SF36 generic instrument for the quality of life's evaluation. From the obtained results through the 8 domais of SF-36 it was concluded that this population is in general in balanced health state. This right does not exist for people with disabilities in

most cities due to the urban space's limitation. This study become relevant because it puts in perspective a population still neglected in practice, even having theoretically public inclusion policies.

Keywords: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Disabled Persons; Mobility Limitation.

RESUMEN

Hay numerosas barreras arquitectónicas y actitud en las instancias de la sociedad que se constituyen como interdicción social, lo que dificulta el acceso de las diferencias singulares a los bienes sociales y al acceso a los servicios. Se entiende que el concepto de reconocimiento político de las diferencias es el pilar para las políticas dirigidas al área de la discapacidad y para la construcción de políticas públicas en consonancia con principios de accesibilidad y diseño universal. Estos principios se basan en la Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad (ONU, 2006), que hoy sostiene a nivel internacional las políticas en el área. Los derechos de las personas con discapacidad en las últimas décadas empezaron a extrapolar el alcance de las políticas y pasaron a ser ampliamente discutido en los medios de comunicación. La cuestión de la accesibilidad debe ser considerada un derecho fundamental para atender en los servicios de salud, como definido en la Constitución Brasileña, incluso para personas con discapacidad y movilidad reducida, pero no ha sido garantizado en los ambientes públicos y privados, en los que prevalecen el incumplimiento del derecho Básico de ir y venir. El objetivo de este estudio es discutir las implicaciones de la accesibilidad en unidades básicas de salud localizadas en el Barrio de Botafogo, Río de Janeiro, con base en las experiencias de usuarios con discapacidad y movilidad reducida. Es una investigación observacional, de campo, con abordaje cuanti- cualitativo realizada entre diciembre de 2015 y marzo de 2016 con 80 personas con discapacidad y movilidad reducida, que son atendidas con regularidad en dos Unidades Básicas de Salud ubicadas en el barrio Botafogo, Rio de Janeiro, Brasil. Para el análisis de la estructura física de las unidades fue utilizada una herramienta de evaluación de la estructura física de los centros de salud de acuerdo con la NBR 9050/2004. También fue utilizado un formulario con cuestiones semiabiertas para caracterizar la población en función de variables socioeconómicas. En el caso de las UBSs de Botafogo la falta de accesibilidad ocurre por la ausencia de rampas en todos los pavimentos de la unidad, uno de los criterios básicos de accesibilidad. Además, cuestiones como la Ruta accesible interna no se correspondían con los supuestos de la NBR 9050 y no había una cantidad trabajadores capaces de comunicarse en Libras. De los datos analizados cualitativamente fue identificado en este segmento de población vulnerabilidades sociales, la vulnerabilidad emocional relacionado con la depresión y el impacto negativo de la falta de accesibilidad como factor primario con respecto a la interferencia en la autonomía, la dependencia /

independencia, las limitaciones en el desarrollo / realización personal de las personas con discapacidad física, que afectan a la calidad de vida de la misma. Como complemento a los datos cualitativos se utilizó el Medical Outcomes Study Short Form, SF36 instrumento de evaluación genérica de calidad de vida. Con los resultados obtenidos a partir de los ocho dominios del SF-36 se pudo evaluar que la población se encuentra por lo general en el estado de la salud en equilibrio. Este estudio es relevante porque pone en perspectiva una población todavía descuidada en la práctica, aunque en teoría hay políticas públicas de inclusión.

DESCRIPTORES: Accesibilidad a los servicios de salud; Atención primaria de Salud; Personas con Discapacidad; Limitación de la Movilidad.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRADEF	Associação Brasileira de Deficientes Físicos
AIPD	Atenção às Pessoas com Deficiência
APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCD-BR	Fraternidade Cristã de Pessoas com Deficiência do Brasil
FCDD	Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIBRAS	Língua de Sinais Brasileira
MP	Ministério Público
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoas com Deficiência
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSs	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de gênero, renda e escolaridade por UBS	78
Tabela 2. Distribuição de Grupos Etários por UBS	79
Tabela 3. Visão geral - SF 36	81
Tabela 4. Capacidade funcional por gênero e idade: usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	83
Tabela 5. Limitação por aspectos físicos por gênero, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	85
Tabela 6. Variável dor distribuída por gênero, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	86
Tabela 7. Variável estado geral de saúde por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	87
Tabela 8. Vitalidade distribuído por gênero e idade, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	88
Tabela 9 – Aspectos sociais distribuídos por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	89
Tabela 10 – Aspectos emocionais distribuídos por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	90
Tabela 11 – Saúde mental por gênero e faixa etária: usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	92
Tabela 12 - Quanto a estrutura do transporte para usuários das Unidades Básicas de Saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	101
Tabela 13 – Locomoção no entorno de casa e das unidades básicas de saúde, botafogo, rio de janeiro, 2016.	103
Tabela 14 – Nível de parentesco do cuidador, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 . Comparação de diagnóstico situacional e avaliação de acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde, Botafogo, Rio de Janeiro/RJ, 2016.	75
Quadro 3. Quantitativo de usuários	77
Quadro 4. Diz respeito a educação formal e renda e noções de direitos	94
Quadro 5. Locomoção, utilização de transporte e acessibilidade	98
Quadro 6. Rede de cuidado	104
Quadro 7. Entraves para uma atenção de qualidade	111

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE GRÁFICOS

I INTRODUÇÃO

1.1	Direito à Acessibilidade e qualidade de vida	14
1.2	Dos Parâmetros epidemiológicos	15
1.3	Aproximação com a temática	19
1.4	A construção do objeto de pesquisa	21
1.5	Questões Norteadoras	23
1.6	Objetivos	24

CAPÍTULO 2. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA LEITURA

DO SEU HISTÓRICO

2.1	Mito e representações sociais da deficiência ao longo da história	26
2.2	Panorama da deficiência no Brasil	27
2.3	Conceitos e Abordagens	28

III. O HISTÓRICO DE ACESSIBILIDADE NO CONTEXTO

DAS UNIDADES DE SAÚDE NO BRASIL

3.1	Atenção Primária em Saúde e Acessibilidade para pessoas com Deficiência	34
3.2	Cuidado em Saúde na Perspectiva da Integralidade	36
3.3	Déficit do autocuidado no cuidado em Enfermagem	45

IV. REFERENCIAL TEÓRICO-EPISTEMO-METODOLÓGICO

4.1	Desenho Universal e Inclusão da Pessoa com Deficiência	48
4.2	Pressupostos antropométricos da NBR 9050/2004 ABNT	50
4.3	Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: Acessos e Barreiras – (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência)	51

V. METODOLOGIA

5.1	Tipo de Pesquisa	58
5.2	Local da Pesquisa	63
5.3	Participantes da Pesquisa	64
5.4	Coleta de Dados	65
5.5	Abordagem Qualitativa	66
5.5	Abordagem Quantitativa	66
5.6	Aspectos éticos	66

VI. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1	Caracterização das Unidades Básicas de Saúde	70
6.2	CMS Dom Hélder	71
6.3	Dos parâmetros de avaliação do CMS Dom Hélder de acordo com o instrumento de Diagnóstico Situacional e Observação	71
6.4	Sobre a Clínica da Família Santa Marta	73

6.5	Caracterização dos participantes da pesquisa	85
6.6	Percepção de qualidade de vida de acordo com o SF-36	90
6.7	Sobre o Eixo Temático	106
6.3	Eixo Temático	108
VII	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123

REFERÊNCIAS	128
--------------------	-----

APÊNDICE
ANEXOS

I. INTRODUÇÃO

O Direito à saúde é parte de um conjunto de direitos, chamados direitos sociais, que tem como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), no Brasil, este direito foi reconhecido apenas na Constituição Federal de 1988. Antes disso, pode-se dizer em linhas gerais que o Estado oferecia atendimento à saúde só para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não-previdenciários. Durante a Constituinte de 1988, as responsabilidades do Estado foram repensadas, passando a focar na promoção da saúde para todos, além de se constituir seu dever (BRASIL, 2003).

De acordo com Pereira (2009), o direito universal e a equidade em saúde, materializados a partir do SUS, possibilitam a incorporação das necessidades de saúde do segmento de pessoas com deficiência na agenda política e nos serviços de saúde de modo a consolidar um conjunto de respostas sociais à questão. São criadas condições para a consolidação da assistência à saúde das pessoas, rompendo com a perspectiva contributiva e caritativa que marcou a atenção ao segmento.

Tendo em vista as condições para a consolidação da assistência adequada à população com deficiência e a garantia de autonomia desse segmento populacional, é impreterível que seja garantida a acessibilidade dos espaços, onde são desenvolvidas atividades de atenção e cuidado da população. Nesse sentido, a acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação e, principalmente, nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, como é o caso das Unidades de Saúde.

1.1 Direito à acessibilidade e qualidade de vida

A Constituição brasileira estabelece que todo indivíduo tem direitos e deveres enquanto cidadão (BRASIL, 1988). Dentre estes direitos, o Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana,

em linhas gerais, enfatiza que estes só podem ser exercidos se houver respeito aos princípios de independência, autonomia e dignidade, de forma coletiva e individual (BRASIL, 2006).

O Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana contempla pessoas com restrição de mobilidade e com deficiências, visto que o objetivo do programa é estimular e apoiar os governos municipais e estaduais a desenvolver ações que garantam acessibilidade para pessoas com restrição de mobilidade aos sistemas de transportes, equipamentos urbanos e circulação em áreas públicas.

De acordo com o Decreto Federal nº 5296/2004, pessoas com restrição de mobilidade são aquelas com dificuldade de movimentar-se permanente ou temporariamente, tais como: idosos, gestantes, obesos, lactantes, convalescentes cirúrgicos, pessoa com criança de colo, dentre outras. Por outro lado, define pessoa com deficiência como aquela que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividades. As deficiências podem ser enquadradas em uma ou mais categorias: deficiência física, mental, sensorial, orgânica (BRASIL, 2004).

Assim, no caso das pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida, a acessibilidade pode ser definida como uma condição de aproximação com segurança e autonomia de determinados espaços, objetos ou elementos diversos, possibilitando a utilização de todas as atividades inerentes e usos específicos que eles possam oferecer (BRASIL, 2004).

A acessibilidade é uma condição primordial para manter um direito básico pautado na legislação, o direito de ir e vir. A temática da acessibilidade está incorporada nas obrigações do Departamento de Cidadania e Inclusão Social do Ministério das Cidades, com propósitos de “elaborar diretrizes para a modernização e disseminação dos padrões de mobilidade e acessibilidade das populações dos centros urbanos brasileiros”; e no Departamento de Mobilidade Urbana para “analisar e propor instrumentos para garantir a acessibilidade das pessoas com deficiências e restrição de mobilidade” (BRASIL, 2003, p.4).

De acordo com Machado (2008), a evolução da luta pela acessibilidade, que já existe mundialmente há três décadas, ratifica a importância de se projetar espaços para todos, pois a solução que atende a um tipo de necessidade pode dificultar outro indivíduo. O autor destaca algumas barreiras físicas e sociais para a acessibilidade, são elas: as barreiras arquitetônicas e as barreiras atitudinais.

As barreiras arquitetônicas constituem-se de aspectos restritivos e elementos oficiais capazes de condenar as pessoas com deficiência física e pessoas com restrição de mobilidade a

permanecerem encarceradas dentro de suas casas. Estas barreiras arquitetônicas decorrem da falta de adaptação dos espaços urbanos.

No que tange às barreiras atitudinais, Machado (2008) ressalta que as mesmas estão presentes na sociedade como um todo e que esse tipo de barreira surge em consequência de como a sociedade percebe o indivíduo deficiente. Especificamente profissionais e/ou pessoas com poder de decisão política, ainda preconceituosas a respeito dessa parcela da população, deixando de criar oportunidades que focalizem a acessibilidade e consequente inclusão social.

Não se pode negar, que a questão da acessibilidade contribui substancialmente para a promoção da qualidade de vida da população. Nahas (2003) afirma que o conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um.

Logo, podemos dizer, pautados em Ferraz, Peixoto, (1997), Dantas, Oliveira (2003) e Vecchia *et al.* (2005), que a qualidade de vida vai depender de questões objetivas e subjetivas. Sendo as objetivas: as condições de saúde em geral, os aspectos do ambiente físico, a capacidade funcional, qualidade de habitação, emprego, qualidade do trabalho, acesso a bens de serviço, lazer, justiça, segurança, oportunidades, participações sociais e também no nível sócioeconômico. Já as condições subjetivas englobam: o nível de satisfação de vida, autoestima e medidas relacionadas, tais como felicidade, bem-estar geral, situação familiar, relacionamento com o outro, amigos, crença religiosa, expectativa de vida e realizações alcançadas, entre outros.

Apoiada em Machado *et al.* (2007) e Buss (2000), pode-se dizer que as alterações na planta física dos imóveis, para que se tornem adequados às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, requerem grandes despesas que, em geral, não podem ser assumidas pelas famílias, embora sejam imprescindíveis para a sua sobrevivência com mais dignidade e melhora na qualidade de vida. Assim sendo, proporcionar saúde vai além do mero sentido de evitar doenças, é preciso garantir meios e situações que assegurem a qualidade de vida, ampliando a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar.

Na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008) reconheceu-se que a dignidade da pessoa com deficiência é fundamental por opor-se à ideia, até então predominante, de que a deficiência rebaixa esses cidadãos a uma condição sub-humana ou a um tipo de “anomalia” que compromete a sua condição de igualdade no contexto da sociedade.

Pautada em Machado (2008), pode-se afirmar que os direitos das pessoas com deficiência estão assegurados nos mais diferentes campos e aspectos, a partir de instrumentos legais, como as Leis nº. 7.853/89 e nº. 8080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde. Esta, no conjunto de princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se o relativo a preservação da autonomia das pessoas na defesa da integridade física e moral, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e integralidade da assistência (art.7º, inciso I, II, III e IV). Aquela dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e a sua integração social.

No que se refere a saúde, esta legislação atribui ao setor a promoção de ações preventivas, a criação de rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, o desenvolvimento de programas de saúde voltados às pessoas com deficiência, desenvolvidas com a participação da sociedade.

O conceito ampliado de Saúde está diretamente ligado à noção de qualidade de vida. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico. Ou seja, está relacionada ao modo, condições e estilos de vida, incluindo ainda as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. Afirmam, ainda, que a qualidade de vida também se relaciona com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne a saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si.

Ao observar nossa sociedade no contexto social, e apoiado em Machado *et alii* (2007), percebe-se que a desigualdade é o maior empecilho para alcançar as metas traçadas, a fim de atender as necessidades dos mais carentes. Esta pressuposta desigualdade acaba por mascarar uma tomada efetiva de medidas para diminuir a carência estrutural, como serviços básicos e essências de saúde, lazer, segurança, qualidade de moradia, assegurando a inserção social e o direito de ir e vir que todo cidadão deve desfrutar. Considerando o conceito ampliado de saúde, se faz necessário uma mudança no atual contexto a fim de obter um ambiente social e cultural favorável ao deficiente físico. Haja vista a distância entre a retórica, a literatura da área e o praticado nas políticas públicas.

Cabe ressaltar, de acordo com Pereira (2008, p. 25), o papel da enfermagem neste contexto, como educadora em saúde. A autora destaca que “educar não é informar, educar é pensar com seus pensamentos e dos outros, como mudar a trajetória de vida”.

Com base nestas concepções, entende-se que, na área de saúde, este processo educativo depende de que o profissional possua habilidades e competências para orientar as pessoas a fim de promover a saúde, evitar riscos, restaurar a saúde e prevenir doenças. Mais ainda, deve considerar que medidas de promoção da saúde na área de reabilitação das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida requerem atendimentos por equipes profissionais com formação específica, de forma a garantir o suprimento das necessidades dessa parcela de usuários dos serviços.

1.2. Dos Parâmetros epidemiológicos

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas, dos estimados 6,4 bilhões de habitantes em 2004) possuíam deficiências graves ou moderadas, enquanto 2,9% (cerca de 185 milhões) enfrentavam deficiências graves.

Em relação ao Brasil, segundo dados do Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o país tem cerca de 45,6 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 23,92% da população brasileira. No entanto, apesar do quantitativo populacional ser expressivo e de existir legislação que assegure seus direitos, o que se vê na prática é que as pessoas com deficiência muitas vezes tem seus direitos desrespeitados. Um dos casos mais frequentes diz respeito à acessibilidade.

Cabe destacar que, de acordo com o Censo de 2010 do IBGE, os 23,9% da população residente no país é composto de pessoas com deficiência visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,10%, e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40% (BRASIL, 2012).

Em 2010, a deficiência, de todos os tipos, teve maior incidência na população de 65 ou mais anos, mostrando o processo de envelhecimento e a consequente perda de funcionalidades. A deficiência visual teve maior prevalência em todos os grupos de idade, sendo bastante acentuada

no grupo de acima de 65 anos, ocorrendo em quase metade da população desse segmento (49,8%). Para esse grupo, a deficiência motora é a segunda mais frequente, ocorrendo em 38,3%, seguida pela auditiva, em 25,6%, e mental ou intelectual, em 2,9%. Nos grupos de 0 a 14 e de 15 a 64 anos, houve uma frequência maior da deficiência visual, com 5,3% para o primeiro grupo e 20,1% para o segundo (BRASIL, 2012).

O grupo de 0 a 14 anos apresentou frequências relativamente baixas de todos os tipos, sendo a maior frequência a da deficiência visual, com 5,3%. A deficiência motora é a segunda maior em prevalência para o grupo de 15 a 64 anos, com 5,7% (BRASIL, 2012).

Os dados do censo mostraram que a deficiência atinge as pessoas em qualquer idade, algumas pessoas nascem com ela e outras a adquirem ao longo da vida. O contingente populacional que tem ao menos uma das deficiências investigadas pelo Censo de 2010, revela que sua prevalência é bastante alta na população brasileira e se distribui por todos os grupos de idade. No entanto, podemos observar um forte aumento nos grupos de idade de 5 a 9 anos e de 40 a 44 anos. A partir desse último grupo, a prevalência da deficiência cresceu acentuadamente. Na faixa de 40 a 59 anos, ocorreu o maior contingente de pessoas com deficiência, cerca de 17,4 milhões de pessoas, dos quais 7,5 milhões eram homens e 9,9 milhões eram mulheres (BRASIL, 2012).

O segmento das pessoas com deficiência tende a ser composto por pessoas mais velhas do que o das pessoas sem deficiência, refletindo o processo de envelhecimento da população brasileira, cujo índice passou de 19,8, em 2000, para 30,7, em 2010. Esse índice é definido pela razão entre o número de pessoas com mais de 65 anos de idade e o número de pessoas com menos de 15 anos. Isso equivale a dizer que, na população brasileira como um todo, para cada grupo de 100 pessoas com idade abaixo de 15 anos, havia 30 pessoas com 65 ou mais anos de idade. Na população com deficiência, essa relação foi de 100 para 275 (BRASIL, 2012).

Em 2000, o segmento das pessoas com ao menos uma das deficiências abrangia um contingente de 24.600.256 pessoas não institucionalizadas, ou 14,5% da população brasileira. Em 2010, esse número subiu para 45.606.048 de pessoas ou 23,9% da população total. As mudanças realizadas pelo IBGE no método de investigação das deficiências podem ter causado parte do aumento de 12,4 pontos percentuais sobre o número de pessoas e influenciado outras características da população com deficiência, ainda assim é possível identificar determinadas tendências do Censo de 2000 que se mantiveram no Censo de 2010. A prevalência continuou maior na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Na faixa de 15 a 64 anos, a frequência, em

2010, foi relativamente alta e continuou sendo maior do que a do grupo de 0 a 14 anos (BRASIL, 2012).

A deficiência no grupo de idade de 65 ou mais apresentou um crescimento de 13,7 pontos percentuais, aumento que pode ser atribuído tanto ao crescimento populacional como ao crescimento da população acima de 65 anos. No grupo de 15 a 64 anos, o crescimento foi de 9,3%, e na faixa de 0 a 14 anos, o crescimento foi de 3,2 pontos percentuais. As mudanças ocorridas na estrutura etária da população total do país, entre 2000 e 2010, foram: queda de 5,5% de pessoas no grupo de 0 a 14 anos; aumento de 4% na faixa de 15 a 64 e aumento de 1,5% no grupo de 65 ou mais anos de idade. As variações no segmento da população com deficiência não refletiram aquelas observadas na população total. Mesmo com queda na população do grupo de 0 a 14 anos, o número de pessoas com deficiência nessa faixa cresceu 3,2%. No grupo de 15 a 64 anos, houve um crescimento de 9,3% na população com deficiência. Na faixa etária de 65 anos ou mais, essa população cresceu 13,7 pontos percentuais na década, quando a população total do grupo cresceu 1,5% (BRASIL, 2012).

Em 2010, 8,3% da população brasileira apresentava pelo menos um tipo de deficiência severa, sendo: 3,45% com deficiência visual severa; 1,12% com deficiência auditiva severa(perda bilateral, parcial ou total de 71-90 decibéis) ; 2,33% com deficiência motora severa; e 1,40% com deficiência mental ou intelectual severa. Dados do Censo do IBGE, de 2010, revelaram que das 45.606.048 de pessoas com deficiência no Brasil, 1,6% são totalmente cegas, 7,6% são totalmente surdas, 1,62% não conseguem se locomover.

1.3 Aproximação com a temática

A questão das dificuldades de acessibilidade para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida fez-se no período da graduação, por ocasião do ensino prático em uma comunidade vertical, sem infraestrutura para o livre acesso de automóveis. O acesso se dá por meio de escadas e tem como alternativa um Plano Inclinado com três estações. A escadaria da comunidade tem aproximadamente 830 degraus, o que dá, em média, 800 metros por subida. Apesar da existência do plano inclinado, este alcança apenas a metade da comunidade.

Como atividade de ensino prático, acompanhou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) em algumas visitas domiciliares. Nestas ocasiões, observou-se as ações voltadas ao

acompanhamento, controle de doenças crônicas e educação em saúde da população. Esta experiência possibilitou um contato com uma diferente realidade social e ambiental, despertando uma consciência cidadã e ao mesmo tempo trazendo uma grande inquietação.

Em uma visita ao local, acompanhados de um profissional da ESF, o plano inclinado que faz o trajeto, até a última estação, não estava em funcionamento. Utilizou-se, então, o acesso pela escadaria, o que representou uma imensa dificuldade na subida. Os degraus da escadaria são assimétricos e em grande parte do trajeto não há corrimão na escada. Por se tratar de um terreno íngreme, e dada a péssima condição de conservação da escadaria, a trajetória foi percorrida com grande dificuldade e foi justamente esta situação que deu origem ao questionamento quanto ao direito de ir e vir dos moradores, principalmente as pessoas com deficiência física.

A partir desta vivência no campo de estágio surgiu um trabalho de pesquisa que resultou em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), uma revisão integrativa que objetivava identificar estudos, com foco na acessibilidade de idosos e deficientes físicos, visando à qualidade de vida. A revisão integrativa possibilitou constatar que ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas no sentido do desenvolvimento de estudos e pesquisas que possam repercutir em ações eficazes a essa parcela de usuários do serviço de saúde.

O reduzido número de publicações, levou a percepção de que os conhecimentos e o envolvimento com a problemática dos idosos e deficientes, no que tange a acessibilidade, é muito incipiente. A partir desse estudo, percebeu-se a complexidade que envolve a acessibilidade e a proximidade deste tema com a área da saúde. Esta investigação possibilitou confirmar o fato de que muitos estudos ainda tem seu foco num modelo de investigação centrado no “problema”, uma visão biologicista e fragmentada do indivíduo.

Ressaltando que o papel do profissional de saúde perpassa também por utilizar os índices de qualidade de vida e elaborar estudos que proponham mudanças efetivas na saúde (percebida em seu conceito ampliado) dos grupos que tem o direito a acessibilidade negligenciado. Na tentativa de aproximar o texto das políticas que focalizam os idosos e deficientes, da prática vivenciada. E assegurar a esta parcela da população o seu direito de ir e vir.

Com base na referida revisão integrativa, pode-se afirmar que a Enfermagem pode ser referência no papel de articulação de ações decisivas para que pessoas com restrição de mobilidade desfrutem de melhores condições de saúde e qualidade de vida, a partir da implementação de estratégias focadas na promoção da saúde e reabilitação. Investigando as

condições de ambiência nas residências dessas pessoas, investindo na oferta de espaços acessíveis nas unidades e saúde onde atuam, estimulando ganhos funcionais para desempenho das atividades cotidianas, enfim monitorando o controle e minimização de agravos no que tange ao risco de aparecimento de úlceras de decúbito, dentre outros aspectos fisiológicos.

Entretanto, sabe-se que a produção de conhecimento na área de Enfermagem de Reabilitação, como nas áreas afins à temática promoção da saúde e inclusão social de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na literatura brasileira, é deveras carente. Haja vista que, de modo geral, o enfermeiro e demais profissionais da área, pouco investem, tampouco conseguem intervir com eficácia na minimização das barreiras arquitetônicas e atitudinais, por questões de ordem políticas e/ou institucionais, reproduzindo nos campos de prática a falta de investigações críticas da realidade.

Entendendo que as práticas de saúde não priorizam os cidadãos e persistem centradas apenas no diagnóstico e no tratamento de doenças, no caso dessas pessoas sequer compreendem a reabilitação como processo de longo prazo, assumir compromisso com avaliação das condições ambientais é deveras relevante, contemporâneo. Nesse sentido, o presente estudo traçará um diagnóstico situacional da ambiência nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), localizadas no bairro de Botafogo, zona sul da Cidade do Rio de Janeiro, a partir desse diagnóstico, as equipes de ESF poderão prestar cuidados e assistência integral de enfermagem aos seus usuários com deficiência e/ou mobilidade reduzida.

1.4 A construção do objeto de pesquisa

Partindo do envolvimento com temas relacionados às dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida para conseguir atendimentos dignos de saúde, em particular nas Unidades Básicas de Saúde, decidi estudar o que representam as barreiras arquitetônicas, atitudinais, comunicacionais, entre outras, existentes nos pontos de atenção básica, como forma de melhor compreender para contribuir no planejamento dos cuidados e assistência de saúde prestados pelas equipes profissionais que atuam nessas unidades.

Neste processo de incursão acadêmica, com ajuda do meu orientador, mergulhei no tema e busquei nas bases de dados dos artigos publicados em periódicos da área de conhecimento, relacionados aos descritores acessibilidade, pessoas com deficiência, atenção básica de saúde,

reabilitação, qualidade de vida, numa incursão preliminar como ponto de partida para a construção do objeto de pesquisa. A busca também foi realizada pautada nos mesmos descritores, dissertações e teses produzidas nos últimos 10 anos, com vistas no aprofundamento da temática para melhor consubstanciar os argumentos deste estudo.

Após algumas tentativas, visando elaborar algo consistente do ponto de vista acadêmico, considerando que o objeto deste estudo constitui “Análise da acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida nas unidades básicas de saúde, do bairro de Botafogo, Cidade do Rio de Janeiro”, nos deparamos com a questão de pesquisa: “O que representam as barreiras de acessibilidade existentes nas UBSs para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida?”.

1.5 Questões Norteadoras

1. Os ambientes, instalações e equipamentos das UBSs do SUS, de Botafogo, estão preparadas para que seus usuários sejam atendidos, cuidados e assistidos em consonância com princípios da integralidade para pessoas com deficiência, além de condizentes com parâmetros antropométricos da Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) da Associação Brasileira de Normas Técnica (ABNT) 9050/2004?
2. Quais são as barreiras que cerceiam direito de pessoas com deficiência de receber atendimento digno nas Unidades Básicas de Saúde no Bairro de Botafogo?

1.6 Objetivos

Objetivo geral:

Discutir as implicações da acessibilidade em unidades básicas de saúde localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, com base nas experiências de usuários com deficiência e mobilidade reduzida.

Objetivos Específicos:

1. Identificar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, usuárias das Unidades Básicas de Saúde do Bairro de Botafogo, em desacordo com a NBR ABNT 9050/2004, que impedem que pessoas com deficiência recebam cuidados e assistência integral de saúde.
2. Analisar aspectos da acessibilidade nas UBSs do Bairro de Botafogo que comprometem a qualidade de vida dos usuários com deficiência e mobilidade reduzida, contrários disposto na NBR ABNT 9050/2004 e baseados nos scores do SF36.

II. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA LEITURA DO SEU HISTÓRICO

Este capítulo trata da temática das pessoas com deficiência, incumbindo-se, a priori, de traçar seu percurso histórico, bem como o panorama da deficiência no Brasil e sequencialmente conceitos sobre a temática.

2.1 Mito e representações sociais da deficiência ao longo da história

Como assevera Araújo (2012, p. 194), no clássico da literatura mundial, *Nossa Senhora de Paris*, também conhecido como *O Corcunda da Notre Dame*, Vitor Hugo retratou uma das grandes dificuldades da humanidade: a convivência pública com a diferença. Para tanto, utilizou-se da história de uma criança que fora deixada pelos pais na porta da igreja em razão de suas deformidades físicas. Uma ficção que nem sempre está afastada da realidade: a rejeição da diferença. Na obra, a criança fora adotada por Frollo – o pároco – e passou a viver em reclusão na Catedral, assumindo a responsabilidade pelas batidas do sino. Quasímodo, o corcunda, já deformado, ficou surdo em função do alto som da batida dos sinos. O medo de ser retaliado por ser diferente impedia Quasímodo de se mostrar ao mundo e, conseqüentemente, de viver plenamente com gostos, sabores e amores, posteriormente descobertos com a chegada da cigana Esmeralda, por quem Quasímodo se apaixonou. Saber conviver com a diferença e com os diferentes é uma postura que se reflete no palco onde a vida pública atuará.

Em retrospectiva conjuntural e social da temática, Piovesan (2012, p. 46) esclarece que a história da construção dos direitos humanos das pessoas com deficiência (PcD) compreende quatro fases: a) uma fase de intolerância em relação às pessoas com deficiência, em que esta simbolizava impureza, pecado ou mesmo castigo divino; b) uma fase marcada pela invisibilidade das PcD; c) uma terceira fase, orientada por uma ótica assistencialista, pautada na perspectiva médica e biológica de que a deficiência era uma “doença a ser curada”, estando o foco no indivíduo “portador da enfermidade”; e d) finalmente, a quarta fase, orientada pelo paradigma dos direitos humanos, em que emergem os direitos à inclusão social, com ênfase na relação da PcD e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício de direitos humanos.

De acordo com Machado (2013), a Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Pessoa com Deficiência reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e que resulta da

interação entre pessoas com deficiência e os ambientes a elas inadequados. As barreiras também decorrem das atitudes que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Barreiras que impõem a essas pessoas desafios cotidianos de enfrentamentos para sua efetiva participação como membros iguais da sociedade.

2.2 Panorama da deficiência no Brasil

A palavra inclusão, muito embora permeie os discursos adotados pelos sujeitos na atualidade, pode tornar-se muitas vezes vazia de significado, dada as bases materiais que geram a exclusão de sujeitos com as mais diversas deficiências. Aranha (2001) refere que o uso do termo inclusão se dá muitas vezes de forma superficial, vazio de significação social.

Entretanto, a autora supracitada destaca que não se pode ignorar o longo e importante processo histórico que produziu o termo, que configura-se em uma luta constante de diferentes minorias, na busca de defesa e garantia de seus direitos enquanto seres humanos e cidadãos. Ignorar tal processo implica na perda de compreensão de seu sentido e significado.

Com a perspectiva de resgatar esse panorama, o presente capítulo objetiva colocar em perspectiva parte desta história de luta das pessoas com deficiência, a fim de estimular a reflexão e a discussão social a seu respeito, focalizando o conjunto de mudanças de idéias que permearam sua história.

Durante o período colonial no Brasil, as pessoas com deficiência eram isoladas e excluídas socialmente, sendo estas confinadas pela família e, em caso de desordem pública, recolhidas às Santas Casas ou às prisões. As pessoas com hanseníase eram isoladas em espaços de reclusão, a exemplo do Hospital dos Lázaros, fundado em 1741, em São Cristovão/ Rio de Janeiro. A pessoa atingida por hanseníase era denominada “leprosa”, “insuportável” ou “morfética”. A doença provocava horror pela aparência física do doente não-tratado – eles possuíam lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades do corpo –, que era lançado no isolamento dos leprosários e na exclusão do convívio social (JUNIOR, 2010).

Durante o século XIX, apenas os cegos e os surdos eram contemplados com ações para a educação. O Brasil foi pioneiro na América Latina no atendimento às pessoas com deficiência ao

criar, em 1854, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e, em 1856, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos. Estas instituições, que funcionavam como internatos, inspiravam-se nos preceitos do ideário iluminista e tinham como objetivo central inserir seus alunos na sociedade brasileira, ao fornecer-lhes o ensino das letras, das ciências, da religião e de alguns ofícios manuais. É importante destacar que a oferta de atendimento concentrava-se na capital do País e que, apesar do pioneirismo, ambos os institutos ofertaram um número restrito de vagas durante todo o Período Imperial (JUNIOR, 2010).

No que diz respeito a primeira metade do século XX, o Estado não promoveu novas ações para as pessoas com deficiência e apenas expandiu, de forma modesta e lenta, os institutos de cegos e surdos para outras cidades. As poucas iniciativas, além de não terem a necessária distribuição espacial pelo território nacional e atenderem uma minoria, restringiam-se apenas aos cegos e surdos. Diante desse déficit de ações concretas do Estado, a sociedade civil criou organizações voltadas para a assistência nas áreas de educação e saúde, como as Sociedades Pestalozzi (1932) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (1954). Ainda na década de 50, o surto de poliomielite levou à criação dos centros de reabilitação física (Idem, 2010).

Só a partir do século XX, as pessoas portadoras de deficiência passaram a ser vistas como cidadãs na sociedade. De acordo com Fernandes, Shlesener e Mosquera (2011), o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos estimulou os primeiros movimentos organizados por familiares dos indivíduos com deficiência. Estes movimentos eram norteados pelas críticas à discriminação.

Nas décadas de 20 a 50, já dentro do contexto de industrialização e urbanização no Brasil, surgem, por iniciativa da sociedade civil, outras organizações voltadas para as pessoas com deficiência. Essas organizações tinham como foco outros tipos de deficiência e apresentavam formas de trabalho diferenciadas, por não se restringirem à educação e atuarem também na saúde. Nesse período, surgiram os primeiros centros de reabilitação física, motivados pelo surto de poliomielite (Ibidem, 2010).

Apoiada em Junior (2010), entende-se que estes movimentos, do Brasil Imperial até a década de 70 do século XX, não focalizavam a autonomia dos sujeitos. No entanto, propiciaram uma necessidade de organização de movimentos afirmativos dispostos a lutar por seus direitos humanos e autonomia, dentre os quais se destaca a capacidade de decidirem sobre a própria vida.

O autor destaca que, os primeiros espaços em que as pessoas com deficiência física começaram a discutir os problemas comuns de forma organizada se deram a partir de associações tais quais: a Associação Brasileira de Deficientes Físicos (ABRADEF) e o Clube do Otimismo, ambos do Rio de Janeiro, o Clube dos Paraplégicos de São Paulo e a Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes (FCDD), atualmente Fraternidade Cristã de Pessoas com Deficiência do Brasil (FCD-BR).

Esse processo de associações propiciou o ambiente para a formalização da consciência que resultaria no “movimento político das pessoas com deficiência” na década de 1970. A partir deste período, surgiram as primeiras organizações compostas e dirigidas por pessoas com deficiência contrapondo-se às associações que prestavam serviços a este público. Ressalta-se que o processo de mobilização política das pessoas com deficiência no Brasil, neste período, ocorre concomitante a uma nova perspectiva de compreensão da deficiência, que passa a ser entendida como uma condição social. E que, embora aparentemente iniciada na consideração da diferença, é construída socialmente, a partir da reação de desvalorização, por parte da audiência social (OMOTE, 1995 apud ARANHA, 2001).

Aranha (2001) afirma que a deficiência é uma condição social caracterizada pela limitação ou impedimento da participação da pessoa com deficiência nas diferentes instâncias do debate de ideias e de tomada de decisões na sociedade. Desta forma, há o processo de desqualificação, pois dentro do sistema capitalista a pessoa com deficiência é percebida como um peso à sociedade, pois não produz e não contribui com o aumento do capital. Em função de tal debate, a ideia da normalização começou a perder força. Ampliou-se a discussão sobre o fato da pessoa com deficiência ser um cidadão como qualquer outro, detentor dos mesmos direitos de determinação e usufruto das oportunidades disponíveis na sociedade, independente do tipo de deficiência e de seu grau de comprometimento.

Passou-se a discutir que as pessoas com deficiência necessitam de serviços de avaliação e de capacitação, oferecidos no contexto de suas comunidades mas, também, a defender que estas não são as únicas providências necessárias, caso a sociedade tenha o desejo de manter com essa parcela da população uma relação de respeito, de honestidade e de justiça (ARANHA, 2001).

Outro ponto de destaque, foi o início de ruptura com o entendimento do modelo médico hegemônico, no qual a deficiência é vista como resultado da lesão no corpo ao passo que, para o modelo social, a deficiência decorre dos arranjos sociais opressivos às pessoas com impedimento,

ou seja, para o modelo social a deficiência não é como uma desigualdade natural, mas como uma opressão exercida sobre o corpo com deficiência. Dessa forma, o tema deficiência não deveria ser matéria exclusiva dos saberes biomédicos, mas principalmente de ações políticas e de intervenção do Estado (DINIZ, 2007).

2.3 Conceitos e Abordagens

De acordo com Carvalho e Freitas (2007), não há consenso sobre a conceituação da deficiência, podendo ser definida como a combinação de fatores biológicos e contingências históricas, sociais e espaciais, que possuem significados específicos de acordo com o contexto a ser analisado.

Para fins legais, o Decreto n.º 3.928, de 20 de Dezembro de 1999, (BRASIL, 1999), art. 3º caracteriza:

“I – Deficiência: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II – Deficiência Permanente: aquela que ocorreu, ou se estabilizou, durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III – Incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.”.

O mesmo decreto, no artigo 4º, com alterações previstas pelo Decreto n.º 5.296, de 02 de Dezembro de 2004, distingue cinco categorias de enquadramento de pessoas com deficiência.

I – Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, heplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita e ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiogramas na frequência de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

III – Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo

visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

IV – Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior a média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas adaptativas.

V – Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.”.

O mesmo decreto caracteriza pessoas com mobilidade reduzida como:

“Aquele que não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. O disposto se aplica, ainda, as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo.” (BRASIL, 2004).

No presente trabalho adotou-se o conceito de deficiência da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF Introduz uma mudança radical de paradigma, do modelo puramente médico para um modelo biopsicosocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana. Sintetiza, assim, o modelo médico e o modelo social numa visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social, (CIF-OMS, 2001).

A CIF define a funcionalidade e incapacidade como conceitos multidimensionais e interactivos que relacionam:

1. As Funções e Estruturas do Corpo da pessoa;
2. As atividades e as tarefas que a pessoa faz e as diferentes áreas da vida nas quais participam (Atividades e Participação);
3. Os fatores do meio ambiente que influenciam essas experiências (Fatores Ambientais).

A CIF operacionaliza o modelo biopsicosocial da incapacidade (*disability*), enfatizando a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como, a identificação das características (físicas, sociais e atitudinais) do seu meio circundante e das condições que precisam de ser alteradas para que a funcionalidade e participação dessa pessoa possa ser otimizada.

Substitui, assim, os modelos tradicionais de raiz biomédica baseados em diagnósticos de deficiências (aspectos biológicos), que ao longo dos anos foram condicionando a definição de políticas, de medidas e critérios de elegibilidade, as ações de natureza estatística, os programas e práticas interventivas.

A funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (OMS, 2001). A incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da interação pessoa-meio. Por isso, a CIF não propõe uma definição universal do que constitui uma incapacidade (disability) nem quem deve ser considerado como tendo uma incapacidade [...], mas estabelece uma estrutura multidimensional para definir a população com incapacidades e não uma definição única e clara (Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics – United Nations, 2001).

III. O HISTÓRICO DE ACESSIBILIDADE NO CONTEXTO DAS UNIDADES DE SAÚDE NO BRASIL

Para fundamentar teoricamente este capítulo, cabe entender alguns dos princípios que regem o SUS e Atenção Primária à Saúde, sendo, este último, o cenário no qual se desenvolveu o presente estudo.

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. São princípios do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2001).

As definições a seguir são fundamentadas em Andrade (2001):

“O princípio da Universalidade consiste em assegurar que todas as pessoas tenham direito ao atendimento à saúde, já que esta é um direito de todo cidadão e dever do governo.

A Equidade, por sua vez, garante que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades. Isso é importante, pois os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferenciada, possuem problemas específicos, diferentes formas de viver e de satisfazer suas necessidades. Dessa forma, os serviços de saúde poderão auxiliar na diminuição das desigualdades existentes no país.

Ao passo que a Integralidade consiste em um conjunto de ações de saúde que devem ser articuladas e voltadas para prevenção de doenças e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar na perspectiva de atender o indivíduo como um ser integral, holístico, o qual está submetido às mais diferentes situações de vida. Logo, o foco do atendimento deve ser voltado para a saúde das pessoas e não somente para as suas doenças. Dessa forma, será possível desenvolver ações integradas para promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde.”

São princípios organizacionais do SUS: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação popular, complementaridade do setor privado (BRASIL, 2001).

Por “regionalização e hierarquização”, compreende-se que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma a permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área adscrita, favorecendo ações de vigilância e educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar nos mais diversos níveis de complexidade do sistema. O acesso da população à rede de saúde deve acontecer através dos serviços de nível primário de atenção, que são os Centros de Saúde. Os usuários que não tiverem seus problemas resolvidos na atenção primária deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade (secundário ou terciário).

A “resolutividade” consiste em que o serviço de saúde esteja capacitado o suficiente para resolver um problema de saúde individual e/ou coletivo, de acordo com sua complexidade de atuação.

A “descentralização” é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

Já por “controle social”, entende-se a garantia de que a população, através de seus representantes, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em cada esfera do governo. Essa participação é efetivada, na prática, através dos Conselhos de Saúde.

E a “complementaridade do setor privado” ocorre quando há contratação de serviços privados para a execução de determinados serviços, quando o público não possuir estrutura e/ou condição para tal (ANDRADE, 2001).

3.1 Atenção primária de saúde e acessibilidade para pessoas com deficiência

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006). Para dar conta das demandas, enquanto sistema, a atenção primária à saúde é composta por cinco elementos fundamentais: equipes básicas, equipes de apoio matricial, serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento, sistema de referência e contrarreferência e sistema de educação permanente.

É neste sistema de cuidado que pessoas com deficiência física e restrição de mobilidade estão inseridas, mesmo que marginalmente. Como uma das premissas da Atenção Primária é possibilitar o acesso dessas pessoas ao sistema de saúde, deve-se pensar que, para essa parcela da população com restrição de mobilidade e portadores de deficiência física, essa acessibilidade é um processo. E tal processo deve oportunizar que essas pessoas participem da vida em sociedade, que sejam independentes, bem como possam ter garantido o princípio de igualdade, principalmente nas questões relativas à sua vida e saúde. A independência das pessoas com deficiência e restrição de Mobilidade está atrelada à liberdade de fazer suas escolhas ou de serem auxiliadas para tal. Consiste em que estes grupos populacionais participem das decisões que possam interferir direta ou indiretamente em suas vidas, e não sejam meros receptores de cuidados.

A APS deve ser este cenário de vivências, experiências, construções e ressignificações. Deve ser um valioso espaço em que a acessibilidade para a pessoa com deficiência signifique

estar em interação com o mundo em que vive, mesmo que isso implique, para os profissionais de saúde, em formas diferentes do habitual de interação, como, por exemplo: andar por meio de cadeira de rodas, expressar-se através de leitura labial, dentre outras.

Camacho (2002) aponta que a formação dos profissionais na área de saúde se depara com vários obstáculos que comprometem a qualidade da assistência prestada. A escassez de conhecimentos dos profissionais nesta área, a escassez de conteúdo de reabilitação nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente são alguns destes obstáculos.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, criada em 1994, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa concepção de atenção à saúde supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2008).

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela Atenção Integral continuada à saúde de uma população de até quatro mil pessoas residentes em seu território de abrangência. (BRASIL, 2008).

3.1.1. Manual de implementação da ESF

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, as ESF devem propiciar, ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário (BRASIL, 2008).

O manual ressalta que qualquer projeto público ou privado para construção das unidades deve conter os seguintes pontos básicos quanto a acessibilidade:

- a. Quando se trata de construção de unidades de saúde, reformas ou ampliações, todos os projetos deverão estar em conformidade com a RDC-50, respeitando, também, outros dispositivos prescritos e estabelecidos em códigos, leis, decretos, portarias e normas executivas nos níveis federal, estadual e municipal.
- b. Devem estar de acordo com a NBR 9050 da ABNT - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos;
- c. O desenvolvimento do programa de necessidades básicas para elaboração do projeto consiste em um conjunto de atividades dos usuários da edificação, que definem a proposição para a realização do empreendimento a ser realizado e deve conter todos os ambientes necessários ao desenvolvimento das atividades executadas na unidade;
- d. Na elaboração de projetos arquitetônicos de unidades de saúde devem ser consideradas duas dimensões: uma exógena e outra endógena, que são: 1. exógena, que considera o edifício em suas condições desejáveis de salubridade por meio do distanciamento de pessoas das variáveis ambientais externas, contempladas e amparadas em normas técnicas e de higiene; 2. endógena, que observa o impacto causado pelas construções no meio ambiente externo alterando, de forma positiva ou negativa, suas condições climáticas naturais. Essa dimensão está contemplada por instrumentos legais como o código de obras e postura dos municípios que são complementares às legislações federais que visam à redução de danos ambientais e de saneamento.

No sentido de ampliar a condição de acesso as unidades de saúde, a Coordenação Geral de Acessibilidade da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência elaborou, em 2008, o Manual com Recomendações de Acessibilidade em UBSs .

3.1.2 Circulação de pedestres e rotas acessíveis

Áreas Externas: circulações acessíveis de pedestres são rotas, nas vias públicas, que permitem as pessoas transitar entre o transporte público, as edificações e os espaços de interesse, para que elas possam desenvolver sua vida diária com normalidade e independência.

Segundo o Código de Trânsito Brasileiro – CTB (Lei No 9.503), o pedestre tem prioridade de trânsito nas vias terrestres do território nacional. Sendo assim, é importante adaptar

ao menos um itinerário de pedestres no entorno das Unidades Básicas de Saúde a serem implantadas. As rotas acessíveis devem priorizar a interligação entre avenidas principais, ruas secundárias, pontos de parada e acesso aos transportes públicos e estacionamentos de veículos.

Ainda no que tange a circulação de pessoas, a NBR 9050/ABNT define como Rota Acessível o trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado que conecta os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência.

O Sistema de Circulação das Pessoas é um modal de transporte da cidade, portanto, gerenciado pelos órgãos responsáveis pela mobilidade urbana de cada região ou município. Esses órgãos devem ser consultados para a definição dos itinerários acessíveis que garantam o pleno atendimento às UBSs.

Devem ser analisados com especial atenção:

Calçadas

Além de elemento prioritário de circulação nos espaços urbanos, as calçadas são fundamentais para a interação do homem com a paisagem urbana. O estímulo à caminhada, portanto, deve ser tratado como um diferencial de qualidade de vida para todos.

Uma calçada com conforto apresenta um piso liso e antiderrapante, mesmo quando molhado. O piso é quase horizontal, com declividade transversal para escoamento de águas pluviais de não mais de 3%. A inclinação longitudinal deve sempre acompanhar a inclinação das áreas confrontantes. Elas devem ser construídas sem desnível, com faixa de circulação recomendável de 1,50m, sendo o mínimo admissível de 1,20m, livre de barreiras, completamente desobstruídas e isentas de interferências, como vegetação, mobiliário urbano, equipamentos de infraestrutura urbana afluídos, (postes, armários de equipamentos e outros), orlas de árvores e jardineiras, rebaixamentos para acesso de veículos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre. Eventuais obstáculos aéreos tais como marquises, faixas e placas de identificação, toldos, luminosos, vegetação e outros, devem se localizar a uma altura superior a 2,10 m.

Balizamento

O balizamento ou orientação para as pessoas cegas e de baixa visão será feito ao longo de todas as calçadas pelos muros divisórios entre a área pública e os lotes. Em alguns casos, o

balizamento também poderá ser feito pela diferenciação de material existente entre a faixa definida para a circulação dos pedestres e a áreas internas dos lotes. Nos casos de alargamento das faixas de circulação, provocando a indefinição da guia de balizamento, esta deverá ser substituída por faixa tátil direcional, que será instalada no sentido do deslocamento de acordo com a NBR 9050 da ABNT.

Travessia

A faixa onde o pedestre deverá cruzar a área de circulação dos veículos não motorizados e motorizados receberá um tratamento especial de acordo com a legislação vigente e não terá desnível entre a calçada e o leito carroçável. Os trechos de calçada correspondentes à sinalização de faixas para travessia de pedestres deverão ser livres de quaisquer tipos de equipamento ou mobiliário de forma a garantir a livre circulação. Devem ser instaladas as sinalizações, tátil de alerta e tátil direcional nessas travessias para a orientação das pessoas cegas ou de baixa visão.

Semáforos

Os semáforos, ou focos para pedestres instalados em vias públicas com grande volume de tráfego ou concentração de passagem de pessoas com deficiência visual, devem estar equipados com mecanismos que emitam um sinal sonoro entre 50 dBA e 60 dBA, intermitente e não estridente, ou outro mecanismo alternativo, que sirva de auxílio às pessoas com deficiência visual, quando o semáforo estiver aberto para os pedestres.

Plataforma de Embarque e Desembarque / Abrigos de Ônibus

Todos os abrigos em pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo devem ser acessíveis para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. Nos abrigos devem ser previstos assentos fixos para descanso e espaço para pessoa em cadeira de rodas; esses assentos não devem interferir na faixa livre de circulação. Quando se tratar de ponto de ônibus elevado, a borda do desnível entre o ponto e o leito carroçável deve ser sinalizada com piso tátil de alerta.

Estacionamentos para Veículos

Em toda a área de estacionamento prevista devem ser implantadas vagas especiais para o estacionamento de veículos que conduzam ou que sejam conduzidos por pessoas com deficiência

ou mobilidade reduzida, de acordo com a NBR 9050-ABNT e o Estatuto do Idoso. Essas vagas deverão contar com espaço adicional de circulação para o uso da cadeira de rodas e estarem diretamente ligadas às rotas acessíveis com sinalização horizontal e vertical.

O número de vagas a ser reservada de acordo com a legislação vigente segue:

a) vaga especial para pessoa com deficiência: nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, 2% (dois por cento do total de vagas) para veículos que transportem pessoa com deficiência física ou visual definidas no Decreto Federal nº 5.296/2004, sendo assegurada, no mínimo 01(uma vaga), em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT;

b) vaga especial para pessoa idosa: é assegurada para os idosos, nos termos da lei local, a reserva de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao referido usuário. (Lei Federal no 10.741 / 2003 – Estatuto do Idoso).

Mobiliário Urbano

Mobiliários Urbanos são objetos, elementos e pequenas construções integrantes da paisagem urbana, de natureza utilitária ou não, que estão locados ao longo de todas as calçadas: telefones, lixeiras, placas e totens de sinalização, entre outros. O referido mobiliário deverá ser concebido de forma a garantir a aproximação, utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas, com segurança e autonomia, de acordo com a legislação de acessibilidade existente no nosso país.

Segue adiante algumas recomendações sobre o Mobiliário Urbano:

a) Posteação: deverá ser locada próxima ao meio fio, considerando que a faixa livre para a circulação do pedestre será próxima à divisa com os terrenos. A largura mínima necessária para a transposição do poste deve ser de 0,80m, desde que ele não possua dimensão longitudinal à calçada superior a 0,40m, conforme NBR 9050/ABNT. As normativas locais de locação da posteação devem ser estudadas;

b) Orelhões e Lixeiras: os telefones públicos deverão garantir a aproximação segura e o uso por pessoas com deficiência física, visual, intelectual, auditiva, entre outras. Devem ser sinalizados com piso tátil de alerta, os obstáculos suspensos entre 0,60 m e 2,10 m de altura do

piso acabado, que tenham o volume maior na parte superior do que na base. A superfície a ser sinalizada deve exceder em 0,60m a projeção do obstáculo, em toda a superfície ou somente no perímetro desta, conforme NBR 9050/ABNT;

c) Caixas de Inspeção: as tampas de caixas de inspeção e de visita devem estar absolutamente niveladas com o piso onde se encontram. Elas devem ser firmes, estáveis e antiderrapantes sob qualquer condição e a eventual textura de sua superfície não pode ser similar à dos pisos táteis de alerta ou direcionais. Na existência de frestas, estas devem possuir dimensão máxima de 15 mm;

d) Vegetação: os elementos da vegetação tais como ramos pendentes, plantas entouceiradas, galhos de arbustos e de árvores não devem interferir com a faixa livre de circulação. Nas áreas adjacentes à rota acessível, não são recomendadas plantas dotadas de espinhos; produtoras de substâncias tóxicas; invasivas, com manutenção constante; que desprendam muitas folhas, flores, frutos ou substâncias que tornem o piso escorregadio; cujas raízes possam danificar o pavimento. Muretas, orlas, grades ou desníveis no entorno da vegetação não devem interferir na faixa livre de circulação. Ao se plantar árvore, deve se ponderar o tamanho das raízes, a fim de não levantar a calçada. Os galhos, cuja projeção esteja abaixo de 2,10m, devem ser sinalizados ou protegidos por guias de balizamento.

3.1.3 Acesso e circulação - áreas internas

Circulação Horizontal e Acessos

Nas edificações e equipamentos urbanos, todas as entradas devem ser acessíveis, bem como as rotas de interligação às principais funções do edifício. Na adaptação de edificações e equipamentos urbanos existentes deve ser previsto, no mínimo, um acesso vinculado através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência, quando existirem:

a) Desníveis: em rotas acessíveis, os desníveis de qualquer natureza deverão ser evitados. As mudanças de nível do piso com altura de até 5mm não demandam tratamento especial, se elas tiverem alturas superiores a 5mm até 15mm devem ser tratadas em forma de rampa, com inclinação máxima de 1:2 (50%). Esses desníveis serão considerados como degraus e deverão ser sinalizados conforme a NBR 9050/ABNT;

b) Catracas: pelo menos uma, do conjunto das catracas do acesso, deve ser acessível. A passagem por esta e os eventuais comandos acionáveis por usuários devem atender as recomendações da NBR 9050 da ABNT;

c) Sinalização Informativa: prever sinalização informativa e direcional da localização das entradas acessíveis, de acordo com a ABNT;

d) Áreas de Uso Restrito / Serviço: acessos de uso restrito, tais como carga e descarga, acesso a equipamentos de medição, guarda e coleta de lixo e outras com funções similares, não necessitam obrigatoriamente atender às condições de acessibilidade da NBR 9050/ABNT;

e) Portas: as portas, inclusive de elevadores, devem ter um vão livre mínimo de 0,80m e altura mínima de 2,10m. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80m. O mecanismo de acionamento das portas deve requerer força humana direta igual ou inferior a 36N. Elas precisam ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,90m e 1,10m. Quando localizadas em rotas acessíveis, recomenda-se que as portas tenham na sua parte inferior, inclusive no batente, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40m a partir do piso.

As portas do tipo vai vêm devem ter visor com largura mínima de 0,20 m, tendo sua face inferior situada entre 0,40m e 0,90m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50m do piso. O visor deve estar localizado entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta. Quando as portas forem providas de dispositivos de acionamento pelo usuário, estes devem estar instalados à altura entre 0,90m e 1,10m do piso acabado. Quando instalados no sentido de varredura da porta, os dispositivos devem distar entre 0,80m e 1,00m da área de abertura.

Circulação Vertical – Escada e Rampa

Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis devem estar associados à rampa ou ao equipamento de transporte vertical.

a) Corrimãos: devem ser instalados, em rampas e escadas, em ambos os lados, em duas alturas: 0,92m e 0,70m do piso, medidos da face superior do corrimão até o piso. Eles devem ter largura entre 3,0cm e 4,5cm, sem arestas vivas, sendo preferencialmente de seção circular. Deve ser deixado um espaço livre de, no mínimo, 4,0cm entre a parede e o corrimão, para permitir boa

empunhadura e deslizamento (observar para não interromper o deslize das mãos nos apoios das peças do corrimão). Eles devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas.

Os corrimãos laterais devem prolongar-se, pelo menos, 30cm antes do início e após o término da escada, sem interferir em áreas de circulação ou prejudicar a vazão. Suas extremidades devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou piso, ou ainda ter desenho contínuo, sem protuberâncias. Para degraus isolados e escadas, a altura dos corrimãos deve ser de 0,92m do piso, medidos de sua geratriz superior;

b) Guarda-Corpo: observar que, em escadas e rampas que não forem isoladas das áreas adjacentes por paredes, estas devem dispor de guarda-corpo associado ao corrimão, de acordo com normas do Corpo de Bombeiros local;

c) Sinalização: deve ser tátil de alerta e instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento, no início e término de escadas e rampas, em cor contrastante com a do piso, com largura entre 0,25m a 0,60m, afastada de 0,32m, no máximo, do ponto onde ocorre a mudança do plano. É recomendável que os corrimãos de escadas e rampas sejam sinalizados através de: anel com textura contrastante com a superfície do corrimão, instalado 1,00m antes das extremidades e sinalização em braille, informando sobre os pavimentos no início e no final das escadas fixas e rampas, instalada na geratriz superior do prolongamento horizontal do corrimão;

d) Degraus: todo degrau ou escada deve ter sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento de acordo com as normas da ABNT;

e) Rampas: inclinações superiores a 5% são consideradas como Rampa;

f) Sanitários: nas edificações de uso público a serem construídas, os sanitários destinados ao uso por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, serão distribuídos na razão de, no mínimo, uma cabine para cada sexo em cada pavimento da edificação, com entrada independente dos sanitários coletivos, obedecendo às normas técnicas de acessibilidade da ABNT, bem como o Decreto Federal nº 5.296/2004;

g) Auditórios: devem possuir, na área destinada ao público, espaços reservados às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, de acordo com a legislação vigente. Observar a hierarquia destes instrumentos legais;

h) Mobiliário Interno: todos os elementos do mobiliário interno, como móveis, bebedouros, guichês, balcões de atendimento, entre outros, devem ser acessíveis, garantindo-se as áreas de aproximação e manobra e as faixas de alcance manual, visual e auditivo.

3.1.4 Informação e Sinalização

As informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora. Devem ser autoexplicativas e legíveis para todos, inclusive às pessoas com deficiência.

A informação deve ser localizada de forma a identificar as funções e serviços disponibilizados nos ambientes. Nas edificações deverão ser sinalizados os elementos essenciais, tais como: acesso, recepção, portas, circulação horizontal e vertical, sanitários e rotas de fuga.

A sinalização deve estar disposta em locais acessíveis, de forma que possa ser compreendida por todas as pessoas. Elementos de orientação e direcionamento, como pisos e maquetes táteis, devem ser instalados como forma de orientação. Para uma correta implantação da informação e sinalização nas edificações e meios deverão ser consultadas as Normas Brasileiras de Acessibilidade da ABNT.

3.2 Cuidado de Saúde na Perspectiva da Integralidade

Segundo Machado (2014), do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. Um termo que tem sido usado de forma corrente como referência à diretriz da atenção integral – deve ter sua leitura combinada com o princípio da igualdade da assistência.

Muitas têm sido as dificuldades alegadas pelos profissionais de saúde no que concerne a aplicação da dimensão teórico-conceitual da integralidade às suas práticas cotidianas do cuidado e assistência à saúde. Nesse sentido, mais uma vez, os grandes prejudicados são os usuários das políticas públicas de saúde, considerando que esses profissionais não assumem que seus conhecimentos e práticas, isoladamente, não são suficientes para atender a diversidade que envolve as necessidades de cuidados e assistência integral dessa clientela (MACHADO, 2014).

Um dos princípios do SUS é a integralidade. Esse princípio tem norteado tais discussões em saúde, a fim de embasar as práticas de saúde em todos os níveis de atenção. Essa prática está

estritamente relacionada a compreensão do indivíduo em sua totalidade. Embora as discussões em saúde rumem para o sentido da Integralidade, parece haver, ainda, uma distância no que tange a formulação das políticas em saúde e a prática profissional.

Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006) apontam que existe um descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS. Este descompasso centra-se no modelo tradicional de formação profissional, o qual é pautado nos agentes biológicos, tendo como foco a doença, desconsiderando e descontextualizando, assim, o sujeito acometido pela doença.

Partindo desse pressuposto dos autores, pode-se inferir que as concepções de saúde e doença, como também as práticas resultantes destas, são fundamentadas majoritariamente a partir da formação acadêmica. Esta, de acordo com Pinheiro e Mattos (2006), utiliza como método de ensino o modelo hegemônico também conhecido como tradicional, flexneriano e/ou biomédico, fazendo contraponto com o modelo que se deseja e está em construção, principalmente nas instituições públicas, denominado Integralidade.

O primeiro traz consigo uma visão voltada para os agentes biológicos, voltados para a doença dissociado do sujeito e suas singularidades e que por si obtém ações limitadas neste aspecto. Este modelo flexneriano de ensino distanciou a prática em saúde do ser humano, limitando a visão acerca da saúde. Além disso, este privilegia o hospital e o laboratório como locais para aprendizagem, e, conseqüentemente, afasta o acadêmico da sociedade, permitindo que as condições sociais sejam ignoradas no processo saúde- doença (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Por sua vez, o modelo da Integralidade requer uma concepção mais ampla, o que não exclui a visão biológica. Ele considera os agentes biológicos, como também considera as condições psicológicas, ambientais e sociais envolvidas. Portanto, sua prática é ampliada, pois não se limita a um aspecto apenas que constitui o sujeito (Idem 2006).

Na perspectiva do cuidado, que parte do profissional de Enfermagem, cabe refletir sobre o cuidado vinculada à integralidade das pessoas e não apenas às suas doenças. Para Watson (2002), Baratieri e Marcon (2011) é indispensável pensar no cuidar de pessoas e não no curar doenças, interagir nas condições de saúde e nas situações do viver/morrer, para entender que a própria pessoa se cura a partir de sua intencionalidade para utilizar seus potenciais de reação humana. Então, os profissionais de saúde, apenas as ajudam a descobri-los, recordando que suas profissões tem a ver com a intencionalidade e a responsabilidade profissional.

Tomado como exemplo, as equipes profissionais que atuam na APS, consoante com os modelos do Estratégias Saúde da Família (ESF), programas oficiais do Sistema Único de Saúde – SUS, considerados portas de entrada das pessoas que buscam atendimentos de saúde em diversas especialidades, o que se percebe são gargalos e barreiras que impossibilitam a efetivação da integralidade. A descontinuidade das ações dessas equipes e a desarticulação com os demais segmentos da suposta rede de assistência, mostram o quanto precisamos amadurecer como sociedade organizada, onde cada cidadão tenha consciência de seus deveres e direitos (MACHADO, 2014).

A aplicação do princípio da integralidade implica reconhecer, de acordo com Machado (2014), que as redes de serviços de saúde devem operar de forma articulada, segundo os mesmos princípios e as mesmas diretrizes, no sentido de oferecer as ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação de doenças de acordo com as necessidades de saúde individuais e coletivas da população e, em segundo lugar, que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social.

A organização atual dos programas e políticas de saúde na conjuntura do SUS prioriza o sentido de gestão articulada, como enfatiza Machado (2014), através da qual a atuação de cada profissional elimine barreiras e promova eficácia das ações nas diversas unidades de assistência à saúde nas comunidades. Embora a integralidade subentenda ênfase, no trabalho em rede ainda encontramos intransponíveis barreiras atitudinais, decorrentes de omissões desde o planejamento dos programas, como ocorre na Rede Cegonha, por não contemplar estratégias voltadas para oferta de pré-natal para gestantes surdas, cadeirantes ou mulher com algum tipo de deficiência.

Machado (2014) observa que, longe do princípio da integralidade, estão as ações programáticas da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência pela falta de enquadramento e comprometimento de importantes representantes dessa engrenagem. A omissão dos gestores hospitalares na organização dessa rede, esclarecendo como são planejadas altas de pessoas com lesão neurológica, ou de vítimas de acidentes de trânsito com sequelas neurológicas, ortopédicas e/ou traumatológicas, esquecendo-se de que essas pessoas são potenciais usuárias dos programas de reabilitação física, faz com se perca precioso tempo fora desses programas para cicatrização de úlceras de pressão, frequentemente adquiridas nos ambientes hospitalares.

3.3 Déficit de Autocuidado no Cuidado em Enfermagem

A incapacidade para desenvolver o autocuidado pode advir de fatores extrínsecos ou intrínsecos. Entre os primeiros, incluem-se a doença ou a morte de algum parente. Já fatores intrínsecos, como idade, lesões incapacitantes, por exemplo, afetam tanto a habilidade da pessoa se engajar no autocuidado, como o tipo e a quantidade de autocuidado requerido.

Para OREM (1985), o autocuidado surge como o cuidado pessoal requerido pelos indivíduos cotidianamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento, sendo justamente no comprometimento de alguns dos requisitos para o autocuidado que figura o déficit de autocuidado, explicitado adiante na apresentação da teoria do déficit de autocuidado.

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado é o núcleo central da teoria geral de Orem, descrita, primeiro, em termos de suas funções, como uma teoria geral de enfermagem. Ela determina quando a enfermagem é necessária: sempre que um adulto ou pai/ responsável (no caso de um dependente) é inábil ou se encontra limitado no suprimento de autocuidado eficaz continuado (OREM, 1993).

Sendo assim, as oito funções da teoria de enfermagem do déficit de autocuidado são: definir que termos referentes ao ser humano são mais adequados à enfermagem; destacar o enfoque de enfermagem mais adequado; estabelecer uma linguagem própria; definir limites para orientar o pensamento, a prática, a investigação e a educação; reduzir a carga cognitiva, proporcionando subsídios à razão para receber informações e permitir às pessoas categorizar conceitos de forma a relacionar *insights* sobre características de situações concretas de enfermagem; permitir inferências sobre as articulações da enfermagem com outros domínios da atividade humana; gerar nos estudantes e nos enfermeiros um estilo de pensamento e comunicação padronizados; e inserir os enfermeiros no âmbito acadêmico.

Para Orem, a causa das ações de enfermagem ao indivíduo está associada à intenção de torná-lo completamente ou parcialmente capaz de saber regular cuidados para si ou para seus dependentes e conseguir empenhar-se na continuação do desempenho dessas medidas para controlar ou, de alguma forma, gerir fatores que interferem no funcionamento e desenvolvimento próprios ou de seus dependentes (OREM, 1993).

Na primeira edição do modelo de Orem, os tipos de ações apontados pela teoria indicam: ajustar meios de atender às necessidades universais de autocuidado; estabelecer novas técnicas

para o autocuidado; modificar a autoimagem; revisar a rotina de vida diária; desenvolver um novo estilo de vida compatível com os desvios da saúde; promover o enfrentamento dos efeitos do desvio da saúde ou da terapêutica médica (OREM, 1971).

Na edição seguinte, a qual propõe de fato a teoria do déficit do autocuidado, as ações recomendadas pela teoria são delineadas em quatro atividades gerais: ajudar a iniciar e manter relacionamentos do paciente com indivíduos, famílias ou grupos até esse poder se desligar dos cuidados de enfermagem; determinar se e como os pacientes podem ser auxiliados pela enfermagem; responder aos questionamentos, anseios e necessidades do paciente por contato e assistência de enfermagem; prescrever, prover e regular ajuda direta na rotina de vida diária do paciente, nas necessidades social, educacional e de cuidado (OREM, 1980).

Em 1995, a teoria do déficit de autocuidado foi acrescida de alguns princípios que englobam e transpõem as ações gerais. Para Orem, a enfermeira deve lidar com os detalhes de cada caso sem jamais sobrepujar-se às conceituações universais nas quais as ações de enfermagem estão embasadas, ao considerar seu domínio, seus elementos e os tipos de resultados a serem alcançados. Isto inclui as normas e padrões da prática na qual se reúnem os conhecimentos necessários para a realização das ações e sua organização, sempre de acordo com os resultados esperados (OREM, 1995).

IV. REFERENCIAL TEÓRICO-EPISTEMO-METODOLÓGICO

4.1 Desenho Universal e Inclusão da Pessoa com Deficiência

O *Universal Design*, traduzido em português como “desenho universal”, surgiu nos Estados Unidos na década de 1990, como consequência de mudanças sociais ocorridas ao longo do século XX, o termo surge na área da Arquitetura. As mudanças demográficas, na legislação, os movimentos por igualdade, o movimento pelo fim das barreiras (*Barrier-free design*), a evolução da Engenharia da Reabilitação e da Tecnologia Assistiva, mudanças econômicas e as mudanças no clima social proporcionaram, como consequência inevitável, o surgimento das ideias que fazem parte do escopo do conceito de desenho universal (STORY; MUELLER e MACE, 1998).

O termo *Universal Design* foi utilizado por Ron Mace para denominar as ideias que circundavam o movimento, por mais acessibilidade frente à diversidade das habilidades humanas. Criando, assim, alternativas para atender às necessidades de um percentual da população que não se enquadravam na população “padrão”, para as quais eram exclusivamente desenvolvidos os espaços e produtos. Na década de 1990, Mace organizou um grupo de arquitetos, engenheiros e designer's com o objetivo de estabelecer os princípios de acessibilidade plena que norteiam o desenho universal (HANNA, 2005; OSTROFF, 2001).

O desenho universal consiste em projetar materiais, edificações, ambientes acessíveis para a maioria da população independente de serem pessoas com deficiências ou não. Procura excluir a necessidade de adaptação ou de um projeto especializado para pessoas com deficiências e, sim, busca atender à variação corporal humana potencializando a máxima acessibilidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010; STORY, MUELLER e MACE, 1998).

De acordo com Burgstahler (2001), Governo do Estado de São Paulo (2010) e Story (2001), os princípios que norteiam o desenho universal são:

- a) O uso equitativo, o qual propõe espaços, objetos e produtos que possam ser utilizados por usuários com capacidades diferentes, tentar fornecer uso idêntico ou equivalente para uma ampla gama de usuários;
- b) O uso flexível, o qual pretende criar ambientes ou sistemas construtivos que permitam atender às diferentes demandas dos usuários, considerando as habilidades e preferências e possibilitando a adaptabilidade, acomodando uma ampla variedade de preferências e habilidades individuais;

- c) O uso simples e intuitivo, que visa eliminar a complexidade desnecessária e permitir a fácil compreensão e apreensão do espaço independente da experiência do usuário de seu grau de conhecimento, habilidade de linguagem ou nível de concentração;
- d) A informação de fácil percepção, que procura utilizar diferentes meios de comunicação, como símbolos, informações sonoras, táteis, entre outras, para comunicar eficazmente a informação necessária ao usuário;
- e) A tolerância ao erro busca a segurança, minimizando perigos de ações acidentais ou não intencionais, procura desencorajar ações acidentais em tarefas que requerem vigilância;
- f) O esforço físico mínimo, o qual procura dimensionar elementos e equipamentos para que sejam utilizados de maneira eficiente e segura, confortável e com o mínimo de fadiga;
- g) O dimensionamento de espaços para acesso e uso abrangente, que visa permitir o acesso e uso confortáveis para usuários, tanto sentados quanto em pé, independentemente do tamanho do corpo do usuário, possibilitando o alcance visual dos ambientes e produtos a todos, acomodando variações ergonômicas e oferecendo condições de manuseio e contato para usuários com as mais variadas dificuldades de manipulação, toque e pegada.

Os princípios do desenho universal alcançam uma visibilidade mundial com debates e aplicações práticas em alguns países da Europa, bem como no Japão e na Índia. Como consequência dessa proporção mundial, no Brasil, inicia-se, nos anos 1980, o debate sobre o tema da acessibilidade.

A ONU havia declarado 1981 como o Ano Internacional de Atenção às Pessoas com Deficiência (AIPD). O objetivo do Ano Internacional foi de conclamar todos os países, seus governantes, a sociedade e as próprias pessoas com deficiência, a tomar consciência e providências para garantir a prevenção da deficiência, o desenvolvimento das habilidades, a reabilitação, a acessibilidade, a igualdade de condições, a participação plena e a mudança de valores sociais (preconceitos e atitudes discriminatórias).

Essa resolução da ONU influenciou mudanças na legislação brasileira referentes a tal questão. Nos anos seguintes, foram promulgadas leis, decretos e documentos técnicos versando

sobre os direitos da pessoa com deficiência. Em 1985, foi criada a primeira norma técnica brasileira relativa à acessibilidade, a NBR 9050, que focaliza a acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos à pessoa portadora de deficiência.

No entanto, apesar do avanço, a visão de acessibilidade destinava-se apenas às pessoas com deficiência visando à criação de espaços e acessos especiais para estas e não incluindo, por exemplo, os idosos e as crianças como se propõe a concepção de acessibilidade plena do desenho universal (PRADO, LOPES E ORNSTEIN, 2010; SANTOS FILHO, 2010).

No VI Seminário Ibero-Americano de Acessibilidade ao Meio Físico, em 1994, foi apresentado pela primeira vez, no Brasil, o conceito de desenho universal, trazido pelo arquiteto estadunidense Edward Steinfeld. Compunham a audiência do Seminário profissionais responsáveis pela primeira reformulação da NBR 9050 que, no mesmo ano, se encontrava em processo de finalização (PRADO, LOPES E ORNSTEIN, 2010; SANTOS FILHO, 2010).

Esta apresentação do conceito de desenho universal por Steinfeld trouxe como consequência uma revisão na NBR 9050, no ano de 1994, que, por sua vez, incorporou aspectos do conceito de desenho universal ao seu texto. Tal fator marca a mudança, no Brasil, de uma visão de acessibilidade centrada nas pessoas com deficiência para um conceito mais amplo que incluía também os idosos e as crianças. Assim, a NBR 9050 teria o papel de orientar projetos arquitetônicos, além dos específicos para pessoas com deficiência. Uma nova revisão ocorre no ano de 2004, onde as características relativas ao desenho universal foram novamente valorizadas (SANTOS FILHO, 2010).

Como acentua Machado (2016), objeto da Convenção da ONU sobre Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009, com *status* de Emenda Constitucional, o desenho universal implica na compreensão de que os diversos elementos da vida em sociedade devam servir para que todas as pessoas os utilizem sem constrangimentos e sem discriminações.

De acordo com o Artigo 2º da Convenção, desenho universal significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O desenho universal não excluiria as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias (MACHADO, 2016).

É óbvio que esse nível de consciência cidadã decorre das lutas de segmentos sociais organizados que viviam às margens do exercício dos seus direitos fundamentais, tradicionalmente relegados pela maioria, alienada ou pouco disposta a se colocar no lugar dos outros, simples exercício de empatia. Ocorre que a evolução da humanidade tem se orientado pelas grandes demandas e a fase da inclusão abriu caminhos para a fase emancipatória das minorias, neste caso, as pessoas com deficiência (MACHADO, 2016).

4.2 Pressupostos antropométricos da NBR 9050/2004 ABNT

A antropometria é o estudo comparativo das proporções das diferentes partes do corpo humano. Assim sendo, a aplicação dos estudos das medidas físicas nos homens e mulheres, buscam determinar as diferenças entre indivíduos e grupos sociais. Com a finalidade de obter informações utilizadas nos projetos de Arquitetura, Urbanismo, Desenho Industrial, Comunicação Visual, Engenharia e, de um modo geral, para melhor adequar esses produtos a seus usuários, a NBR 9050/2004 traçou parâmetros antropométricos da população brasileira, levando em consideração as medidas entre 5% a 95% (ABNT, 2004, p.5), ou seja, os extremos correspondentes a mulheres de baixa estatura e homens de estatura elevada. Esse parâmetro traçado na norma possui uma finalidade específica: atender ao maior número de pessoas com autonomia, conforto e segurança.

Machado (2014), considera a acessibilidade condição fundamental para se viver e se sentir dignos usuários nos bens e serviços disponíveis para quaisquer agrupamentos populacionais humanos civilizados. Na verdade, raras e pontuais tem sido as situações através das quais podemos reconhecer garantidos nossos direitos de ir e vir sem atropelos. Ainda flagramos, com imenso pesar, a ilegal construção de espaços e ambientes destinados ao uso coletivo, sem que sejam contemplados elementos antropométricos da NBR ABNT 9050/2004.

Isso ocorre com certa frequência na esfera dos estabelecimentos comerciais das diversas naturezas e fins, consultórios, entre tantos outros da nossa cidade, por exemplo. Casos de adaptações em plantas físicas de imóveis construídos há décadas, que visam a implantação de estabelecimentos para uso coletivo, cujo acesso frontal impõem-se escadas e demais barreiras arquitetônicas, não deveriam e não mais se aceitar nos trâmites da fiscalização municipal. Embora notificados das irregularidades, alguns proprietários dos estabelecimentos não esboçam

menor preocupação e continuam obras excludentes, legando aos gestores públicos de competência acionar recursos no ministério público (MP) para assegurar o cumprimento da legislação vigente. Desconhecem que, uma vez denunciado ao MP, sua empresa deverá permanecer lacrada até que seja enquadrada nas normas da NBR ABNT 9050 (Machado, 2014).

Como enfatiza Machado (2017), há quem apresente planta física inclusiva para obter licença de construção. Porém, ao inaugurar o estabelecimento, constata-se diversas distorções entre o aprovado e o que se materializou em termos de acessibilidade. Nestes casos, muitos são os pedidos de pessoas prejudicadas para a tomada de providências junto aos órgãos de competência fiscalizadora e judicial. É importante não perder de vista que a cidade dispõe de conselhos municipais específicos para assuntos afetos aos segmentos dos idosos e das pessoas com deficiência.

Módulo de Referência (MR)

A norma traz as dimensões de uma cadeira de rodas e o módulo de referência, que é a projeção do espaço ocupado por uma pessoa utilizando uma cadeira de rodas. “Considera-se o módulo de referência, a projeção de 0,80m por 1,20m no piso, ocupada por uma pessoa utilizando cadeira de rodas” (ABNT, 2004, p. 6).

Segundo Lopes (2005, p.61-64), essas medições fizeram parte de uma estratégia para definir medidas que refletissem o maior espectro possível da população com deficiência no Brasil. Além das dimensões de órteses também fizeram parte da estratégia: a) considerar as dimensões das próteses nos dados; b) associar critérios da antropometria dinâmica para pessoas com deficiência física; c) dimensionar o alcance a partir de uma pessoa com a mão estendida e o ombro na posição estática; d) definir a aplicação dos parâmetros antropométricos dinâmicos funcionais para as pessoas com “deficiência ambulatoria”; e) realizar uma pesquisa sobre as dimensões das órteses nacionais e importadas mais utilizadas no Brasil; e f) cruzar os dados antropométricos e das medidas das órteses, aliada a conceituação legal e características dos diferentes tipos de deficiência para fixar parâmetros antropométricos específicos.

Área de circulação

Neste item, a NBR 9050 de 2004 trata da: a) largura para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas, igual a 90cm, que se acredita ser referente a largura aproximada da cadeira de rodas, 80cm, em conjunto com a dimensão para o movimento do cotovelo durante o deslocamento; b) largura para transposição de obstáculos isolados, de 80cm, equivalente a largura aproximada da cadeira de rodas, numa distância máxima de 40cm. Acredita-se que este comprimento de 40cm seja referente à distância máxima para o percentil 5% conseguida com a impulsão da cadeira de rodas; c) área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento. As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, são: para rotação de $90^\circ = 1,20\text{m} \times 1,20\text{m}$; para rotação de $180^\circ = 1,50\text{m} \times 1,20\text{m}$; para rotação de $360^\circ =$ diâmetro de 1,50m.

Área de transferência e área de aproximação

A área de transferência é a área livre necessária para que uma pessoa consiga se transferir para uma superfície de altura semelhante a da sua cadeira de rodas. A norma diz que esta área deve ter, no mínimo, as dimensões do módulo de referência, que é $0,80\text{m} \times 1,20\text{m}$.

Essa área se refere a apenas uma pessoa em sua cadeira. No caso da necessidade da pessoa ser auxiliada por outrem, acredita-se que este dimensionamento não seria confortável. Já a área de aproximação é a área livre necessária para que uma pessoa em cadeira de rodas possa utilizar com conforto, autonomia e segurança, um equipamento ou elemento do espaço, avançando sobre ele entre 0,25m e 0,55m.

Alcance manual

No item 4.6 da NBR 9050 (2004, p.9) são apresentadas as dimensões referenciais para alcance manual frontal e lateral, além de ângulos para execução de forças de tração e compressão. Segundo a NBR 9050 de 2004, a altura do centro da mão com o braço a 45° da horizontal é de 140cm, para o percentil 5% (referente às medidas femininas), e 155cm, para o percentil 95% (referente às medidas masculinas).

Forças de tração e compressão

A norma apresenta os ângulos de maior força de tração e compressão do braço, além de algumas alturas correspondentes a estes ângulos. O estudo das forças de tração e compressão do ser humano não faz parte do campo de estudo da antropometria. Este estaria no campo da biomecânica ocupacional, que segundo Iida (2005, p.159) estuda “[...] os movimentos corporais e forças relacionados ao trabalho”.

Empunhadura

No item 4.6.5, a NBR 9050 traz parâmetros de empunhadura para objetos como corrimãos e barras de apoio, entre outros. A norma define que elementos de empunhadura “devem ter seção circular com diâmetro entre 3,0cm e 4,5cm e devem estar afastados no mínimo 4,0cm da parede ou outro obstáculo” (ABNT, 2004, p.12). A norma também admite outros formatos de seção, desde que sua parte superior atenda às condições desta subseção.

Manipulação e controle

A norma traz parâmetros para controles, botões, teclas e similares, recomendando que pelo menos uma de suas dimensões seja igual ou superior a 2,5cm. A NBR 9050 também recomenda alturas que proporcionam maior conforto para manipulação, que estão entre 40 a 100cm do piso. Para a definição desta faixa, a norma considerou a pessoa em pé, o que faz remeter novamente à questão da medida da estatura do homem, uma vez que influencia diretamente a parâmetros de alcance vertical.

Parâmetros sensoriais

Nesse item da norma são apresentados ângulos visuais nos planos vertical e horizontal, ângulos de alcance visual, além do alcance auditivo. Como não se trata de medidas do corpo humano, nenhum destes temas faz parte do escopo da antropometria. Apesar disso, serão analisados os dados ergonômicos trazidos neste capítulo como: ângulos de visão no plano horizontal e vertical.

A NBR 9050 (ABNT, 2004, p.14) considera que o movimento dos olhos no plano horizontal, desconsiderando o movimento da cabeça, é de 30° para cada lado, correspondente aos limites máximos do movimento consciente dos olhos. Para o cone visual, que correspondente à

área de visão com o movimento inconsciente dos olhos, a norma dita 15° para cada lado, contados a partir do centro da cabeça.

Alcance auditivo

Quanto aos alarmes sonoros, a norma delimita que os alarmes devem emitir sons com intensidade de no mínimo 15 dB acima do ruído de fundo.

Baseados nas definições do desenho universal e acessibilidade para eliminação de barreiras de várias categorias, inclusive as arquitetônicas, chama-nos 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” (BRASIL, 2009, grifos nossos).

4.3 Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: Acessos e Barreiras da Política Nacional de saúde da pessoa com deficiência.

Ainda que em passos contidos na prática, o Brasil tem avançado na proposição e efetivação de leis e planos para apoio ao pleno e efetivo exercício da capacidade legal das pessoas com deficiência. Como é o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD), que tem como propósitos um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as

esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. (BRASIL, 2006).

A Política para pessoa com deficiência se pauta no processo de promoção da saúde levando em consideração, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

São diretrizes:

1. Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência;
2. Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência;
3. Prevenção de deficiências;
4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência;
6. Capacitação de recursos humanos.

Das ações governamentais:

Os programas e ações governamentais, nas três esferas de governo, concentram-se na área de Assistência Social, Saúde e Educação.

Responsabilidades institucionais:

Responsabilidades do Gestor Federal/ Ministério da Saúde: implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização, planos, programas e projetos; assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas; criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos; promover a capacitação de recursos humanos; apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação; realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico; promover a disseminação de informações relativas à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência; promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito; promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação; promover mecanismos que

possibilitem a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instancias do SUS; promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares; promover o desenvolvimento de ações de reabilitação; promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas portadoras de deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas; prestar cooperação técnica aos estados e municípios; organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

Responsabilidades do Gestor Estadual /Secretaria Estadual de Saúde: elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas portadora de deficiência, consoante a esta Política Nacional; promover a elaboração e/ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta política; promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas; promover a capacitação de recursos humanos; promover o acesso do portador de deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação; prestar cooperação técnica aos municípios; viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instâncias do SUS; promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – centros-dia – de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares; promover o desenvolvimento de ações de reabilitação; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral visando prevenir deficiências; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas; organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência; promover o cumprimento das normas e padrões de atenção aos portadores de deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas; promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes estabelecidas;

correspondente:

Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo; promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal junto a do Estado; promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos; promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação; estimular e viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas instâncias do SUS, promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos – centros-dia – de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos; viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação; organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis da população portadora de deficiência, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas; organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência; realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência; apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente.

Acompanhamento e avaliação:

A implementação da política está pautada em processos de acompanhamento e avaliação com o objetivo de aperfeiçoamento contínuo. Para isso, serão definidos indicadores e parâmetros específicos que possibilitarão conhecer o grau de alcance das políticas nacional, estadual e municipal. Ao lado disso, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei N.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, Art. 7º.

Um exemplo se refere ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto n.º 7.612, de 17 de Novembro de 2011 (BRASIL, 2011). A proposta do Viver sem Limite é que Governo Federal, Estados, Distrito Federal e municípios articulem políticas governamentais de acesso desta parcela populacional à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade.

No âmbito da Atenção em Saúde é imprescindível, principalmente para a população com deficiência física, que os serviços de Referência e contrarreferência sejam efetivos garantindo a integralidade da assistência, a partir das Redes de Atenção à Saúde.

Redes de Atenção à Saúde- Pressuposto básico da Atenção em Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011). As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

De acordo com Finkelsztein, A. et al. (2009) e Aguilera, S. L. V. U. et al. (2014), as atribuições dos níveis secundário e terciário, competem o planejamento e a execução de ações de média e alta complexidade, desenvolvidas nos ambulatorios de especialidades e em serviços hospitalares, normalmente utilizados em casos que requeiram atenção de profissionais especializados, recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, não disponíveis na APS.

No que diz respeito ao serviço de reabilitação, tão caro para as pessoas com deficiência, Pereira e Machado (2016) apontam que no universo de práticas terapêuticas interdisciplinares da reabilitação, as avaliações dos ganhos funcionais são sistemáticas e determinantes para progressão ou regressão das pessoas que integram seus programas, em particular, no âmbito da reabilitação física, cuja porta de entrada é compreendida como demanda de referência e seu mecanismo de alta segue o fluxo da contrarreferência.

V. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico do presente estudo, destacando a compatibilidade do método à natureza do fenômeno estudado e os procedimentos de coleta e análise dos resultados.

Antes, considera-se necessário discutir as bases teóricas que fundamentam a abordagem quanti-qualitativa desse estudo, a fim de conferir a dimensão do caminho seguido.

5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de pesquisa observacional, de campo, com abordagem quantiquantitativa, realizada de Dezembro de 2015 a Março de 2016, com 80 usuários com deficiência, regularmente atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, Brasil.

O objetivo deste estudo é discutir as implicações da acessibilidade em unidades básicas de saúde localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, com base nas experiências de usuários com deficiência e mobilidade reduzida.

O conhecimento científico pleiteia incessantemente uma articulação entre a teoria e a realidade empírica. O método é o percurso, o fio condutor para alcançar esse encontro. A metodologia assume na ciência a função primordial que extrapola o seu papel instrumental; é ser a essência que dá vida ao estudo (MINAYO; DELANDES; GOMES, 2012).

Amparada por Minayo, Delande e Gomes (2012) considerou-se que os objetivos propostos só seriam alcançados através da opção por um estudo descritivo, analítico e exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, por entender que permitiria compreender o fenômeno em sua totalidade, vez que tanto nas Ciências Sociais, como nas Ciências da Saúde, tem se apresentado como um objeto histórico de análise. Todas as formas coletivas e individuais em sua realidade social são constituídas de valores, crenças, experiências, vivências, ação, significados e senso comum.

De acordo com Gadamer (1998), as análises quantitativas de qualidade de vida colaboram para intervenções, especialmente na saúde e na programação de ações sociais, direcionando pontos carentes de melhorias na vida do grupo em questão. Esses indicadores apresentam pontos positivos referentes à facilidade de obtenção de dados e a geração de índices gerais sobre as condições de qualidade de vida dos grupos analisados. Entretanto, a adoção de um modelo

exclusivamente quantitativo não nos permite definir a experiência de um mundo social e histórico; ao contrário, desconhecemos a essência dessa experiência quando a abordamos unicamente por esse método.

Tendo em vista as inúmeras variáveis que compõem a complexidade humana, um simples questionamento pessoal pode ser um critério vago de avaliação. Mas, a despeito disso, a perspectiva subjetiva é válida e interessante para a discussão sobre qualidade de vida (MINAYO e SANCHES, 2000).

Os indicadores de natureza subjetiva “respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida” (MINAYO et al, 2000). Logo, como se trata de uma perspectiva subjetiva, é sempre necessário considerar as inúmeras possibilidades individuais de percepção, conceituação e valorização dessas variáveis imensuráveis objetivamente, como, por exemplo, o sentimento de solidão experimentado em diferentes situações do cotidiano, que se expressa de formas distintas entre sujeitos.

Tendo em vista essa natureza subjetiva, um estudo qualitativo torna-se válido para compreendermos o fenômeno “acessibilidade como qualidade de vida”, haja vista a escassez de estudos acerca do objeto.

O fato de haver abordagens mais direcionadas à análise subjetiva e outras à objetiva são tendências que se complementam e, quando adequadamente associadas, ampliam o campo de conhecimento (ALMEIDA et al, 2012).

5.2 Local da Pesquisa

O cenário deste estudo foi composto por duas UBSs do Bairro de Botafogo, situadas na área programática 2.1 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. O cenário foi eleito por conter unidades de saúde que atuam tanto em território vertical quanto horizontal, a Clínica da Família Santa Marta e o Centro Municipal de Saúde (CMS) Dom Helder Câmara, respectivamente. A escolha das unidades se deu pela possibilidade de traçar um comparativo nas ações de promoção de mobilidade desenvolvidas em território com realidades e barreiras arquitetônicas distintas.

5.3 Participantes da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida, com idade a partir de 18 anos, entre as usuárias das UBS Clínica da Família Santa Marta e CMS Dom Helder Câmara – Botafogo, Rio de Janeiro.

Participaram desse estudo 80 indivíduos. Para este estudo, trabalhou-se com amostra intencional, levando em consideração que a pesquisadora selecionou propositalmente entre pessoas com deficiência física e restrição com mobilidade usuárias das UBSs de Botafogo.

Os critérios de Inclusão utilizados foram: ser maior de 18 anos; ser usuário residente das áreas adscrita das unidades de saúde que ambientaram o estudo; possuir alguma deficiência física ou ter restrição de mobilidade; aceitar participar do estudo e estar apto a responder os instrumentos e assinar o termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE).

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de Dezembro de 2015 a Março de 2016. As observações e entrevistas aconteceram na parte da manhã e da tarde em dias alternados da semana. No que diz respeito a análise e medição das Unidades, optou-se pela parte da tarde quando a unidade estava mais vazia, a fim de fazer as fotografias e tirar as medidas. Na parte externa apenas, fotografamos o quarteirão no entorno de cada unidade.

No que diz respeito as entrevistas, com a autorização das gestoras das unidades, acompanhamos algumas equipes em visita domiciliar bem como as atividades do fisioterapeuta nas unidade e também os grupos voltados para a atividade física, onde era possível encontrar pessoas com restrição de mobilidade e também alguns com deficiência. Na época da coleta, se deu a campanha de vacinação da gripe então acompanhei uma das equipes na vacinação no domicílio de pessoas com restrição de mobilidade. Convém dizer que as pessoas com deficiência desses domicílios não são cadastradas nas unidades como PcD, o cadastro existente se refere à pessoas restrita ao leito e idosos.

A campanha de vacinação, na época da coleta de dados, possibilitou também o encontro com usuários dentro do perfil da pesquisa nas Unidades de saúde. Optou-se por acompanhar as atividades matinais, onde o fluxo de usuário era maior, assim transitávamos pelos espaços das unidades abordando pessoas dentro do perfil, explicando o motivo da pesquisa e convidando a participar do estudo. No caso das entrevistas feitas em domicílio, o intermédio foi feito pelas equipes.

Os participantes responderam aos 3 instrumentos sempre sob orientação da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas para evitar que qualquer particularidade fosse perdida. No caso de participantes que não conseguiam escrever, solicitou-se ao acompanhante ou familiar do participante que escrevesse as respostas ditadas pelo participante. Todos os dados foram transcritos e categorizados.

5.5 Abordagem Qualitativa

Utilizou-se a técnica de observação participante com coleta de dados a fim de avaliar possíveis barreiras para a acessibilidade existentes nas UBS, tendo em vista os principais elementos da NBR 9050/2004 a serem avaliados, compreendendo-os decisivos para que seus usuários tivessem acesso aos serviços de saúde disponíveis para a comunidade. Elaborou-se instrumento (APÊNDICE 1) que contempla a identificação das possíveis barreiras cerceadoras dos direitos dessas pessoas ao pleno acesso de seus serviços.

As questões avaliaram o acesso à recepção nas unidades, o acesso às instalações internas de atendimento e consultórios, a acessibilidade aos banheiros femininos e masculinos, a largura dos vãos das portas, rotas acessíveis interna e externa, sinalizações, entre outras questões que podem otimizar ou limitar acesso dos usuários com deficiência ou mobilidade reduzida. Esses dados foram transcritos para o banco de dados bem como anotados no diário de campo como adequados ou não aos parâmetros da NBR 9050/2004. Ainda no questionário, buscou-se identificar se algum servidor da unidade dominava a Língua de Sinais Brasileira (Libras) e se existia sinalização tátil no piso/parede/quadros em braile, para orientação espacial de cegos. Após coletado o instrumento, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva simples.

Ainda na busca dos dados qualitativos, utilizamos da técnica de entrevista semi estruturada (Apêndice 2) para avaliar os aspectos referentes as atividades de vida diária das Pessoas com deficiência física e/ou com restrição de mobilidade. Correlacionando com os dados sócio econômico a fim de traçar um perfil social adequado desse grupo populacional, bem como questões relativas ao processo de saúde e de doença.

De acordo com Minayo (2005), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade classificada de acordo com a sua organização. No caso das entrevistas semiestruturadas, há uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Turato (2008) complementa afirmando que, na pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada ou semidirigida é a mais adequada como instrumento destinado à coleta de dados, pois é interativa, possibilitando a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tendo uma agenda flexível.

Para análise das entrevistas semiestruturadas, utilizou-se a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação.

5.6 Abordagem Quantitativa

Foram realizadas entrevistas individuais, nas quais foi aplicado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36)* (ANEXO 1).

Será descrito a seguir, esse instrumento, utilizado para avaliar a qualidade de vida da amostra.

SF-36

Decidiu-se incluir o instrumento genérico de qualidade de vida, o SF-36 (ANEXO 1), devido ao nosso interesse em medir a qualidade de vida com enfoque na saúde.

Dentre os instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde, o *Medical Outcomes Study-Short Form, SF36*, traduzido e validado por Ciconelli (1997), pareceu-nos o mais adequado, por avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos considerados relevantes para todos, não sendo específicos para idade, doença ou tratamento. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar). Este instrumento é também um dos poucos traduzidos/validados no nosso meio.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (dez itens) aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos emocionais (três itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

Para avaliação dos resultados do SF-36, após sua aplicação, deve ser dado um *score* para cada questão que posteriormente será transformada numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo cada dimensão analisada em separado. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do sujeito ou mesmo de subestimá-los (WARE et al., 1993; WARE et al., 1995).

5.7 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado sob o CAAE: 45409015.4.3001.5279 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendeu às normas da Resolução CNS 196/96.

Para assegurar sigilo e anonimato, as entrevistas e as observações foram coletadas exclusivamente pela pesquisadora responsável, sendo feita codificação com uma numeração sequencial por ordem de transcrição.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo apresenta dados produzidos em três etapas distintas :
Diagnóstico situacional das Unidades de acordo com os parâmetros da NBR 9050/2004; dados quantitativos a partir do SF 36 e dados qualitativos produzidos a partir das entrevistas.

6.1 Caracterização das Unidades Básicas de Saúde

Nessa etapa me tornei rastreadora para buscar nos espaços das UBSs da Área programática 2.1 o que estava sendo atendido a partir do referencial orientador, como apresento a seguir sobre as unidades de Botafogo. Como forma de registro, utilizei do recurso da fotografia.

6.2 Centro Municipal de Saúde Dom Hélder Câmara

A Unidade tem uma área de abrangência de 40.546.08m², atende a 8624 usuários por quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família, que funcionam de segunda à sexta, entre os horários de 7h as 20h. Dentre os usuários de saúde, não há dados na Unidade sobre o quantitativo de pessoas com deficiência física e/ou restrição de mobilidade cadastradas na ESF.

Essa ausência de dados sobre as pessoas com deficiência pode criar um viés nos dados quantitativos acerca dos usuários que utilizam o CMS Dom Hélder.

Podemos inferir que ausência de registro provoca implicações nos indicadores de qualidade e nos aspectos legais que envolve o histórico do usuário. Essa ausência implica e complica as ações realizadas pelos profissionais no sentido de produzir dados relacionados ao diagnóstico Clínico, procedimentos realizados, orientações feitas no sentido de promoção de autonomia dos sujeitos, bem como o custo com o material utilizado em procedimentos com essa parcela da população.

Quanto a localização, a unidade localiza-se em uma das principais ruas do Bairro de Botafogo e atende usuários de realidades sociais diversas. O prédio que abriga a unidade de saúde tem três andares.

Durante a estadia nas unidade de saúde, realizou-se um diagnóstico situacional da estrutura física das UBSs pautado na NBR 9050/2004 (APÊNDICE 1). Os dados registrados nessa etapa emergiram a partir das observações realizadas na área externa e interna das UBSs. Durante o período de Observação, realizamos medição das portas, altura dos degraus, do mobiliário interno da Unidade, no que diz respeito a altura de pias e balcões de atendimento, largura do deslocamento para pessoas com cadeira de rodas, verificou-se adequação dos banheiros dentre outros aspectos que são requisitos para acessibilidade de acordo com a NBR 9050. Optou-se por realizar as medições em dias alternados na parte da tarde, período em que as unidades ficam com menor fluxo de usuários.

6.3 Dos parâmetros de avaliação do CMS Dom Hélder de acordo com o instrumento de Diagnóstico Situacional e Observação

Área Externa

No que diz respeito ao entorno da Unidade, observou-se que não há presença de rota acessível, sendo este um critério para acessibilidade de acordo com a NBR 9050 e de acordo com o Manual de Construção das Unidades Básicas de Saúde.

Fotografia1: Lateral da unidade CMS



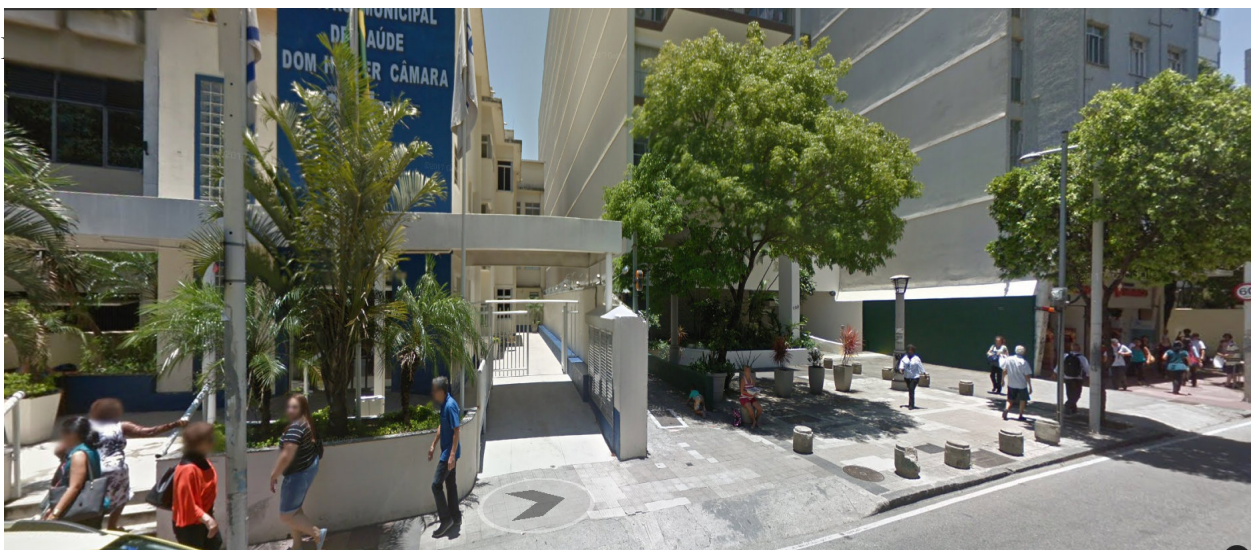
Fonte: Google maps

Fotografia 2: Frente da Unidade CMS



Fonte: Imagem do acervo da pesquisadora

As calçadas apresentam mobiliários urbanos como postes; muretas para evitar estacionamento indevido em frente aos prédios; jardineiras. Apresentam também rebaixamento para veículos, falta de sinalização tátil antes das placas, desnível na calçada em diversos trechos; caixas de inspeção desniveladas e/ou com tampas abertas. Observou-se, também, ausência de balizamento ou faixa tátil direcional, conforme preconizado pela NBR 9050.



fonte: Google maps

Observou-se também, que em frente à unidade de saúde não há semáforo ou faixa de pedestre. O semáforo fica na quadra vizinha e há ausência de sinal sonoro, evidenciando o descaso do poder público na hora de planejar e implementar uma cidade acessível.

Das Condições da Área Interna

No que tange a rota interna acessível, a unidade apresenta os padrões de acordo com a NBR 9050. Há sinalizações e placas em braile; a largura para o deslocamento em linha reta de pessoas com cadeiras de rodas, bem como a área de manobra para a cadeira de rodas, com e sem transposição, se adequam a norma. No que tange as escadas e rampas, ambas possuem corrimãos que se adequam aos critérios de empunhadura. Os banheiros localizam-se ao final do corredor com uma cabine com entrada isolada do banheiro comum, equipados com barras e sanitário dentro dos moldes de acessibilidade.

Fotografia 4: Recepção



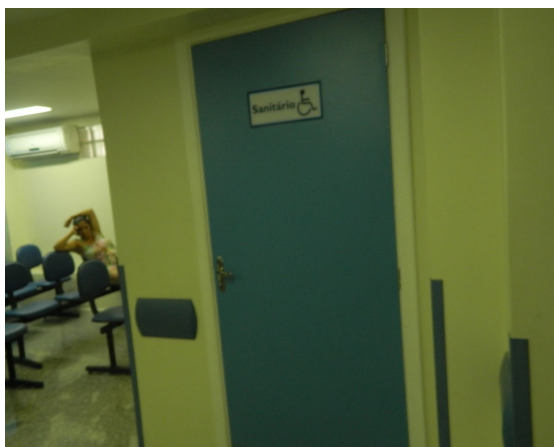
Fonte: Imagem do acervo da pesquisadora

Fotografia 5: Corredor de acesso aos consultórios



Fonte: Imagem do acervo da pesquisadora

Fotografia 6: Entrada do Banheiro acessível



Fotografia 7: Vista interna do banheiro acessível



Na fotografia da área interna do banheiro, observa-se um banheiro que atende a norma estrutural nos moldes da NBR 9050. No entanto, a lixeira posicionada em frente a bacia sanitária, não permite a correta área de transição no caso de uma pessoa que utiliza a cadeira de rodas. Tal fato evidencia uma barreira atitudinal. Destaca-se a importância do treinamento quanto a acessibilidade para todos os profissionais que trabalham nas UBSs, a fim de garantir a correta utilização dos espaços.

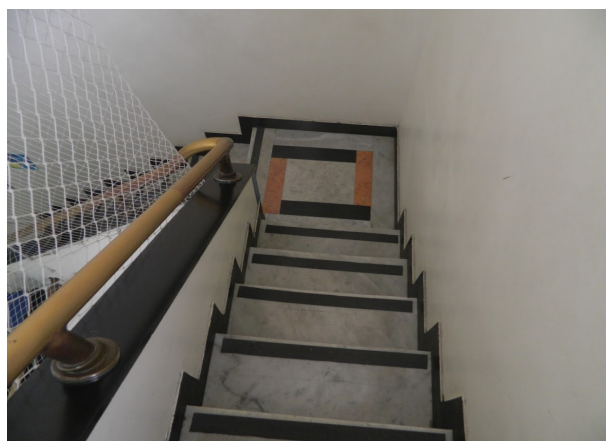
No que tange as escadas e rampas da área interna da unidade, as mesmas apresentam consonância com as normas da NBR no que diz respeito a sinalização, corrimãos, altura dos degraus como mostra as imagens a seguir:

Fotografia 8: Rampa de acesso



FONTE: Acervo da pesquisadora

Fotografia 9: Escadas de acesso ao segundo andar



FONTE: Acervo da pesquisadora

No que diz respeito ao acesso principal, destaca-se uma nova barreira atitudinal, a unidade possui duas portas de entrada, uma acessível (com rampas) localizada na lateral da unidade e a principal , que possui degraus na entrada (sem acessibilidade). Durante toda a estadia no campo, a porta acessível permaneceu obstruída, impossibilitando o uso da rota acessível.

Fotografia 10 e 11: Entrada acessível



FONTE: Acervo da pesquisadora



FONTE: Acervo da pesquisadora

A partir das fotografias 10 e 11, infere-se que a acessibilidade não foi priorizada pela gestão da unidade e/ou os órgãos competentes , pois durante toda a estadia no campo a mesma se manteve imprópria para uso . Ou seja, a unidade possui, em sua estrutura a acessibilidade mas as barreiras atitudinais impedem que ela seja efetiva.

O mesmo ocorreu em relação ao elevador da unidade, durante a estadia no campo os elevadores não estavam em funcionamento. Limitando o acesso ao segundo e terceiro andar, já que nem todos conseguem subir pelas escadas. Ainda que o espaço de acolhimento, consultórios de duas equipes, sala de imunização e farmácia estejam alocadas no primeiro andar, algumas equipes mantêm o consultório nos andares acima, bem como a sala da gerência. Um elevador sem funcionamento representa uma barreira para os usuários de determinadas equipes bem como o acesso a gerência da unidade.

Fotografia 12: Elevador de acesso aos andares superiores



Outros entraves para acessibilidade foram encontrados no acesso à área de saúde bucal.

Figura 13: Acesso a área de saúde bucal



Figura 14: Área de Saúde bucal



Em relação à área de saúde bucal, os lavatórios estão consonantes com os padrões da ABNT 9050, inclusive apresentando padrões diferenciado de altura, garantindo ergonomia para adultos e crianças. No entanto, para acessar esse ambiente, há um degrau de aproximadamente 20 cm que impossibilita a livre circulação de cadeiras de rodas.

No que tange a escolha da mobília dos consultórios, também há uma barreira atitudinal. As macas são no formato de bancadas com armário. Por um lado, essa escolha facilita o armazenamento de materiais, por outro lado, ela limita a mobilidade de alguns usuários PCDs e/ou com limitação severa de mobilidade. O ideal, seria optar por macas com regulagem de altura, para garantir a utilização por todas as pessoas.

Fotografia 15: Vista interna do consultório



Fonte: Acervo da pesquisadora

6.4 Sobre a Clínica da Família Santa Marta

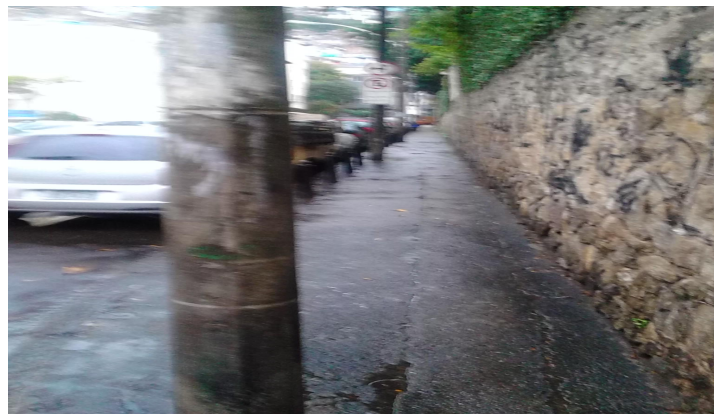
A Unidade tem uma área de abrangência de 1.393.591 m², atende a 8106 usuários por 5 equipes da Estratégia de Saúde da Família, que funcionam de segunda a sexta, entre os horários de 8h as 20h. Assim como na outra unidade, não há dados sobre o quantitativo de pessoas com deficiência física e/ou restrição de mobilidade cadastradas na ESF. A unidade localiza-se em uma das principais ruas do Bairro de Botafogo e atende, majoritariamente, usuários da Comunidade Santa Marta. A unidade funciona no segundo andar de um prédio público que também funciona como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

A questão que se coloca nesta situação: Como pensar em acessibilidade quando toda estrutura fica localizada em segundo piso, acesso exclusivo por escadas, tampouco se sabe quem são os clientes com deficiência e mobilidade reduzida?

Aqui se verifica uma questão que envolve gestão de espaços, gestão de cuidados, gestão do Estado. No Caso da Clínica Santa Marta os usuários de saúde residem no morro Santa Marta e no seu entorno, sendo imprescindível saber o quantitativo dessa população. Quem são essas pessoas? Quais situações de mobilidade apresentam este segmento populacional? Como esse grupo Populacional exerce seu direito de ir e vir descendo do morro se não há um diagnóstico situacional da localidade? Como se pode cobrar do Estado condições de acessibilidade para esse grupo populacional se sequer temos os dados pertinentes sobre as condições e o grau de limitação dos mesmos?

Além disso, observou-se que assim como na outra unidade do mesmo bairro, a área externa não possui rota acessível, o mobiliário urbano como postes e orelhões, não são sinalizados, as calçadas apresentam desníveis e buracos e não há sinalização sonora nos semáforos.

Fotografia 16 e 17 : Mobiliário urbano como postes e carros em fila dupla obstruindo a rota acessível.



Fonte: Acervo da pesquisadora

ÁREA INTERNA:

A unidade situa-se no segundo andar do prédio público e o único acesso até este andar se dá por escadas. Em sua composição estrutural, no que diz respeito a largura das portas e a rota interna, a unidade obedece aos padrões da NBR 9050.

Fotografias 18 e 19: Acesso à Clínica da Família



Fonte: Acervo pesquisadora

O primeiro entrave se dá no acesso a unidade, o segundo andar é acessado apenas por escadas. De acordo com a NBR 9050, degraus e escadas fixas devem ser associados a rampas ou a equipamento de transporte vertical, para a rota ser considerada acessível.

Fotografias 20 e 21 : Sala de acolhimento

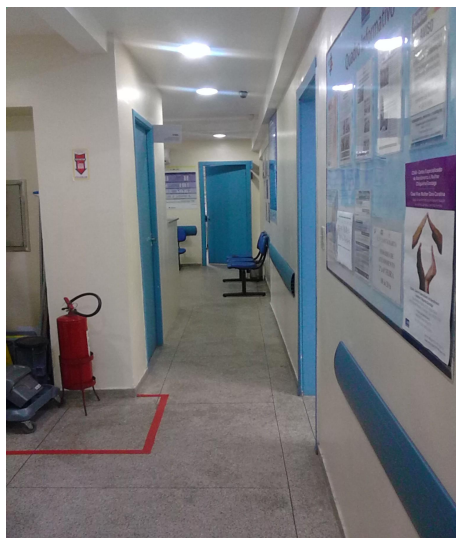


Fonte: Acervo pesquisadora

Espaços internos e externos devem ser sinalizados de forma visual, tátil, gestual e sonora. Devem ser auto explicativas e legíveis para todos, inclusive pessoas com deficiência. Muito embora, na Recepção tenha um monitor que localiza os consultórios, não há sinal sonoro.

De acordo com a NBR 9050 a informação deve estar localizada de forma a a identificar as funções e serviços disponibilizados nos ambientes de forma visual, tátil e sonora.

Fotografia 22 : Corredor de acesso ao consultório



Fotografia 23: Vista interna do consultório



Fonte: Acervo pesquisadora

Assim como no CMS Dom Hélder, a Clínica Santa Marta apresenta o mesmo mobiliário (maca) inacessível.

Fotografias 23 e 24: Lavabo do consultório de saúde bucal e Corredor de acesso consoante com a NBR 9050



Fonte: Acervo Pesquisadora

Fotografia 25 e 26: Banheiros não adaptados para receber PCDs



Fonte: Acervo pesquisadora

Apesar do espaço ser inacessível a gestão da Clínica adotou uma alternativa a inacessibilidade da Unidade, a fim de garantir a assistência das pessoas com deficiência e limitação de mobilidade, a unidade utiliza uma sala improvisada dentro do CRAS, localizado no primeiro andar e tem um grande enfoque na assistência multiprofissional em domicílio. Ainda assim cabe ressaltar, que a implementação de espaços acessíveis promove inclusão e autonomia dos sujeitos.

Quadro 2 . Comparação de diagnóstico situacional e avaliação de acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde, Botafogo, Rio de Janeiro/RJ, 2016.

Critério de acessibilidade	CF SANTA MARTA	CMS Dom Hélder Câmara
Acesso a consultório	Inadequado	Adequado
Acesso a banheiro feminino	Inadequado	Adequado
Acesso ao banheiro masculino	Inadequado	Adequado
Acesso às salas de atendimento	Inadequado	Adequado
Acesso à recepção	Inadequado	Adequado
Largura das portas	Adequado	Adequado
Entorno da Unidade	Inadequado	Inadequado
Sinalização em braile	Inadequado	Adequado
Presença de rota externa acessível	Inadequado	Inadequado
Presença de rota acessível interna	Inadequado	Adequado
Servidor apto a comunicar-se em libras	Adequado	Inadequado

Fonte: os autores

Os dados dos quadros 1 e 2 indicam uma discussão que deve incluir o que é orientado nas políticas e normas e o que não é realizado tanto para a área interna quanto para a área externa das unidades.

O diagnóstico situacional comprova que ainda há uma distância grande entre o discurso (teorias e políticas) e a prática na Atenção Básica. Sendo a Acessibilidade um atributo essencial do ambiente, que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas, é imperativo que todos os ambientes públicos e privados promovam essa autonomia dos sujeitos, garantindo o direito de ir e vir de todos os cidadãos, conforme previsto na Constituição de 1988.

No Brasil, há uma extensa legislação que regulamenta a acessibilidade nos espaços. Como é o caso das Leis Federais nº 10.048/00 e nº 10.098/00, posteriormente regulamentadas pelo Decreto Federal nº 5.296/04, que impõe o reordenamento das ações práticas do poder público e das empresas para as questões voltadas à acessibilidade.

Essa legislação promulga que a acessibilidade deve estar presente na concepção, planejamento e implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos a serem desenvolvidos em nosso país, a partir de 2004.

O Decreto supramencionado ressalta, ainda, a responsabilidade dos profissionais das áreas de projeto e de construção dos espaços da cidade para o conhecimento sobre a matéria, quando exige que as entidades de fiscalização profissional das atividades de Engenharia, Arquitetura e correlatas, ao anotarem a responsabilidade técnica dos projetos, considerem a responsabilidade profissional declarada do atendimento às regras de acessibilidade previstas no Brasil.

É possível inferir que as duas Unidades no mesmo espaço geográfico- Botafogo AP. 2.1 possam divergir no cumprimento do que é instituído como acessibilidade, que muitas vezes pode estar na tomada de decisões locais ou na falta deles, e por isso vão se adaptando ao que existe sem considerar esse segmento da população com deficiência física e limitação da mobilidade.

É de fundamental importância que as Unidades se adequem as normas de Acessibilidade a fim de promover maior inclusão e autonomia das pessoas com deficiência, de forma a permitir ganhos de autonomia e de mobilidade a uma gama maior de pessoas, incluindo aquelas que tiveram uma redução em sua mobilidade ou apresentam dificuldades de comunicação, para que todos usufruam dos espaços com mais segurança e comodidade. (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar, ainda, que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, regulamentada no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto nº 6.949/2009, com equivalência de Emenda Constitucional, em seu texto reconhece que “a deficiência é um conceito em evolução [...], resultado da interação entre pessoas, barreiras atitudinais e ambientais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de oportunidades” e ainda que, “as pessoas com deficiência tem o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível” e que cabe ao Estado Brasileiro “tomar todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde”.

6.5 Caracterização dos participantes da pesquisa:

Quadro 3: Quantitativo de usuários

CMS Dom Hélder	Clínica Santa Marta
36 usuários	44 usuários

Fonte: Os autores

Utilizando o Instrumento para a Entrevista Semiestruturada de Abordagem Econômica pode-se chegar a um perfil mais preciso da população estudada. A tabela abaixo, demonstra a distribuição de renda per capita em salários mínimos, gênero e escolaridade do grupo populacional estudado.

Tabela 1: Distribuição de gênero, renda e escolaridade por UBS

Variáveis	Santa Marta	Dom Hélder	Total%
Renda Per Capita	1 salário: 20	1 salário: 8	35 %
	2 salários: 16	2 salários: 8	30%
	3 salários: 4	3 salários: 8	15%
	4 salários: 1	4 salários: 6	8,75%
	5 salários: ____	5 salários: 1	1,25%
	sem renda: 3	sem renda: 4	8,75%
Gênero	Homens : 18	Homens : 13	38,75%
	Mulheres: 26	Mulheres: 23	61,25%
Escolaridade	Não estudou: 4	Não estudou: 0	5%
	Fundamental	Fundamental	
	incompleto: 4	incompleto: 0	5%
	Fundamental	Fundamental	15%
	completo: 8	completo: 4	
	Médio Completo: 20	Médio Completo: 9	36.25%
	Graduação Incompleta:	Graduação Incompleta: 2	
	Graduação Completa: 6	Graduação Completa : 17	28,75%
	Pós Graduação: 0	Pós Graduação: 2	2,5%

Fonte: Os autores

Conforme consta na Tabela 1, em relação ao gênero 61,25% se declararam mulheres, e 38,75 % se declararam homens. Identificar o gênero do grupo populacional é extremamente relevante quando se pensa em estratégias para a Atenção básica, a partir desses dados é possível saber quantos são os homens e mulheres que estão limitados em sua mobilidade e possivelmente ficando a margem das campanhas de promoção a saúde com abordagem de gênero, tendo em vista o fator inacessibilidade como um limitante .

Em relação ao nível de formação dos sujeitos da pesquisa, os dados apontam uma ampla desigualdade entre os usuários das duas unidades. Quando se trata dos extremos: maior nível de formação e ausência de educação formal os usuários da Clínica Santa Marta figuram os índices de menor escolaridade ao passo que os usuários da UBS Dom Hélder apresentam maior índice de escolaridade. Essa é a realidade de desigualdade social do país. Mesmo dentro de um dos bairros que concentra as maiores rendas *per capita* e o maior nível de educação formal do Rio de Janeiro, conforme aponta a Fundação Getúlio Vargas (2010) percebe-se de forma ampla as contradições sociais do país.

Tabela 2 : Distribuição de Grupos Etários por UBS

Grupo etário	Santa Marta	Dom Hélder
18-30 anos	7	10
31-40 anos	5	8
41-50 anos	5	2
51-60 anos	2	2
61-70 anos	3	0
71-80 anos	15	5
81-90 anos	6	5
91-100 anos	1	2

Fonte: os autores

A tabela 2 diz respeito a dois grupos distintos : 45 % dos sujeitos são idosos e 55% são jovens adultos em idade produtiva, que devem circular nas áreas internas e externas das UBSs. Na Ubs voltada a população residente no Morro Santa Marta e seu entorno, encontrou-se um maior quantitativo de idosos o que leva a questionarmos como promover um envelhecimento ativo e saudável dadas as barreiras arquitetônicas do Local de residência e da unidade de Saúde que presta assistência a essa parcela da População?

Os 45 % dos sujeitos na faixa etária acima dos 64 anos confirma o crescente envelhecimento da população no país, destacada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa do ano (BRASIL, 2006). Atualmente, o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde esse fenômeno ocorre em ambientes de pobreza e de grande desigualdade social (LIMA-COSTA, 2003). Schoenenberger (2006) ressalta o despreparo da Saúde Pública mundial frente ao aumento rápido e contínuo da longevidade humana.

Já que este segmento da população é o que cresce em maior velocidade, exige que a sociedade se prepare para responder a uma demanda crescente de políticas públicas sociais e de saúde, capazes de garantir-lhes os direitos de cidadania. Além das taxas crescentes de envelhecimento, é importante considerar que este grupo não é homogêneo e apresenta indivíduos que se diferenciam pelas condições socioeconômicas, culturais e de saúde, dentre outras, o que exige uma atenção mais acurada. Há que se considerar, por exemplo, que uma proporção significativa desta população vive sozinha.

Um estudo desenvolvido em Ouro Preto/Minas Gerais (CHAIMOWICZ; COELHO, 2004) mostra que de cada três idosos, dois nunca, ou poucas vezes, recorrem à família quando acometidos por problemas de saúde. Atrelar esta constatação a toda configuração estrutural das famílias nos tempos atuais, incita ainda mais à reflexão e preocupação com este novo cenário que se apresenta. Isso remete ao fato de que profissionais de saúde, gestores do sistema público de saúde e a sociedade como um todo devem despertar para a necessidade de novas estratégias de cuidar destes idosos.

No presente estudo observou-se, durante as visitas domiciliares, que uma quantidade expressiva desses idosos residem sozinhos ou com cuidador em tempo parcial. Cabe ressaltar ainda que o processo de envelhecimento acarreta progressivos problemas de saúde, que podem

ser agravados sem o acesso fácil a bens e serviços de qualidade. Com o acréscimo na participação de idosos na composição da população geral, gera-se uma maior demanda por determinadas ações de saúde, de acordo com suas necessidades. Inclusive no que diz a questão da acessibilidade que promove a autonomia dos sujeitos. Ressaltando que, mesmo que o processo de senescência se dê de forma saudável e sem agravos em saúde, o processo em si enquadra a pessoa idosa nos critérios de pessoa com restrição de mobilidade, conforme estabelece o Decreto Federal nº 5296/2004.

Para Compreender determinados dados quantitativos utilizou-se o instrumento SF36 para possíveis capturas que indiquem como se sentem as PcDs e pessoas com limitação da mobilidade, as quais possam se relacionar com qualidade de Vida.

6.6 Percepção de qualidade de vida de acordo com o SF-36

De acordo com Prudente, Barbosa e Porto (2010), os resultados obtidos na SF-36 devem ser analisados de forma que zero signifique “pior estado de saúde” e cem signifique “melhor estado de saúde”. Para uma abordagem mais didática, no presente estudo instituiu-se que de 0 - 49% significa “pior estado de saúde”, 50 - 60 % significa “equilíbrio”, e de 61 – 100% significa “melhor estado de saúde”. Para melhor visualização dos dados, os mesmos estão dispostos na Tabela 8, de acordo com a distribuição geral:

Tabela 3- Visão geral - SF 36

Domínio	Média
Capacidade funcional	51
Limitação por aspectos físicos	28
Dor	71
Estado geral de saúde	64
Vitalidade	44
Aspectos sociais	60
Limitação por aspectos emocionais	32
Saúde mental	51

Fonte: os autores

Variável capacidade funcional

Sobre a capacidade funcional, Ciconelli (1997) relata que este domínio aponta a presença e a extensão das limitações que a pessoa relaciona à sua capacidade física, onde quanto maior o *score* obtido pelo voluntário nesse domínio, menores as limitações sentidas por ela.

A verificação da capacidade funcional foi analisada a partir das respostas emitidas em relação às atividades que uma pessoa pode fazer enquanto atividade de vida diária, atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados; participar em esportes intensos, moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa, levantar ou carregar mantimentos, subir vários lances de escada, curvar-se, ajoelhar-se, dobrar-se, andar, tomar banho, vestir-se.

Em se tratando de uma população com deficiência física e limitação de mobilidade, esse *score* de 51 pontos, tratado nesse estudo como equilíbrio no estado de saúde, pode estar relacionado ao impacto da limitação física, apesar deles sentirem-se em bom estado de saúde. E muito embora as limitações decorrentes deste problema (andar, vestir-se, exercícios e outros) observadas, esses indivíduos encontram-se em equilíbrio nessa variável.

Nesse sentido, justifica-se ainda mais a adaptação dos espaços físicos e também a garantia de que toda pessoa que apresente deficiência devidamente classificada, qualquer que seja sua natureza, grau de severidade ou agravos à saúde, tenha direito à habilitação e à reabilitação durante todo o período de vida que lhe for indicado aplicar estes processos, conforme dispõe o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2006), garantindo um aumento efetivo dessa capacidade funcional.

Tabela 4 – Capacidade funcional por gênero e idade: usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	100 pontos	100 pontos
21-30	100 pontos	50 pontos
31-40	15 pontos	77,5 pontos
41-50	20 pontos	85 pontos
51-60	45 pontos	45 pontos
61-70	60 pontos	85 pontos
71-80	30 pontos	62,5 pontos
81-90	5 pontos	15 pontos
91-100	5 pontos	35 pontos

Fonte: os autores

Distribuindo a variável por gênero e faixa etária, observou-se que mulheres, entre 21 e 30 anos, obtiveram um total de cem pontos, enquanto que homens, na mesma faixa etária, tiveram um *score* de 50, podendo ser indicativo sobre a frágil situação de saúde dos homens brasileiros dessa faixa etária.

Os estudos de gênero recentes apontam que a forma de socialização da população masculina compromete, significativamente, seu estado de saúde, e que a condição de saúde dos homens, no Brasil, corresponde a um problema de Saúde Pública. Conforme revisão bibliográfica de Gomes & Nascimento (2006, p. 902), focada na produção do conhecimento da Saúde Pública sobre a relação homens-saúde, identificaram-se as seguintes considerações: os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e, em consequência disso, vivem menos do que elas; “há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens”; tal construção e suas implicações na saúde devem ser interpretadas a partir da ótica relacional de gênero; a agressividade resultante da construção da masculinidade, erroneamente concebida como natural pela sociedade, pode fazer dos homens “um fator de risco”; e, “devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem, também, comprometer o bem-estar masculino”.

Não bastasse as barreiras socialmente construídas e culturalmente perpetuadas, que afastam a população masculina do âmbito da Atenção Primária à Saúde, obstáculos estruturais, como é o caso da inacessibilidade estrutural, podem afastar ainda mais esses homens em idade produtiva, não só das unidades básicas bem como dos serviços de reabilitação.

No que tange aos serviços de saúde Gomes & Nascimento (2006) apontam outros dois problemas do SUS que podem ser tomados como possíveis causas da baixa procura dos homens por serviços primários, correspondendo às condições de infraestrutura das UBSs analisadas, entendida como a equivalência dos recursos humanos com demanda e os aspectos físicos da UBS.

Em contrapartida, na ponta oposta da escala, mulheres, na faixa etária dos 80-90 anos, apresentam *score* de 5 pontos, enquanto que homens, acima de 90 anos, apresentam *score* de 15 pontos. Indicando nesse estudo uma redução da capacidade funcional das mulheres de faixa etária mais elevada, quando comparada a homens do mesmo grupo etário. Este resultado pode sugerir à necessidade de maior ênfase na assistência em reabilitação voltada a pessoa idosa.

Variável limitação dos aspectos físicos

A limitação por aspectos físicos foi analisada mediante avaliação dos problemas no trabalho ou com alguma atividade regular nas quatro semanas anteriores, como consequência da saúde física. Avaliou-se a diminuição de tempo dedicado ao trabalho ou outra atividade, a realização de um número menor de atividades do que se gostaria, a limitação do trabalho ou outra atividade, a dificuldade na execução do trabalho ou outra atividade. O *score* obtido se enquadra no pior estado de saúde, uma média de 28 pontos.

Tabela 5– Limitação por aspectos físicos por gênero, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	0 pontos	0 pontos
21-30	26 pontos	0 pontos
31-40	75 pontos	0 Pontos
41-50	20 pontos	85 pontos
51-60	0 pontos	0 pontos
61-70	72 pontos	72 pontos
71-80	30 pontos	62,5 pontos
81-90	27 pontos	59 pontos
91-100	5 pontos	0 pontos

Fonte: os autores

Ao identificar a variável de limitação por aspectos físicos e por gênero, emerge o pior estado de saúde de ambos os lados. Mulheres, menores de 20 anos, bem como mulheres entre 51-60 anos, apresentando uma pontuação realtiva a zero. Na ponta oposta, mulheres, entre 31-40 anos, apresentam uma pontuação de 75 sobre o estado de saúde. Em relação aos homens, o *score* zero se deu na faixa etária entre os 18-40 anos, 51-60 e acima dos 90 anos. O melhor estado de saúde aparece na faixa etária entre 61-70 anos, em 72 pontos.

Pode-se inferir que a percepção da queda de produtividade associada à capacidade de realização das atividades de vida diária tem maior impacto nos grupos populacionais mais jovens em idade produtiva, bem como e nos idosos acima de 90 anos.

Variável dor

Para avaliar a dor, fez-se à somatória dos pontos obtidos nas questões 07 e 08. As categorias para avaliação da dor nas últimas quatro semanas foram: nenhuma; muito leve; leve; moderada; grave; muito grave. E as categorias que avaliaram quanto à dor interferiram no trabalho nas últimas quatro semanas foram: de maneira alguma; um pouco; moderadamente; bastante; extremamente.

Na população estudada, o *score* médio de dor foi de 71 pontos. Caracterizando um melhor estado de saúde nesse aspecto, mesmo tendo um índice insatisfatório no que diz respeito as limitações decorrentes do aspecto físico.

Tabela 6– Variável dor distribuída por gênero, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	50 pontos	80 pontos
21-30	75 pontos	72 pontos
31-40	100 pontos	100 pontos
41-50	80 pontos	84 pontos
51-60	70 pontos	60 pontos
61-70	98 pontos	75 pontos
71-80	45 pontos	40 pontos
81-90	40 pontos	40 pontos
91-100	65	61

Fonte: os autores

Quando comparado por gênero, a variável dor apresenta *score* mínimo de 40 pontos na faixa etária de 80-90 anos (mulheres), homens da faixa etária entre 71 e 90 anos também apresentando 40 pontos, o que equivale ao pior estado de saúde. O *score* máximo obtido foi equivalente a 100 pontos na faixa etária entre 30-40 anos para ambos os gêneros, considerado o grau máximo do melhor estado de saúde.

Variável estado geral de saúde

O estado geral da saúde, se deu mediante a avaliação do domínio da somatória dos pontos obtidos nas questões 1 e 11. A média obtida foi de 64 pontos, caracterizando um melhor estado de saúde do grupo.

Tabela 7- Variável estado geral de saúde por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	97.50 pontos	90 pontos
21-30	70 pontos	56 pontos
31-40	90 pontos	74 pontos
41-50	27.50	95 anos
51-60	50 pontos	57 pontos
61-70	80 pontos	77 pontos
71-80	39 pontos	67 pontos
81-90	57 pontos	56 pontos
91-100	0 pontos	25 pontos

Fonte: os autores

Convém ressaltar uma preocupação com esse grupo de mulheres em idade produtiva com que está com índice inferior a 50 pontos. Tal índice pode comprometer o rendimento e a produtividade no trabalho e, acima de tudo, comprometer a vida do trabalhador e, proporcionalmente, sua qualidade de vida.

Variável vitalidade

Para avaliação da vitalidade, foram somados os itens “a + e + g + i” da questão de número 09, onde as pessoas com deficiência e com limitação da mobilidade responderam como se sentiam nas quatro semanas prévias, a saber: “quanto tempo você se sente cheio de vigor, força e animado?”; “Por quanto tempo se sente com muita energia?”; “Por quanto tempo se sente esgotado?”; e “Por quanto tempo se sente cansado?”.

O *score* médio obtido foi de 49 pontos, quase se aproximando do estado de equilíbrio.

Tabela 8 – Vitalidade distribuído por gênero e idade, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	39 pontos	55 pontos
21-30	50 pontos	49 pontos
31-40	39 pontos	42 pontos
41-50	25 pontos	55 pontos
51-60	39 pontos	39 pontos
61-70	40 pontos	50 pontos
71-80	38 pontos	52 pontos
81-90	30 pontos	49 pontos
91-100	39 pontos	40 pontos

Fonte: os autores

A partir do exposto na tabela 8 pode-se dizer que as mulheres tanto em idade produtiva, quanto na terceira idade apresentam vitalidade situada no pior estado de Saúde. Percebe-se a partir dos dados que nas últimas 4 semanas a saúde física teve impacto direto na saúde mental dessas mulheres, materializado pela falta de energia, esgotamento, cansaço. Quanto aos homens, a pontuação ficou no limite entre o pior estado de Saúde e o Estado de Equilíbrio.

Variável aspectos sociais

Os aspectos sociais foram avaliados mediante a somatória dos pontos das questões 06 e 07, que perguntavam, durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo, e, durante as últimas quatro semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais, como visitar amigos, parentes, etc.

O *score* médio obtido situa-se na última pontuação de equilíbrio em saúde, em 60 pontos,.

Tabela 9 – Aspectos sociais distribuídos por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	78 pontos	69 pontos
21-30	76 pontos	50 pontos
31-40	88 pontos	31 pontos
41-50	12,50 pontos	63 pontos
51-60	61 pontos	61 pontos
61-70	58 pontos	70 pontos
71-80	57 pontos	94 pontos
81-90	23 pontos	64 pontos
91-100	44 pontos	50 pontos

Fonte: os autores

Observa-se que homens e mulheres no geral tendem a transitar entre o Estado de equilíbrio e o melhor estado de saúde, no que diz respeito ao impacto da saúde física e/ou da saúde emocional em suas atividades e relações sociais. No entanto, o grupo de mulheres entre 41-50 anos apresentou um score baixíssimo em relação aos homens da mesma idade. Apontando um grau de maior isolamento social devido as condições de saúde.

Variável limitação por aspectos emocionais

Para a verificação da limitação por aspectos emocionais analisou-se a somatória dos pontos da questão de número 05, que perguntava se, nas últimas quatro semanas, o entrevistado teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional, como depressão e ansiedade. Como alternativas, observou-se a diminuição da quantidade de tempo que o entrevistado se dedicava ao trabalho ou a outras atividades; a realização de um número menor de tarefas do que gostaria; e a não realização de atividades com tanto cuidado como geralmente realizava.

O *score* médio do grupo entrevistado está como a segunda pior pontuação, em todas as variáveis: 32 pontos, enquadrando-se no pior estado de saúde. Indicando o impacto da depressão e ansiedade nas atividades de vida diária deste segmento populacional.

Tabela 10 – Aspectos emocionais distribuídos por gênero e faixa etária, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	0 pontos	39 pontos
21-30	27 pontos	0 pontos
31-40	67 pontos	13 pontos
41-50	33 pontos	0 pontos
51-60	0 pontos	0 pontos
61-70	32 pontos	50 pontos
71-80	77.7 pontos	50 pontos
81-90	0 pontos	47 pontos
91-100	0 pontos	0 pontos

Fonte: os autores

O gráfico acima demonstra limitações em diversos grupos etários por aspectos emocionais. Esses dados de Os dados dos aspectos emocionais na distribuição por gênero e idade constituem um alerta de Saúde Pública.

A depressão, segundo Dornelles (2002), é caracterizada essencialmente por um período de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro níveis de avaliação da depressão em pacientes com lesão medular, além de sintomas adicionais: alterações no apetite ou peso; sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida; planos ou tentativas de suicídio. O episódio é acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. No primeiro deles, o paciente, usualmente, sofre com a presença dos sintomas, mas, provavelmente, será capaz de desempenhar a maior parte das

atividades. No grau moderado, o paciente, aparentemente, tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Já na depressão grave, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes – tipicamente, a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa, as ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se, em geral, uma série de sintomas somáticos. Essa última circunstância pode, ainda, ser acompanhada de sintomas psicóticos (DORNELLES, 2002).

Em um estudo do ano de 1995, Hammel aponta que alguns membros da equipe de reabilitação frequentemente aderem à ideia de que os distúrbios psicológicos são maiores em lesões mais altas, do que entre pessoas com paraplegia ou lesões incompletas, mesmo quando as pesquisas apontam que não há relação entre o nível de lesão e de dependência física e a depressão (HAMELL, 1995).

No caso do presente estudo observou-se que tanto nas faixas etárias com maior quantitativo de lesão medular alta, quanto nos casos de limitação da mobilidade por Convalescência cirúrgica, a sensação de incapacidade pode ser um determinante para emergir sofrimento emocional.

Variável saúde mental:

O último domínio referia-se a saúde mental. Para essa avaliação, se fez a somatória dos pontos obtidos nas alternativas “b + c + d + f + h” da questão número 09, que perguntavam por quanto tempo o entrevistado se sentia nervoso: “Por quanto tempo se sentia tão deprimido que nada pode animá-lo?”; “Por quanto tempo se sentia calmo ou tranquilo?”; “Por quanto tempo se sentia desanimado ou abatido?”; e “Por quanto tempo se sentia uma pessoa feliz?”.

A média geral dos respondentes obteve o *score* de 51 pontos, significando um estado de equilíbrio em saúde.

Tabela 11 – Saúde mental por gênero e faixa etária: usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Grupo Etário	Mulheres	Homens
18- 20	37 pontos	43 pontos
21-30	47 pontos	57 pontos
31-40	8 pontos	52 pontos
41-50	39 pontos	49 pontos
51-60	79 pontos	78 pontos
61-70	39 pontos	40 pontos
71-80	39 pontos	80 pontos
81-90	37 pontos	79 pontos
91-100	59 pontos	59 pontos

Fonte: os autores

Apesar do impacto negativo obtido na variável “limitação por aspecto emocional”, quando avaliou-se a saúde mental do grupo de forma mais direta, no que diz respeito a perguntar efetivamente se a pessoa se sentia feliz, desanimado ou abatido os scores nos grupos etários foram mais altos do que na variável que avaliou a saúde mental sem confrontar diretamente o sentimento do indivíduo. Pode se inferir que há uma certa dificuldade em falar abertamente sobre o estado emocional. No entanto, cabe refletir se o instrumento utilizado consegue alcançar toda a subjetividade da saúde mental dos sujeitos participantes.

6.7 Sobre o Eixo Temático

As perspectivas da deficiência física e restrição de mobilidade sob o ponto da acessibilidade da restrição de saúde trazem à tona o reconhecimento da existência de importantes desafios colocados por esses processos à sociedade, enquanto vulnerabilidades em saúde. Esse desafio se torna mais emergente aos profissionais e gestores em saúde, especialmente nesses últimos anos, quando se verifica um significativo aumento da expectativa de vida da população, aumentando o grupo com restrição de mobilidade e também o grupo com deficiência pelos impactos do processo de senilidade. É na interação entre esses profissionais, usuário/deficientes e famílias que se evidenciam ações de cuidados, compartilhamento de saberes, troca de símbolos, significados e experiências, num intercâmbio dinâmico entre quem cuida e quem é cuidado. A análise dos dados possibilitou a formação desse eixo temático sob a forma de três categorias: Entraves da falta de Educação Formal e baixa renda, O impacto da Acessibilidade na Qualidade de Vida das PcDs e As redes de Suporte Social.

A Vulnerabilidade em Saúde:

Atualmente, o conceito de vulnerabilidade é entendido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diferentes áreas do conhecimento. Abrange os diferentes níveis de complexidade, podendo favorecer abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais (PORTO,2007).

Apoiado em Santos K.A et AL. (2008) e Yang Y, George LK (2005), pode-se dizer que a incapacidade consiste em fenômeno complexo e multifatorial, podendo ser conceituada, avaliada e monitorada de várias formas e em vários contextos. Cabe ressaltar que ainda não há um consenso entre os pesquisadores sobre como identificar as populações com incapacidade. Sendo assim, a definição de incapacidade engloba alguns aspectos/terminologias associados à patologia, à deficiência, à limitação funcional e à desvantagem.

Yunes e Szymanski (2001, p. 28 e 29), quando abordam o conceito de vulnerabilidade, trazem também a noção de risco. Segundo elas, o conceito de vulnerabilidade “é aplicado

erroneamente no lugar de risco”, pois são dois conceitos distintos. Enquanto risco, segundo as autoras, foi usado pelos epidemiologistas, em associação a grupos e populações, a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. É importante ressaltar que, para essas autoras, existe uma relação entre vulnerabilidade e risco: “a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, a vulnerabilidade não tem efeito”.

A partir da entrevista semiestruturada de abordagem sócio econômica emergiram algumas vulnerabilidades em alguns indivíduos desse grupo populacional a serem descritas nesse tópico.

6.8 Sobre os Dados Qualitativos - O que nos dizem os conteúdos das entrevistas

Aqui tratamos de 80 entrevistas que foram trabalhadas em um instrumento específico (apêndice 2). Os resultados que aparecem nos quadros a seguir, tratam de articulações com os dados quantitativos e das possíveis dificuldades que o acesso e a mobilidade podem trazer como implicações para a Qualidade de Vida. Vale destacar, que os recortes e fragmentos de falas aqui colocados são apenas para ilustrar o que era comum a todas as falas.

Eixo 1 : Entraves da falta de Educação Formal e baixa renda

Quadro 4: Diz respeito a educação formal e renda e noções de direitos

Conteúdo da Entrevista	Destaques e unidades de Registro
“Minha filha, não sei o que é esse negócio de Acessibilidade, sei que a enfermeira e médica que me atendem são muito boazinhas” (A49, 76 anos, aposentada);	“Minha filha” (Dependência) “Não sei o que é acessibilidade”(Noção de direitos) “A enfermeira e médica são boazinhas” (Noção de direitos)
“Tudo na minha vida é a minha filha, ela que filha” recebe minha pensão, sabe moça? Me leva ao médico, me ajuda a preencher esse seu formulário, porque eu não sei ler nem nada, formulário” só sei assinar meu nome muito mal. Se não fosse ela, eu nem estaria aqui respondendo qualquer coisa pra senhora” (A50, 96 anos, aposentada).	“Tudo na minha vida é minha filha” “recebe minha pensão” “não sei ler” “me ajuda a preencher esse formulário” (frases que indicam dependência)

<i>“O que é unidade básica? Ah tá, o posto, não sei filhas eles que vem aqui. “(ASL, 70 anos, aposentado)</i>	<i>“O que é unidade básica? (Noção de direito)</i>
<i>“ A gente não tem ajuda de ninguém moça, a médica vem aqui em casa, tira a pressão, faz os exercícios pra eu não entrevar mas nunca ninguém que me falou de conseguir uma cadeira. Ia melhorar muito minha vida porque eu não posso andar e vivo com dor nas costas me arrastando com esse banquinho, porque dinheiro pra comprar cadeira não sobra.” (A20, 79 anos)</i>	<i>Não tenho ajuda de ninguém (Solidão)</i> <i>“a médica vem aqui em casa, tira a pressão, faz os exercícios pra eu não entrevar”</i> <i>(solidão / Prevenção)</i> <i>“nunca ninguém que me falou de conseguir uma cadeira.”</i> <i>(Noção de direitos)</i> <i>“porque dinheiro pra comprar cadeira não sobra.”</i> <i>(vulnerabilidade econômica)</i>
<i>“Nunca soube de nada disso, você não está inventando não né? Alguém dá alguma coisa assim, minha filha?” (A1, 88 anos)</i>	<i>“você não está inventando não né?”</i> <i>(Descrédito)</i> <i>“Alguém dá alguma coisa assim, minha filha?”</i> <i>(Noção de direito)</i>

Fonte: Os autores

As respostas acima emergiram a partir das perguntas iniciais do Instrumento semi aberto, em relação a renda, educação formal e perfil de mobilidade. Os usuários destacados apenas ilustram a fala de outros tantos, que mencionaram baixa escolaridade. Percebe-se pelos destaques

que o fator baixa escolaridade e ausência de ensino formal indicam um impacto negativo na qualidade de vida do sujeito. Compreendendo a qualidade de vida, nesse caso, como acesso a direitos básicos. A ausência de ensino formal acaba por diminuir ainda mais a autonomia desses sujeitos marginalizando-os socialmente.

Em todas as falas surgem aspectos de ampla dependência de familiares e/ou profissionais de saúde. Dependência para uma simples leitura, dependência para receber a aposentadoria dentre outros.

Além disso em uma das falas a usuária destaca “ a enfermeira e médica são boazinhas”. Cabe questionar qual a relação dessa fala com a noção de direito dessa usuária. Será que tem clareza do direito que tem à assistência em saúde? Conforme dispõe a Constituição Brasileira em seu artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL,1988)

Os dados quantitativos indicam que 30% dos sujeitos da pesquisa possuem escolaridade inferior ao ensino médio e desses 30%, 5% não tiveram oportunidade de acesso ao ensino Formal.

A Educação Formal e a renda em salários mínimos são fundamentais de serem analisadas, porque se relacionam com a inclusão familiar das pessoas com deficiência que participaram do estudo. Relaciona-se ao grau de inclusão/integração social que a própria família ocupa na sociedade: as famílias com melhores condições socioeconômicas, culturais e com escolaridade acionam mais recursos sociais de cuidado. Neste sentido, a pessoa cuidada dispõe de suporte social mais fortalecido e ocupa um lugar personalizado na família, ou seja, desempenha papel articulado na dinâmica familiar e apresenta importante grau de autonomia na decisão sobre eventos pessoais e familiares.

Observou-se, a partir das respostas nas entrevistas que os sujeitos com mais escolaridade e conseqüentemente renda familiar mais alta possuíam também uma participação social mais efetiva e mais acesso aos recursos comunitários, culturais e sociais necessários ao

desenvolvimento humano. Essa realidade foi observada em sujeitos estudados, os quais possuem Ensino Médio completo e Superior, respectivamente.

Dos entrevistados 45% se enquadravam como pessoa com deficiência e 55% como pessoas com restrição de mobilidade. Dos 45% de pessoas com deficiência foi perguntado se essas pessoas utilizavam algum auxílio para se locomover (órtese, prótese, ou qualquer outro meio), 15 pessoas relataram não utilizar auxílio, 19 utilizavam auxílio para se locomover e 02 pessoas utilizavam meios improvisados de locomoção, cabo de vassoura e banquinho respectivamente. Esse fato corrobora a questão da baixa renda familiar ser um aspecto de vulnerabilidade dos sujeitos, impossibilitando sua autonomia e impactando diretamente no direito de ir e vir do cidadão.

Em relação aos sujeitos que utilizam o meio auxiliar de locomoção improvisado, mesmo não estando dentro do roteiro de perguntas, interrompemos a entrevista para perguntar se tinham ciência do direito da pessoa com deficiência, no sentido de adquirir órtese e prótese através do SUS. E as respostas representaram um amplo desconhecimento de seus direitos bem como um descrédito na informação obtida. Já que no serviço de saúde não havia sido informado sobre a possibilidade de obter auxílio formal para se locomover.

Cabe ressaltar, que a Política Nacional da Pessoa com deficiência estabelece que:

“Toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e à avaliação de uma equipe multiprofissional (formada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e outros). De igual forma, tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constituir obstáculo para sua inclusão educativa, laboral e social. A busca por atenção à saúde compreende não só o acompanhamento e a manutenção dos ganhos adquiridos com a reabilitação e a prevenção de deformidades, como com a aquisição e adequação de órteses e próteses (cadeiras de rodas, bolsas de colostomia, próteses auditivas, visuais e ortopédicas, etc.)” (BRASIL, 2006)

Percebe-se que nesses dois casos a vulnerabilidade financeira e educacional, além da ausência de aplicação das políticas públicas de forma efetiva, materializa a exclusão de indivíduos que já estão situados em um grupo de risco. Haja vista que estruturalmente os padrões de acessibilidade não condizentes com os parâmetros idealizados no País, impossibilitam o livre trânsito de pessoas com deficiência. A falta de acesso aos recursos, retira a dignidade humana de alguns indivíduos que são obrigados a viver em isolamento social.

Eixo 2: O impacto da Acessibilidade na Qualidade de Vida das PcDs

As respostas a seguir emergiram a partir das perguntas sobre locomoção, meio de transporte e dificuldades no entorno da UBS e de casa.

Quadro 5: Locomoção, utilização de transporte e acessibilidade

Fragmentos da entrevista <i>“Olha, com essa perna doente, eu sinto dificuldade em todos os lugares. Pra subir no carro, pra entrar no banho, pra andar na rua. Estou me sentindo Péssimo. Não sei se é o mundo que não está pronto ou sou eu que estou podre (sic), a calçada tem Desnível, tem buraco, tem poste no meio da calçada, como nunca havia reparado isso?”</i> (FCM, 27 anos Historiador)	Unidade de Registro Dificuldade Sofrimento Acessibilidade
<i>Agora com a cirurgia estou sentido dificuldade pra chegar em qualquer lugar, o ônibus, as ruas, as calçadas, as escadas. Tudo muito ruim né?”</i> (P.B 18 anos, estudante)	
<i>“Vou te contar viu? A calçada me incomoda, além de ter que me desviar de gente, tenho que me desviar de postes. Ainda não acostumei. As pessoas não são solidárias.”</i> (LCA 23 anos, estudante)	Acessibilidade
<i>“Olha, se a gente considerar parâmetro não podemos dizer que é maravilhoso. Mas particularmente nunca senti dificuldade.”</i>	Acessibilidade

<i>No entorno não. Mas aqui dentro eu sinto, o elevador está quebrado e eu acabei de fazer uma cirurgia”</i> <i>V.B.A 37 ANOS, enfermeira</i>	
<i>“Com esse barrigão todo eu tenho que subir</i> <i>Morro, eu não uso mais o mototaxi porque meu marido não deixa, por causa do bebê. Medo de cair e tudo.</i> <i>Aí eu tenho que subir a rua que tem essa ladeira alta, e inclinada. As vezes eu pego o bondinho e depois subo a escada. É uma luta.”</i> <i>(ZRC, 30 anos,atendente)</i>	Dificuldade Acessibilidade
<i>“Não sinto que a rua atenda todas as normas de segurança e de acessibilidade mas já vi locais piores. Aqui na unidade por exemplo tem o problema do elevador, se entrar muita gente preciso de ajuda com a cadeira, não consigo manobrar. Mas lá fora, deixa eu ver... Talvez o desnível das calçadas, é sempre bom pontuar.”</i> <i>(BDC, 25 ANOS assistente social)</i>	Acessibilidade
<i>“Cara, dificuldade maior é essa escada, são muitos lances. Estou me recuperando de uma cirurgia, nem era pra estar subindo isso tudo”</i> <i>A.C.P, 30 ANOS aux de consultório dentario</i>	Dificuldade Acessibilidade
<i>“Transporte público no momento, com aqueles bancos absurdamente estreitos e que não me Cabem. Sua pesquisa é sobre acessibilidade, né? Acredito que deveria ser feito algo para regulamentar a distância dos bancos, sou gordo e por isso tenho dificuldade pra subir no ônibus, tenho dificuldade pra sentar no ônibus. Eu estou tentando emagrecer, mas não consigo.”</i> <i>(MP, 35 ANOS,PROFESSOR)</i>	Acessibilidade Transporte deficiente Dificuldade
<i>“Quase não saio de casa, porque não consigo andar, quando tem alguma emergência médica minha filha chama um táxi, só consigo de táxi porque ele vem até a minha porta”</i> (A47, 98 anos);	Acessibilidade
<i>“O serviço público de transporte está cada vez mais deficitário, sou cadeirante e só tenho 22 anos, tenho direito de me locomover na cidade. Mas todos acham que isso é um favor. Eu não tenho carro nem a minha família. Pego o busão mesmo, pra estudar pra passear. No busão é muito ruim porque nem sempre a escada acessível funciona, eu diria quase nunca! No metrô é sempre um problema com rampa de acesso e também nem sempre o elevador funciona. Me sinto devendo um favor a todo mundo que me ajuda. Não deveria ser</i>	Transporte deficiente Direito a locomoção Acessibilidade Falta de recursos para utilizar outro transporte Sofrimento

<i>assim</i> ”(A11, 22 anos, estudante)	
<i>“Desde que eu fiz a cirurgia eu fico pensando o que é não conseguir andar nessa cidade, sinto que não posso andar de ônibus. A senhora já viu como a escada é alta? Eu acabei de operar não consigo subir. Me sinto meio homem, por tentar e não conseguir, nem sempre o motorista entende e sai puxando tudo. Quando sobra dinheiro, eu pego um taxi. Mas desde que operei não tem trabalho, ficou difícil porque taxi é caro”</i> (A10, 68 anos);	Acessibilidade Incapacidade Sofrimento Falta de recursos para utilizar outro transporte
<i>“Deficiente nesse país sofre, nem sempre é bom sair de casa, mas eu tenho que trabalhar. Também pago imposto. Não posso ficar em casa chorando, né? Quero conseguir chegar ao trabalho na hora. Às vezes, o ônibus me olha e nem para, porque sabe que tem que ajudar a subir. Taxi e Uber é melhor, mas a gente consegue ter esse luxo o mês todo?”</i> (A30, 35 anos).	Sensação de desrespeito sofrimento Falta de recursos para utilizar outro transporte Acessibilidade

Fonte: Os autores

Todas as Unidades de registro estão fortemente relacionadas as dificuldades de acesso dos deficientes físicos e pessoas com limitação da mobilidade, para sair de casa, andar de ônibus ou metrô. Essas questões vitais ainda são atravessadas por questões de recursos, necessidade de ter alguém para acompanhá-lo, transporte deficitário dentre outras impossibilidades de conseguir exercer as atividades de vida diária. Os fatores destacados constituem as barreiras físicas para acessibilidade. As falas destacam também, as barreiras atitudinais como o descaso, falta de acessibilidade e a falta de vontade política de se fazer cumprir as normas de acessibilidade.

Nessa categoria evidencia-se de que forma a acessibilidade interfere na autonomia, dependência/independência, nas limitações, no desenvolvimento/realização pessoal da pessoa com deficiência física e de que forma repercutem na qualidade de vida dos mesmos. Os entrevistados demonstram relacionar a acessibilidade como limitante no seu modo de vida,

podendo essa vivência ser algo extremamente doloroso ou de alguma forma levar a resignificar a sua existência.

Além disso parece que a inacessibilidade dos ambientes traz também uma sensação de desvalia a pessoa com a mobilidade restrita. As falas carregam uma grande carga de sofrimento, corroborando com os dados quantitativos, que apontam o impacto negativo na vida social decorrente da limitação por aspectos emocionais.

A partir das respostas dos sujeitos, a entrevista semiestruturada observou-se as queixas recorrentes quanto aos espaços urbanos e a estrutura do transporte.

Tabela 12 - Quanto a estrutura do transporte para usuários das Unidades Básicas de Saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Meio de transporte utilizado	Frequência de uso pela população
Carro próprio ou de conhecidos	34%
Exclusivamente táxi ou Uber	5%
Transporte público coletivo	37%
Transporte público e táxi/Uber	24%

Fonte: Coleta de dados da autora

Ressalta-se o que está proposto como política: A acessibilidade como grande facilitadora da vida das PcDs.

“Querendo ou não, a questão da acessibilidade passa impreterivelmente pelas mãos de técnicos ligados ao sistema das áreas de Arquitetura e Engenharia. Seja na elaboração de um projeto ou na execução de uma obra civil, seja no desenvolvimento ou fabricação de um produto elétrico ou mecânico, sempre haverá um profissional responsável. Da mesma forma, na aprovação e concessão por parte do poder público municipal para obras e serviços, sempre haverá um profissional ligado ao sistema da Arquitetura ou Engenharia. Portanto, a sensibilização destes profissionais quanto a necessidade da implantação da acessibilidade em todos os níveis, bem como a correta orientação sobre suas responsabilidades, hoje definidas pelo artigo 11º do Decreto Federal nº 5.296/04, são fundamentais para o processo de eliminação das barreiras físicas e sensoriais nos sistemas urbanos. A criação de mecanismos de orientação e capacitação voltados a esses profissionais – cursos,

treinamentos, seminários, manuais técnicos etc” (BRASIL, 2006 p. 30).

Os dados quanti e qualitativos mostram que ainda existe um longo caminho a percorrer para assegurar o que é de direito.

Um dos direitos fundamentais da pessoa humana é o direito de ir e vir, conforme está fundamentado na Constituição (BRASIL, 1988). No entanto, a partir dessas falas e a partir da observação do território urbano no Rio de Janeiro, percebe-se que a questão da mobilidade urbana ainda não foi viabilizada de forma satisfatória no sentido de garantir esse direito a todas as pessoas.

De acordo com o Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana, elaborado pelo Ministério das Cidades (BRASIL, 2006), a existência de barreiras físicas e acessibilidade ao espaço urbano acaba por impedir o deslocamento de pessoas com deficiência e outras que possuem dificuldades de locomoção. Um dos desafios colocados para todos os municípios brasileiros é a inclusão dessa parcela considerável da população na vida nas cidades. A acessibilidade deve ser vista como parte de uma política de mobilidade urbana que promova a inclusão social, a equiparação de oportunidades e o exercício da cidadania das pessoas com deficiência e idosos, com o respeito de seus direitos fundamentais.

No que tange à eliminação de barreiras, o programa estabelece algumas ações para promover acessibilidade. Nesse trecho, destaca-se o que concerne ao transporte urbano: “Reforma e adaptação de terminais rodoviários, estações de metrô, de trem, rodoviárias intermunicipais, aeroportos, corredores de ônibus, pontos de embarque e desembarque e veículos (ônibus, microônibus)” (BRASIL, 2006).

O programa destaca, ainda, que o critério para se estabelecer a prioridade de intervenções, dentro de um cronograma de adequações, pode ser a característica do espaço ou serviço de acordo com a quantidade de pessoas atendidas. Em se tratando do Rio de Janeiro, uma cidade com 6,32 milhões de pessoas de acordo com o IBGE, percebe-se uma falha no cumprimento do programa de acessibilidade.

No que tange a Implementação de Normas Técnicas, o Programa objetiva criar procedimentos que possam prever o cumprimento da legislação e garantir a adoção do conceito de desenho universal e das normas técnicas de acessibilidade referendadas pela ABNT nos novos projetos de edificações, vias públicas, mobiliário urbano e transportes coletivos.

Os procedimentos devem ser implantados para as ações dos setores da administração pública, iniciativa privada e a comunidade em geral.

No que diz respeito ao transporte, o Programa estabelece que se faz necessário: “Apoio à secretaria de transporte ou outro órgão gestor desse serviço; análise e propostas para implantação do projeto de transporte coletivo acessível; análise e propostas para a intervenção na estrutura dos corredores; análise e proposta para o layout interno dos veículos de grande e pequeno porte e equipamentos mecânicos e eletromecânicos; treinamento de motoristas e cobradores.” (Idem, 2006).

Ao serem questionados em relação às dificuldades encontradas no entorno da Unidade Básica de Saúde e o entorno da própria residência, emergiram os seguintes achados:

Tabela 13 – Locomoção no entorno de casa e das unidades básicas de saúde, botafogo, rio de janeiro, 2016.

Entorno da UBS	Entorno de casa
Escadas	Escadas
Postes	Elevador parado
Buraco nas calçadas	Buracos nas ruas e calçadas
Árvores na calçada	Morro
Rua íngreme	Teleférico apenas até a metade do morro

Fonte: os autores

A partir do que foi relatado pelos sujeitos da pesquisa, pode-se dizer que a cidade ainda não está planejada e acessível para todos. E essa é uma função a ser fiscalizada e implementada pela Administração Pública, a fim de que os espaços urbanos sejam planejados de forma acessível. Há ainda um contraste maior no espaço urbano horizontal e o espaço urbano verticalizado (nesse caso, uma comunidade que expande sem planejamento ou controle da Administração Pública).

Olhando para as informações dos participantes, de um modo geral, a acessibilidade é um indicador de interferência na qualidade de vida. Essa interferência se materializa quando analisamos os dados sobre: Formação, renda familiar, falta de acesso a cadeira de rodas, falta de alguém para ajudá-los, falta de transporte e negação dos seus direitos. São vulnerabilidades diversas desde os menores problemas (internos) aos que são do espaço externo. Que vão desde o impedimento do acesso as UBSs bem como o impedimento de viver a própria vida.

Eixo 3: As redes de Suporte Social

Os relatos destacados no quadro abaixo emergiram das perguntas relacionadas a dependência para realizar atividades de vida diária, especificações sobre o cuidador e a participação em grupos de promoção a saúde das UBSs bem como, redes de convívio social para PcDs.

Quadro 6: Rede de cuidado

Fragmentos da Entrevista	Unidade de Registro
<i>“Todo mundo depende um pouco, a maioria das coisas eu faço sozinha mas as vezes eu preciso de uma ajudinha da minha mãe. Mas ela me ensinou a me virar (sic)”</i> (MCB, 22 anos, estudante)	Dependência Ajuda
<i>“A gente sempre acaba dependendo de alguém, mas meu marido é quem mais ajuda”</i> (SLS, 66 anos do lar)	Dependência Ajuda
<i>“Dependo muito da minha filha que se mata pra cuidar de mim. Ela trabalhava mais agora tem que se dividir com meu genro pro meu cuidado, a agente de saúde também cuida muito”</i> (CLS, 70 anos aposentada)	Dependência Ajuda Cuidado Família Agente de saúde
<i>“O pessoal do posto que me ajuda, as meninas trazem remédio, vem me ver, as vezes uma vizinha passa aqui também.”</i> (ASL, 70 ANOS aposentado)	Funcionário do posto Ajuda Vizinha
<i>“Quem vem aqui é a menina do posto de saúde, ela já até levou conta minha PRA PAGAR”</i> (PAB, 80 anos, aposentado)	Funcionária do posto Ajuda

Fonte: Os autores

Essa categoria constitui a soma de todas as relações que a pessoa com deficiência considera como significativas/ diferenciadas na sua vivência e que lhe conferem apoio social, podendo também contribuir para o seu cuidado de saúde. Nessa rede estão inclusos: familiares, cuidadores, amigos, vizinhos, relações comunitárias, serviços e profissionais de saúde. O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais, possibilitando o exercício da cidadania (TOSCHI, 2008). Tem como objetivo contribuir para o bem estar das pessoas, principalmente no caso de pessoas com deficiência física.

Durante o período em campo e através das entrevistas com os sujeitos que participaram do presente estudo pode-se dizer que, em decorrência da dificuldade de deslocamento e de acesso aos serviços de reabilitação, as pessoas com deficiência tem sua vida social restrita ao convívio com a família, com muitas limitações para inserção nos demais grupos sociais. Estabelece-se, então, uma condição de isolamento social. Uma das questões trabalhadas no instrumento de avaliação socioeconômica desse estudo dizia respeito a dependência da pessoa com deficiência e/ ou com restrição de mobilidade de parentes e amigos e inserção em atividades em grupo. 57% dos entrevistados relataram algum grau de dependência para executar atividades de vida diária.

No quadro 5 as Palavras dependência e Ajuda são marcadores significativos da condição da pessoa com deficiência e com mobilidade restrita. Apesar do que dispõe as políticas, na prática ainda não se percebe a autonomia funcional de grande parcela dessa população.

De acordo com Griep et. al. (2005), ao depender do apoio que a pessoa com deficiência dispõe para transpor essas limitações, ela poderá alcançar diferentes níveis de participação social. Esse apoio, costumeiramente, provém da família, dos vizinhos e amigos, bem como, de profissionais de saúde que estão de algum modo envolvidos no processo. Forma-se, assim, uma rede de apoio social, que assume uma importância fundamental na vida e na qualidade de assistência à pessoa com deficiência.

No presente estudo o nível de parentesco e ou proximidade do cuidador está exposto a seguir:

Tabela 14 – Nível de parentesco do cuidador, usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Nível de proximidade do cuidador	Percentual
Familiar	65.2%
Profissional cuidador	6.6%
Amigo	10.8%
Profissional da UBS	17.4%

Fonte: coleta de dados da autora

Como exposto na tabela 14, as pessoas com deficiência e/ou restrição de mobilidade do presente estudo tiveram sua rede de apoio social fortemente relacionada à família nuclear.

São escassos os trabalhos que configuram as redes de apoio social deste público específico. Aoki et al. (2011) investigaram 57 pessoas com diversos tipos de deficiência, entre crianças, adultos e idosos e verificaram que a rede de apoio social também se encontrava restrita à família nuclear, com reduzida presença da família expandida, dos amigos, vizinhos e dos equipamentos sociais.

De acordo com Ribeiro (2010), a rede das pessoas com deficiência física, bem como das que possuem doenças crônicas e incapacitantes, sofre deterioração ao longo do tempo. Nessas situações, as redes de apoio vão se restringindo cada vez mais à família, que acaba ficando extremamente sobrecarregada. Esta situação aumenta o isolamento a que está submetida a pessoa com deficiência. O grupo que costuma se afastar mais precocemente, após aquisição de uma deficiência, é aquele referente às relações de estudo e trabalho, corroborando com os resultados encontrados.

No diário de campo desse estudo consta registro das conversas com os familiares e o desabafo de grande parte deles sobre o estado de isolamento do familiar que necessita de cuidados e a sobrecarga do familiar cuidador, às vezes expressa através do choro. No diário de campo, muito embora não respondesse nenhuma questão dos questionário, consta registro de relato de depressão por parte do familiar que é cuidador em tempo integral. A Política Nacional para Pessoa com deficiência discorre sobre a inclusão do familiar, no sentido de garantir a inclusão da assistência aos familiares. Essa garantia seria essencial para um atendimento

humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/domiciliar).

Cabe também ressaltar que a ESF também faz parte dessa rede de apoio, 17,4% das pessoas com algum nível de dependência relataram o profissional da UBS como apoio expressivo para as atividades, dando destaque ao Agente Comunitário de Saúde. Nesse sentido, a ação dos profissionais da área da saúde ganha fundamental importância para a ampliação e a potencialização das redes de apoio social das pessoas com deficiência física, cabendo-lhes, incentivar as habilidades sociais, que podem ser adquiridas num contexto de apoio e estímulo. (BRASIL, 2010).

Em se tratando de estímulos, durante a estadia no campo, percebeu-se também que os profissionais das UBSs realizam grupos de convivência e atividades para os usuários, sendo esses grupos com quantidade expressiva de pessoas com restrição de mobilidade, principalmente pessoas idosas. Um dos itens do Instrumento de Abordagem sócioeconômica trouxe a questão da atividade física nesse grupo populacional. Das 80 pessoas participantes do estudo, 40% realizavam atividades nos grupos das UBSs e 60% não praticavam.

Quando perguntado aos 60% o motivo de não praticarem as atividades físicas, emergiram os seguintes resultados expressos na tabela abaixo:

Tabela 7 – Prática de atividades físicas – usuários das unidades básicas de saúde, Botafogo, Rio de Janeiro, 2016.

Dificuldade exposta	Percentual na população
Dificuldade para chegar à UBS	41.6%
Falta de capacidade física para realizar atividades	31.25%
Cansaço	18.8%
Falta de ânimo	8.3%
Fonte: coleta de dados da autora	

A partir dos dados acima, pode-se afirmar que a questão da acessibilidade tem sido um impeditivo para a qualidade de vida dessa parcela da população. 41.6% relatam a dificuldade para chegar a UBS. Ao mesmo tempo em que se evidencia a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e interação social por parte das pessoas com deficiência. Observa-se ainda o potencial que as redes de apoio têm, no sentido de melhorar a resolubilidade dos serviços na Atenção Básica, se forem incorporadas ao processo de trabalho dos profissionais desse nível de atenção. Outro aspecto a ser avaliado, a partir dos dados acima, é de que 31.25 % não participam por falta de capacidade física para realizar suas atividades, ressaltando as dificuldades que as pessoas com

deficiência física enfrentam para ampliar suas relações sociais, constituindo novos vínculos através da participação em grupos sociais extrafamiliares, decorrentes, principalmente, da dificuldade de locomoção. Estas limitações têm impacto direto sobre o nível e a diversidade de participação que essas pessoas podem desenvolver na sociedade.

Em contrapartida, a Política Nacional para Pessoa com Deficiência preconiza que há que se trabalhar os processos de acolhimento, atenção, referência e contrarreferência, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter acesso às Unidades de Saúde, em todo o país, sem barreiras (arquitetônicas ou atitudinais), como todos os demais cidadãos brasileiros.

No que concerne a dificuldade de realizar atividades, a Política deixa explícito que de acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos; a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias (BRASIL, 2010).

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos resultados produzidos por 45% de pessoas com deficiência e 55% com limitação da mobilidade para a área interna das duas UBSs estudadas mostram que a unidade Clínica de Saúde da Família Santa Marta, só os itens de largura das portas obedece aos critérios da NBR 9050, todos os pontos relacionados degraus, escadas, sinalizações (visual, tátil, sonora) rampas, elevadores, acesso a recepção, consultórios, estão inadequadas ou não existem. Além disso, a maior barreira para acessibilidade na unidade se dá no ponto de entrada, já que a unidade está localizada no segundo andar e não há possibilidade de entrar no local, senão pelas escadas.

No CMS Dom Hélder é inversamente positiva em relação a Santa Marta, reafirmando o que já é divulgado pelos movimentos em defesa do SUS: O quanto são os espaços de atendimento estão sendo sucateados ao longo dos anos, precarizando o acesso, principalmente para PcDs.

Cabe ainda destacar o perfil econômico dos usuários de ambas as unidades. A UBS Santa Marta apresenta um perfil econômico, no que tange a renda e educação formal, bem menor do que a UBS Dom Hélder. O que salta aos olhos é que a unidade melhor estruturada é a que atende um público de classe média, enquanto a unidade que atende o público com renda mais baixa está totalmente destoante do que preconiza as normas da NBR 9050 e o manual de Instalação das UBSs.

No Brasil, o processo de democratização da saúde, decorrente da implantação do SUS, inseriu a atenção às pessoas com deficiência no contexto de políticas públicas. Dessa forma, após publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002, foram definidas as diretrizes para que estados e municípios organizassem suas ações para atendimento a essas pessoas. Definindo-se a atenção de saúde de forma ampliada, ao contemplar um cuidado articulado entre promoção à saúde/ prevenção de agravos e reabilitação, articulando os três níveis de complexidade. Estabeleceu-se, ainda, que as instituições que prestam serviços de saúde que atuam de forma complementar ou suplementar precisam atender aos princípios de acessibilidade.

Muito embora as unidades da região de Botafogo sejam um ínfimo recorte dentro do sistema, refletem a distância entre o texto e a prática das políticas para as pessoas com deficiência, evidenciado pela dificuldade de efetivar a acessibilidade dos espaços. Com tanto aparato legal para regulamentar e efetivar os critérios de acessibilidade, ainda há dificuldades estruturais e efetivamente barreiras arquitetônicas que cerceiam a liberdade e autonomia dos sujeitos. Impactando profundamente em sua qualidade de vida.

O estudo aponta a necessidade de adequação não só do espaço das unidades de saúde, mas também a adequação do espaço urbano como um todo para garantir o direito de todos os cidadãos.

É sabido que essas questões necessitam de vontade política, dos tomadores de decisão, para serem efetivadas.

Quanto aos participantes do Estudo pode-se ponderar acerca das influências dos dados quantitativos na qualidade de vida. O diagnóstico geral dos envolvidos: Idosos representam 45% e jovens e adultos representam 55%. O estudo apontou o seguinte perfil desse grupo: 36.25% só fizeram o Ensino Médio, a renda per capita de 35 % gira em torno de 1 salário mínimo, há mais homens do que mulheres com situações frágl de saúde, limitações de ir e vir, apresentando comprometimento do rendimento no trabalho, apresentam problemas emocionais, com pouca atividade de interação social, depressão, perda de interesse, falta de prazer em realizar atividades, dificuldade para pensar, sentimento de desvalia, diminuição da energia, falta de companhia dentre outros fatores. Essas condições só pioram quando esse grupo populacional não tem o acesso adequado.

A implicação que salta nos resultados é o descaso, além de uma gestão inadequada de serviços e espaços. Por um lado os instituidos (diretores, gestores) não resolvem as questões por outro lado os instituintes não encontram força para lutar, mantendo silenciosamente suas dificuldades.

No entanto, independente do seu caráter, as instituições de qualquer ordem são responsáveis pela segurança dos seus usuários. Da mesma forma, os hospitais e unidades básicas de saúde, pois onde existe vida humana há necessidade de regras e normas destinadas a definir e regulamentar, como uma forma de prevenção, a segurança e convivência entre as pessoas. Ao serviço de Enfermagem, cabe responder pelas ações preventivas, organizacionais e de administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes como ressalta Passos (2013), ao tratar do processo de acreditação de unidades de saúde. Nestes cuidados preventivos estão os cuidados com as escadarias, incluindo larguras ideais dos batentes e dos espelhos, piso antiderrapante, rampas, corrimão de ambos os lados, de acordo com as normas técnicas.

No caso das UBSs de Botafogo, a falta de acessibilidade se dá pela ausência de rampas em todos os pavimentos da unidade, um dos critérios básicos de acessibilidade. Além disso, questões como rota acessível interna não correspondiam aos pressupostos da NBR 9050. Cabe,

portanto, aos gestores das UBSs estarem atentos à Legislação e cumpri-la. Para isto, é preciso assessorar-se de profissionais devidamente capacitados na área, incluídos arquitetos e engenheiros. A equipe de saúde também deve conhecer os princípios da acessibilidade para preservar aqueles já incorporados à arquitetura das unidades e solicitar orientação adequada quando identificar barreiras no ambiente. Defende-se que a implantação e manutenção de ambientes acessíveis perpassam a tomada de consciência do real significado de ambiente acessível. E que este vai além das barreiras arquitetônicas, pois depende da atitude inclusiva.

No que diz respeito às questões de qualidade de vida da população com deficiência, percebeu-se que os determinantes sociais tem impacto direto sobre a qualidade de vida desse segmento populacional. Considerando os determinantes sociais da saúde e a erradicação das iniquidades sociais, há necessidade de atenção aos diversos contextos locais ainda marcados pela inacessibilidade aos bens materiais, como uma simples cadeira de rodas, bem como os bens imateriais. Propõe-se que novas estratégias para Atenção Integral à Pessoas com Deficiência sejam criadas, no sentido de articular não só a atenção em saúde no sentido da assistência, mas a saúde em seu sentido ampliado. Uma saúde que se pautem em estratégias que articulem a Atenção Básica, os serviços de reabilitação, bem como os demais equipamentos sociais que possam gerar inclusão real da pessoa com deficiência.

Em curto prazo, torna-se imprescindível a articulação das unidades que sediaram o estudo, com o NASF mais especificamente a assistência social, a fim de que esses usuários, que se locomovem de forma improvisada, saibam como buscar seu direito de ter acesso a itens básicos, como a cadeira de rodas. Cabe ao profissional de saúde, que atende essa população, estar atento aos direitos desse grupo populacional e referenciá-lo ao NASF.

Quanto à percepção de saúde das pessoas com deficiência, a partir dos instrumentos genéricos de mensuração de qualidade de vida, obteve-se uma perspectiva situada de forma geral no estado de equilíbrio em saúde. Entende-se o questionário SF-36 como um bom instrumento de medida por ser multidimensional, com capacidade de medir de forma genérica a percepção do estado de saúde e pode nortear a ação dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica e nos serviços de reabilitação. No entanto, entende-se que o formulário não é eficiente se for aplicado sozinho, por se tratar de um instrumento genérico e não dar conta de sozinho mensurar amplamente toda a subjetividade que implica a questões relacionadas à qualidade de vida. Para isso, se faz necessário também uma escuta ativa desse segmento populacional, a fim de garantir uma melhor assistência em saúde.

Os dados quantitativos nos mostrou outras implicações quando se tentou saber sobre acessibilidade. Uma quantidade expressiva dos usuários não sabiam o que é acessibilidade, responderam como: necessidade de acompanhante; profissionais bons; alguém pra pagar as contas; ajuda para preencher formulários; Alguém para ler; Os usuários que tinham pleno domínio do termo Acessibilidade eram graduados e com renda per capita mais alta.

Na busca por acessibilidade podemos inferir que os PCDs se deparam com constrangimento, humilhações, ausência de direitos, ausência de amparo e ausência de solidariedade.

Esse estudo tornar-se relevante porque coloca em perspectiva uma população ainda negligenciada na prática, mesmo tendo, em teoria, políticas públicas de inclusão. Cabe aos pesquisadores e profissionais interessados na temática não só realizarem novos estudos que ampliem o conhecimento sobre a tema, a fim de estimular uma mudança na realidade ainda excludente que vivem algumas pessoas com deficiência, mas buscar estratégias de resistência junto a esse grupo populacional, no cumprimento do que deve ser feito em busca de real acessibilidade. Cabendo denunciar espaços e posturas inadequadas que encontrarem nos serviços de saúde; fiscalizar os espaços e praticar para se pautar na legislação no plano político, profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AGUILERAI, S. L. V. U. et al. **Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba**. Rev. bras. epidemiol, São Paulo, v. 654, p. 654- 667, 2014.
- AOKI, M.; OLIVER F. C.; NICOLAU, S.M. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. **O Mundo da Saúde** 3. São Paulo, v. 5, p. 169-178, 2011.
- ARAÚJO, M.L.C. O direito das pessoas com deficiência à participação na vida pública e política. In: Ferraz, C.V; LEITE, G. S; Leite, Glauber Salomão; Leite; Glauco Salomão. (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Ed. Saraiva, p.295-310, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. (trad) .Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa Edições, 2010, 281p.
- BEUREN, I.M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3a. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 192.
- _____. Secretaria **Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência de Direitos Humanos da Presidência da República, Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. 32 p.
- _____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico,1988. 292 p.
- _____. **A Convenção Sobre o Direito das Pessoas com Deficiência** comentada. Brasília. Corde, 2008.
- _____. Decreto nº4665, de Três de abril de 2003. Aprova o Estatuto Regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão dos ministérios da Cidade e dá outras Providências. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de abril de 2011**. Art.16; inciso III.
- _____. Decreto nº4665, de Três de abril de 2003. Aprova o Estatuto Regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão dos ministérios da Cidade e dá outras Providências. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de abril de 2011**. art.17; Inciso VII.

- _____. Decreto Federal nº 5926/2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, 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, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília.**
- _____. **Programa Brasileiro de acessibilidade Urbana.** Brasília, 2006.
- _____. (Ministério da Saúde). **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.** 2 ed. Brasília-DF.2008.
- BURGSTAHLER, S. *Equal Access: Universal Design of Instruction*. University of Washington. DO-IT (*Disabilities, Opportunities, Internetworking, and Technology*), 2001.
- BUSS P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.163-177. 2000.
- CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- CICONELLI, Rozana Mesquita.(trad.) para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical outcomes study 36 – item short –form health survey (SF-36)*.São Paulo; [Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo].1997
- DANTAS EHM, OLIVEIRA, **Exercício, maturidade e qualidade de vida**, 2ª.ed. Rio de Janeiro; Shape, 2003.
- DORNELLES, C. **DSM-IV-TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 4ª ed. Revisada. Porto Alegre: Artmed. 2002
- FERRAZ AF, PEIXOTO MRB. Qualidade de vida na velhice: Estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, p.316-38, 1997.
- FINKELSZTEJN, A. et al. Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, pp. 901-911. 2006.
- GRIEP R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, p. 703-714, 2005.

- HAMMEL, K. W. *Spinal Cord Injury Rehabilitation*. Norwell: Chapman & Hall. 1995.
- HANNAH, E. L. *Inclusive Design for Maximum Accessibility: a practical approach to Universal Design*. São Paulo, Secretaria de Estado da Habitação & Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-701, 2003.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, M.L. **Metodologia de análise e implantação de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida e dificuldade de comunicação**. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo: São Paulo, 2005.
- LUDKE,M.; ANDRÉ,M. **Pesquisa Qualitativa em Educação Abordagens**. São Paulo: EPU,1996.
- MACHADO, W.C.A. **Vivências e deficiência: Recortes da Realidade**; Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2008.
- _____. et e al. Exercitando a prática coletiva em enfermagem: ensinando estudantes a adequar conhecimentos e práticas, In: FIGUEIREDO,N.M.A; TONINI T. (org.). **SUS e PSF**, São Caetano do Sul, SP. p. 229-249,Yendis, 2007.
- _____. Reabilitação domiciliar: Uma questão de saúde pública In: FIGUEIREDO, N. M. A. (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**, 1ª. ed. São Caetano do Sul, SP, p 451-484, Yendis, 2008.
- _____. ACESSIBILIDADE: DIREITO E DEVER ESSENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. **REVISTA NACIONAL DE REABILITAÇÃO**. CADERNO DE CIDADES – ACESSIBILIDADE , V. 93, P. 82-83, 2014.
- _____. Integralidade: Assistência à saúde focada na singularidade dos idosos e pessoas com deficiência. **Entre-Rios Jornal**. Ano LXXIX, Nº 6.977. Sábado, 29 de março de 2014. p. 4.
- _____. Acessibilidade e mobilidade urbana: do paradigma inclusivo ao emancipatório da pessoa com deficiência, caderno de cidades – acessibilidade 2014. **Revista nacional de reabilitação – reação**. P. 110. 214
- _____. **O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência**. CRV Editora, Curitiba: 2017.

- _____. **DESENHO UNIVERSAL: Princípio de cidadania, liberdade, autonomia e respeito à diversidade.** **Entre-Rios Jornal.** Ano 81, nº 7.579, Sábado, 10 de Setembro de 2016. p. 04.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
- MINAYO, M.C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MINAYO M.C.S; HARTZ Z.M.A; BUSS P.M, Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário, In: **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, p.7-18, 2000.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- NAHAS, MV. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida.** Londrina, PR: Midiograf, 2003
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Saúde Soc., São Paulo, v. 13, n.3, set; p. 44-47, 2004.
- OREM, D.E. **Modelo de Orem: conceitos de enfermagem en la practica.** Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
- _____. **Nursing: concepts of practice.** New York: McGraw-Hill, 1985.
- _____. **Nursing: concepts of practice.** New York: McGraw-Hill, 1980.
- _____. **Nursing: concepts of practice.** St Louis: Mosby, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** (trad.): Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
- OSTROFF, E. **Universal Design: The new paradigm.** In: W. F. E. Preiser, & E. Ostroff (Orgs.), **Universal Design Handbook.** McGraw- Hill Professional, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ORLANDI, Eni. **Análise de discurso: princípios e procedimentos.** São Paulo: Pontes, 2010.

- PAIXÃO, CM; REICHENHEIM, ME. *A review of functional status evaluation instruments in the elderly*. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.7-19, 2005.
- PASSOS, N.M.G. **O processo de acreditação**: impacto nos serviços de Enfermagem. Fortaleza: Pouchain, 2002.
- PEREIRA, J.S; MACHADO, W.C. **a referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência**: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis* [online], vol.26, n.3 pp.1033-1051, 2016.
Disponível em: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-73312016000301033&LNG=PT&NRM=ISO&TLNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000301033&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- PIOVESAN, F. Convenção da ONU sobre direitos da pessoa com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, C.V; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; e LEITE, Glauco Salomão. (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo. Ed. Saraiva, 2012.
- PRADO, A. R. A.; LOPES, M. E.; ORSTEIN, S. W. (Orgs.). **Desenho Universal**: caminhos da acessibilidade no Brasil. São Paulo: Annablume, 2010.
- PRUDENTE, C.O.M.; BARBOSA, M.A; PORTO, C.C. **Relação entre a qualidade de vida de mães de crianças com paralisia cerebral e a função motora dos filhos**, após dez meses de reabilitação. *Rev. latinoam. Enferm.* v. 18, 2010.
- PEREIRA, A.L; BEZERRA, F.G; JOHANSON, L. **Repensando educação em saúde na Ótica de Enfermagem**, Mimeo, 2001.
- POLIT D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Artmed; Porto Alegre, 2011.
- PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- RIBEIRO, K.S.Q.S. **A Relevância das Redes de Apoio Social no Processo de Reabilitação**. RBCS; v.13, p. 69-78, 2010.
- ROSA, T.E et al. *Determinant factors of functional status among the elderly*. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.1, p. 40-8 , 2003.
- SANTOS,K.A. et. al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Gatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica**. v. 23, p. 2781-8, 2007.
- SANTOS FILHO, G. M. Construindo um itinerário histórico do Desenho Universal: normatização nacional e internacional da acessibilidade. In: PRADO, A.RA; LOPES, M. E.; ORNSTEIN, S. W. (Orgs.). **Desenho Universal**: caminhos da acessibilidade no Brasil . São Paulo: Annablume. p. 35- 43, 2010.

- SCHOENENBERGER, A. W.; STUCK, A. E. *Health care for older persons in Switzerland: a country profile*. J. Am. Geriatr, EUA, v. 54, n. 6, p. 986-990, 2006.
- SOUZA, M.T.; SILVA M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein; 8a. ed. p 102-106 São Paulo, 2010.
- STORY, M. F. *Principles of Universal Design*. In: W. F. E. Preiser, & E. Ostroff (Orgs.). **Universal Design Handbook**. McGraw- Hill, Professional, 2001.
- STORY, M. F.; MUELLER, J. L.; MACE, R. L. *The Universal Design File: Designing for people of all ages and abilities*. NC State University, Center for Universal Design, 1998.
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ :Vozes, 2008.
- VECCHIA et e al. Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V.83, p.246-252, 2005.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. *Educacion Permanente em Salud – uma estratégia para intervir en la micropolítica del trabajo em salud*. Salud colect, v.2; p. 147-60, 2006.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC –ABRASCO, 2006.
- WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. (trad.) de João MM Enes. Loures (Po): Lusociência, 2002.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. **Rev enferm UERJ**. v.19, p.212-7, 2006.
- YANG, Y.; GEORGE, L.K. *Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life*. J Aging Health. v. 17; p.263-92, 2005.
- YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumentos de coleta de dados

1.1 Formulário de diagnóstico situacional unidade de saúde de acordo com a nbr abnt 9050/2004

unidade/ setor	acesso recepção	acesso ao consultório	acesso ao banheiro fem	acesso ao banheiro masc	acesso a sala de atendiment o	largura das portas	condições do entorno da Unidade
	a ()	a ()	a ()	a ()	a ()	a ()	a ()
	i ()	i ()	i ()	i ()	i ()	i ()	i ()
obs:							
unidade /setor	sinalização em braile		presença de rotas acessíveis internas		presença de rotas acessíveis externas		servidor e/ou funcionário apto Para comunicação em libras
	sim ()		sim ()		sim ()		sim ()
	não ()		não ()		não ()		não ()
obs:							

Legenda: a – adequado as normas da nbr 9050/2004

I- inadequado as normas da nbr 9050/2004

Parâmetros de avaliação:

- área de circulação e manobra de cadeira de rodas com e sem deslocamento alcance manual
- presença de rampas de acesso
- presença de elevadores
- parâmetros sensoriais

Apêndice 2 – Roteiro para entrevista semi estruturada abordando aspectos sócio econômicos e de saúde

1. identificação: () pessoa com deficiência () pessoa com restrição de mobilidade

Data de nasc:

2. Composição familiar :

Sexo	idade	parentesco	estado civil	escolaridade	profissão	renda (salários mínimos)
------	-------	------------	--------------	--------------	-----------	-----------------------------

3. Dados complementares

Exerce alguma atividade remunerada? () sim () não

Se a resposta acima for sim, qual?

Valor 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 4 () 4 a 5 () 5 a 6 () mais de 7 ()
(salário mínimo)

Recebe outra renda? () aluguel () aposentadoria/pensão () seguro

Desemprego () ajuda da família () outros Especifique:

4. Condições de saúde

4.1 Origem da deficiência: congênita () adquirida por acidentes domésticos ()

Adquirida por acidente no trânsito () adquirida por acidente de trabalho outras ()

Especifique :

4.2 Utiliza órtese, prótese ou algum meio auxiliar de locomoção?

4.3 Possui alguma doença? () diabetes () hipertensão () sequelas de AVC

() artrose () artrite () depressão () osteoporose ()

Problema na coluna () problemas cardíacos ()

Outros, especificar:

4.3 Frequenta entidade para pessoas com deficiência ou grupo de idosos? () sim () não

Qual?

Se não, por quê?

4.4 Frequenta atividades de promoção a saúde vinculada a unidade básica de saúde? () sim () não qual?

Se não, por quê?

Qual o meio de transporte utilizado em sua locomoção?

Sente alguma dificuldade ou facilidade no entorno da UBS? Por que?

Sente alguma dificuldade ou facilidade no acesso a sua casa? Por que?

Você depende de outras pessoas (amigos, familiares ou cuidador) para executar suas atividades diárias?

Você faz uso contínuo de medicamento? () sim () não

Como adquire? () sistema de saúde () recursos próprios

Apendice 3 - Termo de anuência institucional

(em papel timbrado)

O(a) nome da instituição está de acordo com a execução do projeto “Percepção de pessoas com deficiência sobre qualidade de vida e acessibilidade”, nas Unidades Básicas de Saúde de Botafogo, Rio de Janeiro, Brasil, coordenado pela pesquisadora Renata Pedreira da Cruz, desenvolvido sob a orientação do Professor Dr. Wiliam César Alves Machado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação, na modalidade Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), assumindo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Rio de janeiro, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável institucional ou setorial

(cargo do responsável pelo consentimento carimbo com identificação ou CNPJ)

Apêndice 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido - cliente

Viemos, por meio desta, convidá-lo(a) a participar da pesquisa que irá se desenvolver nesta Unidade de Saúde intitulada: PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA E ACESSIBILIDADE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BOTAFOGO, RIO DE JANEIRO, BRASIL que tem como objetivos: discutir as implicações para a qualidade de vida das pessoas com deficiência que enfrentam barreiras por falta de acessibilidade nos atendimentos, cuidados e assistência integral de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro. A pesquisa está vinculada ao Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta, tirar seu consentimento e deixar de participar do estudo. Serão realizadas entrevistas, por meio de instrumento de coleta de dados, questionário contendo perguntas semiestruturadas, que não acarretará riscos a sua integridade física, emocional ou moral, porque nossa atenção estará voltada para a sua percepção no que diz respeito ao comprometimento da sua qualidade de vida, decorrente da falta de acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde de Botafogo. Essa entrevista será parte integrante da dissertação de mestrado da pesquisadora, por isso solicitamos sua autorização para posterior publicação e apresentação em eventos. As Entrevistas serão lida e analisadas à luz dos princípios científicos que norteiam o assunto em questão. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A sua privacidade será assegurada, pois suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome. Participar desta pesquisa não implica em custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de promover a consolidação do conhecimento científico na área da Enfermagem e ajudar a construção de uma prática de cuidar isenta de riscos ambientais para o cliente.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora Renata Pedreira da Cruz, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso deseje, consta também o telefone e email do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO.

Contatos: Pesquisadora Renata Pedreira da Cruz, telefone: (21) 97608- 0951, e mail: renatapcrj@gmail.com; Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO, telefone (21) 2542-7796, e-mail: CEP.UNIRIO09@GMAIL.COM

Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, estando ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em relação ao pesquisador ou à Instituição

Nome do usuário

Assinatura do usuário

ANEXOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA E ACESSIBILIDADE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BOTAFOGO, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Pesquisador: RENATA PEDREIRA DA CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45409015.4.3001.5279

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.333.687

Apresentação do Projeto:

Será um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa a ser desenvolvido no primeiro e segundo semestres de 2015, com verificação "in loco" e aplicação de entrevistas aos usuários e gestores dos postos de saúde. Segundo a autora, os sujeitos da pesquisa serão pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida, com idade a partir de 18 anos usuárias das UBS – Botafogo. Consta que será apresentado questionário também aos gestores dos postos. Segundo a autora, será utilizada a técnica de observação participante com coleta de dados baseada em planilha de avaliação das barreiras existentes nas UBSs de Botafogo, com base nas medidas antropométricas da NBR ABNT 9050/2004, utilizando instrumento específico para analisar a acessibilidade dos prédios públicos. Será utilizada também a observação não participante, com vistas à atuação dos profissionais de saúde em seu local de ação. Serão feitas entrevistas pautadas em roteiro semi estruturado para avaliar as condições sócio econômicas, bem como a percepção do usuário com deficiência e/ou mobilidade reduzida quanto à sua qualidade de vida e nível de satisfação em relação aos serviços de saúde prestados. O cenário deste estudo será composto pelas Unidades Básicas de Saúde do Bairro de Botafogo, situado na área programática 2.1 no município Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.333.687

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Discutir as implicações das barreiras arquitetônicas, de acordo com a NBR ABNT 9050/2004, para a qualidade de vida das pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde localizadas no Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

- Identificar as barreiras arquitetônicas existentes nas Unidades Básicas de Saúde do Bairro de Botafogo, em desacordo com a NBR ABNT 9050/2004, que impedem que pessoas com deficiência recebam cuidados e assistência integral de saúde;
- Identificar as barreiras comunicacionais existentes nas Unidades Básicas de Saúde do Bairro de Botafogo, contrárias ao disposto na NBR ABNT 9050/2004, que impedem que surdos e cegos recebam cuidados e assistência integral de saúde;
- Identificar e analisar a percepção do usuário com deficiência no que tange ao comprometimento da sua qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Riscos controláveis. Não há riscos significativos a serem considerados.

Benefícios:

-Conforme a autora, consistem em traçar diagnóstico situacional de acessibilidade na Atenção Básica de Saúde do Bairro de Botafogo, Rio de Janeiro/RJ/Brasil, para que os eventuais defeitos de acessibilidade possam ser corrigidos, de forma a garantir direitos dessas pessoas aos serviços de saúde e reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem importância social e acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou devidamente os termos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)22 15-1485

CEP: 20.031-040

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.333.687

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_583179 E1.pdf	09/09/2015 17:47:14		Aceito
Outros	renata.pdf	09/09/2015 17:38:46	RENATA PEDREIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	Curriculo_orientador.pdf	09/09/2015 17:31:28	RENATA PEDREIRA DA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.docx	09/09/2015 17:29:29	RENATA PEDREIRA DA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTAÇÃO-25-07.2015.pdf	26/07/2015 20:21:21		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	11798518_10207630986519643_31356 7672_n.jpg	26/07/2015 20:09:57		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.333.687

Declaração de Instituição e Infraestrutura	11793815_10207630985799625_82243_0115_o.jpg	26/07/2015 20:09:22		Aceito
Outros	11793815_10207630985799625_82243_0115_o.jpg	26/07/2015 20:08:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-MESTRADO.pdf	19/05/2015 16:47:19		Aceito
Folha de Rosto	11304124_829517370467362_1362760644_n.jpg	19/05/2015 16:36:57		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2015

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0

	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
 - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

