

ANA CRISTHINA DE OLIVEIRA BRASIL



**ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS PORTADORAS DE
DEFICIÊNCIA FÍSICA:**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Ceará, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública, Área de
Concentração Epidemiológica.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

FORTALEZA

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

B823a

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira

Assistência às pessoas portadoras de deficiência física:
acessibilidade aos serviços especializados no Município de Fortaleza/Ana
Cristhina de Oliveira Brasil. Fortaleza, 2002.

xii, 152 f.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.

Departamento de Saúde Comunitária.

1. Portador de Deficiência Física. 2. Acesso a Serviços de
Reabilitação. 3. Reabilitação. 4. Acessibilidade 5. Políticas
Públicas

CDD.362.4918131

**ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA:
ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.**

Ana Cristhina de Oliveira Brasil

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Data da Aprovação: 04/04/2002

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
(Orientador)

Profª Dra. Maria Cristina Blanco Struffaldi



Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto

*Dedico esta dissertação a DEUS, à minha família,
aos meus amigos, aos meus alunos e
a todos os portadores de deficiência
física do Estado do Ceará.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço por ter concluído esta dissertação e ter vencido mais uma etapa de minha vida ao ser mais maravilhoso e poderoso do universo: DEUS, na pessoa do PAI, FILHO e ESPÍRITO SANTO.

Aos meus amados pais, Edmundo e Ana Maria, aos meus irmãos, Ana Elizabeth, Marcus Vinícius, à minha cunhada Socorro, por me apoiarem, estarem sempre comigo, nos momentos difíceis ou de sucesso, e sempre pedirem a Deus por mim .

Aos meus sobrinhos, Carolina Beatriz e Marcus Filho, por existirem e encherem a minha vida de felicidade.

À minha prima irmã, Ivelise Brasil, sempre presente na minha vida, me animando, me ajudando e me dando muito carinho e atenção.

Ao Raimundo Araújo, companheiro indispensável na realização deste feito, pela dedicação, incentivo, amor e carinho.

À minha amiga irmã Milena Sampaio, pelo carinho e inesgotável dedicação.

Aos amigos especiais, Mairton e Valéria Lucena, Ivone Benevides e Ana Paula Abdon, que me socorreram nos momentos de ansiedade e de aflição com favores impagáveis e inesquecíveis.

Às professoras da UNIFOR, Eluciene Carvalho, especialmente Rita Cialdine, e aos acadêmicos: Jean Hélcio, Fabíola Castro, Priscila Sabóia, Nelton, Breno e Daniela, que, voluntariamente, não mediram esforços na aplicação do instrumento de coleta desta dissertação.

Aos alunos mais incríveis e inesquecíveis, do curso de Fisioterapia da UNIFOR, que abnegadamente se dispuseram a assistir aulas comigo, em horários de acordo com minhas aulas no mestrado, registro aqui a minha eterna gratidão.

À minha amiga e companheira de turma no mestrado, Fernanda Mônica, que, durante um período de afastamento por motivo de doença, me manteve informada e me ajudou em tudo o que foi possível, um agradecimento todo especial.

Aos meus colegas de mestrado: Geraldo, Plácido, Climério e Dirlene, companheiros do grupo de estudos, pela amizade e troca de conhecimentos.

Ao estimado amigo, Cauby Freire, que mais uma vez contribuiu na análise dos resultados.

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Pontes, pela confiança depositada e pelo estímulo dado durante todo o período do Mestrado.

Aos doutores Maria Cristina Blanco Struffaldi e Antônio Carlos Pereira, pelas importantes contribuições dadas durante a elaboração e a finalização desta dissertação.

À Dra. Zélia Maria de S. Araújo Santos, pelo constante estímulo e contribuição na elaboração do projeto de pesquisa para seleção deste mestrado.

Ao vereador Dr. Machado Neto, à deputada Gorete Pereira, à Dra. Ruthmar Xavier Benício, diretores da ABCR, e aos chefes das casas do Centro - Dra. Sandra Jeane; de Messejana - Dr. Helder Tavares; e de Jacarecanga - Dra. Alice Mendonça, que abriram as portas da instituição para nossos entrevistadores.

Aos Portadores de Deficiência Física da ABCR, que aceitaram participar do estudo e forneceram as informações valiosas que concretizaram nosso trabalho.

À Dra. Fátima Luna, pela indispensável e imprescindível contribuição à dissertação e pela atenção com que sempre me atendeu.

À UNIFOR, que muito me apoiou, na pessoa da Dra. Fátima Veras, Diretora do Centro de Ciências da Saúde.

Aos meus amigos, prof. Lopes e profa. Socorro, por terem me fornecido bibliografia sobre o SPSS e pelo apoio.

A todos os que, diretamente ou indiretamente, me deram algum tipo de ajuda.

"Nem vítimas nem heróis. A despeito das aparências, das dificuldades, dos estereótipos e dos preconceitos, estas pessoas lutam como todos os cidadãos para serem reconhecidas como seres humanos e não como super - heróis, possuem identidade própria e põem em questão a própria noção de normalidade"

(COHEN,1998)

RESUMO

A população do Ceará, em 1991, era composta por 1,18% de pessoas portadoras de deficiência (PPD). Tais pessoas, por serem diferentes, enfrentam muitas dificuldades para a realização de suas atividades diárias, como também para o acesso ao auto-sustento, à saúde, à educação, ao lazer, e aos espaços urbanos da cidade em que vivem. Nesta pesquisa, inicialmente, realizamos uma revisão bibliográfica, a fim de delinear um panorama amplo da problemática em torno das PPD, assim como descrever as políticas públicas de atenção à saúde para estas pessoas. Em um segundo momento, foi realizado um estudo transversal, entre os meses de julho e outubro de 2001, cujo objetivo foi descrever o trajeto percorrido por portadores de deficiência física (PDF) imediatamente após o agravo sofrido ou manifestação da patologia até o acesso ao serviço especializado de saúde investigado, através da aplicação de um questionário junto aos PDF que compareceram ao tratamento na instituição eleita para o estudo, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece serviços especializados para a recuperação da saúde na cidade de Fortaleza. Ao procedermos a análise estatística descritiva, os resultados mostraram que: o maior acesso ao serviço foi de portadores de Hemiplegia (70,5%); dentre os PDF 75,4% referiram ter passado, depois do problema acontecido, um tempo médio de cerca 280 dias antes de acessarem este tipo de serviço, apesar de 93,4% terem sido encaminhados; os PDF (77%) não referiram qualquer tipo de dificuldade para obter a vaga no serviço, pois fizeram uso de uma rede de amigos em torno de si e/ou em torno da instituição para conseguí-la. Entre os óbices ao acesso ao tratamento diário estão o custo e a forma de deslocamento, que foram vencidos pelos PDF devido à grande necessidade do tratamento, da cooperação existente entre eles e da rede de amigos. A falta de conhecimento sobre a existência de serviços especializados, próximos à moradia, demonstra a inexistência de um sistema de referência e contra referência, uma vez que muitos deles tiveram acesso a este tipo de serviço ainda no hospital. Urge, portanto, maior atenção por parte do Sistema Único de Saúde no planejamento da assistência à saúde deste grupo populacional, bem como a implementação da Rede Estadual de Atenção à Saúde das PPD em Fortaleza, a fim de aumentar, com ou sem incapacidade, a esperança de vida destes clientes.

ABSTRACT

In 1991 the population of Ceará was composed of 1.18% of people having disability (PDB). Such people, because of being different, face a lot of difficulties performing their daily activities, as well as having access to their self sustenance, health, education, leisure, and to the urban spaces of the city in which they live. In this research, we initially made a literature review in order to outline a broad survey about the problems concerning PDB, as well as to describe the public policies related to health care for these people. In a second moment, we made a cross-sectional study from July to October 2001, aiming at describing the itinerary covered by physically disabled people (PDP) immediately after the injury gone through or after the manifestation of the pathology, until the access to the specialized health service investigated. This was done by applying a questionnaire to the PDP who received treatment at the institution chosen for the study and which belongs to the Sistema Único de Saúde (SUS) which provides specialized services to health recovery in Fortaleza. When making a descriptive statistical analysis of the data, the results showed that: (i) The ones who had most access to the service were those having Hemiplegia (70.5%); (ii) Among the PDP, 75.4% stated that, on average, it took them around 280 days after the problem occurred to access this type of service, although 93.4% were referred to it; (iii) The PDP (77%) did not mention any kind of difficulty to obtain a vacancy, as they took advantage of a circle of friends around them and/or around the institution to get it. Among the obstacles to the access to the daily treatment are the cost and the way of travel which were overcome by the PDP due to great need of the treatment, to the existing cooperation among them and to circle of friends. The lack of knowledge about specialized services near home shows the non-existence of a reference and contrareference system since many of the people had access to this type of service still in hospital. So, it is extremely important that the Sistema Único de Saúde pays more attention to the planning of health care to this population group, as well as to the implementation of the State Health Care Net of the PDB Fortaleza city so as to increase, without or with inability, the life expectancy of these customers.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTAS	x
APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO I - A POPULAÇÃO PORTADORA DE DEFICIÊNCIA	22
1.1 A Situação no Mundo	22
1.2 A Situação no Brasil	23
1.3 A Situação no Ceará	27
CAPÍTULO II - ANALISANDO O TERMO PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (PPD)	30
A Terminologia e a Discussão do Conceito	30
CAPÍTULO III - LEGISLAÇÃO REFERENTE AOS DIREITOS DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DE ACESSIBILIDADE À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE	33
3.1 Esfera Governamental Federal	33
3.1.1 Criação de Programas de Saúde para PPD e o Acesso Sócio-econômico (Constituição Federal de 1988)	33
3.1.2 Criação da Coodenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE (Lei Nº 7.853/89)	34
3.1.3 Organização e Funcionamento de Serviços de Saúde (Lei N.º 8.080/90)	35

3.1.4 Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei N.º 8.742/93)	35
3.1.5. Passe Livre para PPD Carentes em Transportes Coletivos Interestaduais (Lei N.º 8.899/94)	36
3.1.6 Aspectos Éticos Políticos e Educacionais da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (Portaria do Ministério de Educação e Desporto nº 1.793/94)	36
3.1.7 Assessoramento ao Grupo de Atenção à Saúde do Deficiente (Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.554/98)	36
3.1.8 Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto N.º 3.298/99)	37
3.1.9 Atendimento Prioritário às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais e Reserva de Assento nos Transportes Coletivos (Lei N.º 10.048/00)	39
3.1.10 Reserva de Assentos nos Transportes Interestaduais (Decreto N.º 3.691/00)	40
3.1.11 Promoção da Acessibilidade para as PPD (Lei N.º 10.098/00)	40
3.1.12 Atestado da Equipe Multidisciplinar do SUS para Identificação das PPD (Portaria N.º 298/01 Secretaria de Assistência à Saúde - Ministério da Saúde)	40
3.2 Na Esfera Governamental Estadual	41
3.2.1 Direito de Acesso aos Serviços de Saúde e de Reabilitação (Constituição do Estado do Ceará de 1989)	41
3.3 Na Esfera Governamental Municipal	42
3.3.1 Acesso Sem Discriminação para as PPD às Ações e aos Serviços de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Lei Orgânica do Município de Fortaleza)	42
3.3.2 Direitos das PPD no Município de Fortaleza (Outras Leis)	42
CAPÍTULO IV - ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA	44
4.1 Aspectos Gerais	44
4.2 Barreiras de Acessibilidade	47
4.3 Barreiras Visíveis	47
4.4 Barreiras Invisíveis	48

4.5 Acesso aos Serviços	49
CAPÍTULO V - GENERALIDADES SOBRE REABILITAÇÃO	52
5.1 Discussão sobre o Termo "Reabilitação" e de seu conceito	52
5.2 A Equipe e os Critérios de Elegibilidade para a Participação dos Clientes no Processo de Recuperação da Saúde	54
CAPÍTULO VI - POLÍTICAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA	
6.1 Políticas Internacionais	58
6.1.1 Organização das Nações Unidas (ONU)	58
6.1.2 Organização Mundial de Saúde (OMS)	58
6.1.3 Reabilitação Internacional	59
6.1.4 Organização dos Estados Americanos (OEA)	60
6.2 Políticas e Assistência à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Brasil	60
6.2.1 O Brasil em Relação à Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência da OEA	61
6.2.2 Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)	61
6.2.3 Ministério da Previdência e Assistência Social	61
6.2.4 Ministério da Saúde	62
6.2.5 Rede SARA H	65
6.3 Políticas e Assistência à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Ceará e em Fortaleza	69
6.3.1 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará	70
6.3.2 Rede SARA H no Ceará	70
6.3.3 Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC)	73
6.3.4 Estabelecimentos de Saúde Especializados em Serviços para a Recuperação da Saúde em Fortaleza	74
6.3.5 Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR)	74
CAPÍTULO VII - PESQUISA DE CAMPO	75
7.1 Delineamento do Estudo	78
7.2 Caracterização do Universo e Seleção dos Sujeitos	78
7.3 Variáveis da Pesquisa de Campo	78

7.3.1 Relativas ao Portador de Deficiência	81
7.3.2 Relativas à Deficiência e ao Tratamento Realizado	81
7.3.3 Relativas aos Profissionais e ao Serviço	82
7.3.4 Relativas ao Acesso	83
7.4 Metodologia	83
7.4.1 As Fontes de Informação e as Questões Éticas	84
7.4.2 Estratégia de Coleta e Tratamento Estatístico dos Dados	84
7.5 Análise Descritiva	85
7.6 Discussão dos Resultados	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
Sugestões para Solucionar Possíveis Problemas dos Portadores de Deficiência Física Relativos ao Acesso a Serviços Especializados na Recuperação da Saúde	118
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	145
Termo de Consentimento Informado	146
Instrumento de Coleta de dados	147
Definição de Termos	149

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Brasil: Participação da população portadora de deficiência, em relação à população total da Região em 1991.....	25
TABELA 02 - Distribuição estimada de pessoas portadoras de deficiência por área de deficiência no Brasil	26
TABELA 03 - Distribuição segundo o tipo de deficiência física com relação ao total geral de portadores de deficiência no Brasil e em suas regiões, 1991	27
TABELA 04 - Distribuição por tipo de deficiência física no Estado do Ceará em 1991	28
TABELA 05 - Distribuição dos PDF na instituição participante do estudo, segundo as características sócio-educativas em Fortaleza, 2001	88
TABELA 06 - Distribuição dos PDF na instituição participante do estudo, segundo as características sócioeconômicas em Fortaleza, 2001	90
TABELA 07 - Distribuição dos PDF na instituição participante do estudo, com relação à deficiência em Fortaleza, 2001	92
TABELA 08 - Distribuição de freqüência dos aspectos vinculados ao processo de recuperação da saúde, de acordo com os PDF da instituição participante do estudo em Fortaleza, 2001	94
TABELA 09 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos relacionados a assistência para recuperação da saúde em instituições especializadas em Fortaleza, 2001.....	97
TABELA 10 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos relacionados ao acesso à assistência para a recuperação da saúde no serviço em questão em Fortaleza, 2001	99
TABELA 11 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos sócio econômicos do acesso em Fortaleza, 2001	103
TABELA 12 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos geográficos do acesso em Fortaleza, 2001	106

TABELA 13 - Distribuição de frequência dos PDF, de acordo com os bairros de moradia e as possibilidades de atendimento nas clínicas da instituição do estudo em Fortaleza, 2001	109
TABELA 14 - Distribuição de PDF na instituição participante do estudo, segundo plano de saúde e as categorias de rendimento mensal de suas famílias em Fortaleza, 2001	113
TABELA 15 - Análise descritiva do tempo que os PDF permaneceram em casa desde o agravo/doença até conseguir ter acesso ao serviço de reabilitação (tempo para o acesso) por tipo de deficiente, entre os entrevistados na instituição do estudo, em Fortaleza, 2001	114

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Distribuição em Unidades de Saúde por Microrregiões dos Serviços de Reabilitação Física do Primeiro Nível de Referência Intermunicipal da Rede Estadual de Assistência ao Portador de Deficiência Física no Ceará, em agosto de 2001	71
QUADRO 02 - Estrutura Geográfica e Funcional da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) em Fortaleza, 1999	76

APRESENTAÇÃO

Desde o ano de 1996, atuo como fisioterapeuta nas unidades de Traumatologia e Cirurgia Torácica do Instituto Dr. José Frota, um hospital de grande porte especializado em emergência, uma referência dentro do Estado do Ceará e para Estados vizinhos.

Ao longo da vida profissional, tenho me deparado com inúmeras patologias, incapacidades e seqüelas que me levaram a refletir acerca dos problemas ou obstáculos enfrentados por indivíduos que necessitam participar de um programa especializado para a recuperação física.

Esses indivíduos são, na verdade, pacientes que convivem com a realidade de dependência, parcial ou total, para a execução das atividades da vida diária consideradas simples (alimentar-se, escovar os dentes, vestir-se, pentear-se, dentre outras).

Posso afirmar, dentro da minha experiência profissional, que, em muitos casos, esta limitação ou incapacidade não acompanha a pessoa desde o seu nascimento. Ela surge no decorrer da vida como conseqüência de processos mórbidos, de acidentes ou como resultado de uma agressão/violência física sofrida.

O indivíduo pode deixar de ser, *"da noite para o dia"*, um cidadão produtivo, cheio de esperança e oportunidades, para prender-se a um leito ou a uma cadeira de rodas, em muitos casos, em caráter permanente.

Como profissional de saúde, lido com essa realidade diariamente. As seqüelas ou incapacidades com as quais me deparo no serviço são as mais diversificadas, podendo ser citadas a hemiplegia (com comprometimento ou não da

fala) e a paraplegia como as mais freqüentes; e, com menor freqüência, mas não raras, as tetraplegias e as amputações de membros.

Enfim, condições que impedem tais indivíduos de desempenhar funções, desenvolvendo, muitas vezes, dependência em relação a outros indivíduos (parentes, amigos, profissionais de saúde etc.)

Contudo, com os avanços técnico-científicos na área especializada na recuperação da saúde física, cada vez mais aumentam as chances dos portadores de deficiência no que diz respeito à saúde e às condições de vida, o que possibilita torná-los pessoas extremamente ativas e eficientes para realizarem tudo a que se propuserem fazer, de acordo com suas limitações.

Todavia, infelizmente, o que constatamos é a existência de barreiras (visíveis e invisíveis) que diminuem, quando não impossibilitam totalmente, a acessibilidade destes portadores de alguma deficiência aos recursos assistenciais disponíveis.

No exercício de minhas atividades no Instituto Dr. José Frota, onde prestava assistência fisioterapêutica a traumatizados vitimados principalmente por acidentes de trânsito, ou por outras modalidades de violência, comecei a observar que os clientes em questão, geralmente, retornavam à sua residência após um período de internação, em geral, entre 15 dias e 3 meses, com apenas uma solicitação de serviço para a recuperação física, que inúmeras vezes era feita de maneira informal, ou seja, sem uma guia de encaminhamento.

Este serviço, na maioria das vezes, se resumia apenas ao atendimento do profissional fisioterapeuta, esquecendo a necessidade da intervenção de outros especialistas na área da reabilitação.

No contexto dessa prática rotineiramente realizada nos serviços, alguns procedimentos me incomodavam (e ainda incomodam), como, por exemplo, o fato de que o paciente saía do hospital tendo consciência da necessidade de receber assistência fisioterapêutica e, às vezes, levava consigo uma "solicitação" (encaminhamento) para tal, mas que, sem dispor de recursos, não teria a exata noção de como proceder ou para onde se dirigir dentro da rede de estabelecimentos de saúde que configura o Sistema Único de Saúde no nosso Estado.

Por ter conhecimento do fato acima exposto é que dedicava algum tempo a prestar orientações e a fazer encaminhamentos para serviços específicos, considerando inclusive a proximidade desses serviços à residência dos clientes, uma vez que a maioria, não apresentava condições sócioeconômicas que permitissem gastos elevados com locomoção.

Provas da necessidade dessa forma de atuação foram as observações e os registros de inúmeras ocorrências, por ocasião do retorno do paciente, que teoricamente deveria ser para uma consulta, mas que, rotineiramente, configurava um agravamento do quadro inicial, resultante de infecções ósseas ou da mera ausência de mobilização que poderia e deveria ter sido facilitada ou até mesmo mantida através de exercícios terapêuticos, que findava num novo período de internação.

Ao indagarmos aos pacientes acerca dos motivos para a apresentação de tais quadros, obtínhamos respostas como:

... "Eu não tinha dinheiro para ir para clínica".

... "A clínica é longe e eu não tenho como ir".

... "Nenhum doutor me disse que isso era necessário".

... "Ninguém me orientou aonde ir e quem procurar".

Estas declarações (com peso de denúncia) faziam surgir em mim profundo sentimento de impotência. Sentimento este que compartilhava com os colegas de profissão.

Seriam nossos esforços em vão, uma vez que não era assegurada continuidade do tratamento?

Esse sentimento de impotência agravava-se quando me encontrava no hospital (ou em outro ambiente) com um paciente ainda claudicante ou já com deformidades instaladas de caráter permanente, resultado da ausência de procedimentos específicos, considerados simples até de serem realizados em clínicas especializadas.

Seria então essa a realidade? Chocante e completamente desestimulante, em que o paciente volta ao lar sem ter nenhuma perspectiva de

acesso aos meios que dêem continuidade ao processo de recuperação iniciado no hospital?

Das minhas inquietações e questionamentos surgiu o interesse para elaboração desta pesquisa, cujo objetivo principal era conhecer, para depois descrever, a acessibilidade aos serviços de saúde especializados relacionados com a assistência às pessoas portadoras de deficiência física, especialmente os usuários do Sistema Único de Saúde no município de Fortaleza.

No momento inicial desta pesquisa, fizemos uma revisão bibliográfica e um levantamento de informações e documentos envolvendo as pessoas portadoras de deficiência, principalmente relacionados ao acesso para a assistência à saúde.

De modo que, o Capítulo I objetiva descrever a situação epidemiológica da população portadora de deficiência, com ênfase nos indivíduos com limitações físicas.

O Capítulo II visa explicar o termo "Pessoa Portadora de Deficiência", a partir de quando e por quais motivos foi instaurado, destacando as questões que envolvem o uso deste termo.

O Capítulo III procura listar os direitos das pessoas portadoras de deficiência com base nas legislações das esferas políticas Federal, Estadual e Municipal, em ordem cronológica, criadas para "*assegurar*" (o grifo é nosso) o acesso dos portadores de deficiência física, principalmente daqueles com baixo poder aquisitivo, aos serviços especializados de reabilitação, o que nada mais é do que o cumprimento dos princípios de *acessibilidade* e de *equidade* estabelecido na proposta de ação do Sistema Único de Saúde.

O Capítulo IV visa destacar os aspectos gerais da acessibilidade dos portadores de deficiência física, considerando as barreiras visíveis e invisíveis para o acesso à saúde e principalmente aos serviços especializados na busca da recuperação da saúde.

O Capítulo V tem como objetivo descrever, sucintamente, as generalidades na área da saúde no que diz respeito ao processo de Reabilitação como um todo, relacionando a equipe de profissionais que neste processo podem atuar e, ainda, promover uma discussão sobre o termo "Reabilitação", tomando

como base modelos teóricos da História Natural e Prevenção das Doenças e Agravos à Saúde.

Já o Capítulo VI procura enumerar e descrever as Políticas Públicas de Saúde, nos níveis internacional, nacional e estadual, agregando a esta descrição comentários sobre a assistência especializada para a recuperação da saúde do indivíduo portador de deficiência física em Fortaleza - Ce.

O segundo momento desta pesquisa se encontra no Capítulo VII, onde foi desenvolvida uma pesquisa de campo, com a finalidade de facilitar o entendimento do(a) leitor(a) sobre a problemática em questão, apenas para descrever a trajetória percorrida por alguns portadores de deficiência física imediatamente após o agravo sofrido ou a manifestação da patologia, até o acesso ao serviço especializado para a recuperação da saúde eleito para a investigação.

Esta parte da pesquisa, inicialmente, procura traçar o perfil populacional do portador de deficiência física que conseguiu acessar o serviço especializado na recuperação da saúde envolvido no estudo.

Todavia, está voltada, principalmente, para elucidar os fenômenos relacionados com as facilidades ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de deficiência física por ocasião da necessidade de acessar os serviços de reabilitação do serviço em questão. Assim como evidenciar os mecanismos pessoais desenvolvidos com a finalidade de eliminar barreiras e facilitar o acesso.

Neste último caso, engloba o caminho percorrido pelo paciente que logrou êxito no atendimento da solicitação de acompanhamento especializado de profissionais que prestam serviços para a recuperação da saúde física, podendo vir a funcionar como ilustração e/ou incentivo para que outros possam conseguir chegar lá, ou seja, conseguir participar do processo de recuperação da saúde, tendo acesso, de forma gratuita e eficaz, a toda e qualquer assistência necessária.

A relevância do estudo está, pois, em conhecer, para depois propor, estratégias político-administrativas que possam viabilizar ou ampliar o acesso dos portadores de deficiência física a instituições que oferecem serviços semelhantes aos da instituição participante do estudo, a partir da observação dos mecanismos que surgem naturalmente das experiências de vida do próprio usuário, que possibilitem ao profissional de saúde trabalhar com sua clientela numa perspectiva

prognóstica mais segura, com base no acesso aos serviços de reabilitação, garantido pela legislação brasileira e preconizado nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I

A POPULAÇÃO PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

1.1. A SITUAÇÃO NO MUNDO

A Organização das Nações Unidas (ONU), em seu Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - CORDE, 2001), aprovado em 1982, refere que no mundo há um número estimado em 500 milhões de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, sendo que 350 milhões vivem em localidades que não possuem as condições necessárias para fazê-los enfrentar e superar suas dificuldades da vida cotidiana.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998) e a ONU (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 2001) estimam que, na maioria dos países, 10% da população é portadora de deficiência física, mental ou sensorial, ou seja, existe a cada dez pessoas, pelo menos uma pertencente a este grupo populacional.

Há uma grande variabilidade entre as causas e as conseqüências da deficiência em todo o mundo, que são resultado de diferenciadas situações sócioeconômicas, das políticas e dos dispositivos legais para assegurar o exercício pleno da cidadania em cada sociedade.

Entre as causas de incapacidade em todo o mundo, de acordo com a ONU e o Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência - CEDIPOD (2000), estão:

- ◆ Acidentes: particularmente acidentes domésticos, totalizando um mínimo de 20 milhões por ano, deixando 110.000 pessoas com deficiências permanentes.
- ◆ Acidentes de trânsito: mais de 10 milhões por ano, muitas vezes graves, com conseqüências que incluem amputações, acometimentos cerebrais, paraplegia e quadriplegia.
- ◆ Doenças Mentais: 01 em cada dez indivíduos.
- ◆ Cegueira: aproximadamente 10 a 15 milhões.
- ◆ Audição: 70 milhões.
- ◆ Parálisia Cerebral: 15 milhões.
- ◆ Epilépticos: 15 milhões.
- ◆ Doenças cardiovasculares: particularmente nos países desenvolvidos.
- ◆ Incapacitados de Guerra.

A ONU (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 2001) utiliza uma estimativa de 10% de portadores de deficiência na população dos países desenvolvidos e uma estimativa dobrada para os países em desenvolvimento, chegando a 20% da população, fato que poderia influenciar inclusive no desenvolvimento destes países.

Segundo RIBAS (1985), as pessoas que são deficientes, ou são considerados como tais, sofrem "problemas" sociais e requerem uma atenção particular em termos de cuidados de saúde e readaptação.

Porém, esta assistência não só é inacessível sob o ponto de vista físico, mas também social, considerando ainda a situação econômica (BRUNDTLAND, 1999)

1.2. A SITUAÇÃO NO BRASIL

O Brasil apresenta uma realidade sócioeconômica com múltiplos problemas que interferem na assistência e na integração das pessoas portadoras de deficiência à sociedade.

As causas das deficiências permeiam a extrema pobreza, o déficit nutricional, a falta de higiene, a contaminação ambiental e guardam uma direta relação com outro grande problema social que é a violência urbana, onde estão inseridos os acidentes de trânsito (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os dados populacionais referentes à população portadora de deficiência contidos no Censo realizado em 2000, no Brasil, não estavam disponíveis até o período de conclusão desta pesquisa, estando em fase de elaboração e sem data prevista para a sua divulgação.

Por esta razão, fizemos uso de informações referentes à população portadora de deficiência, com base no Censo de 1991 do IBGE, elaboradas a partir de uma parceria entre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para a explanação da situação desta população no Brasil.

De acordo com o Censo Demográfico de 1991, o Brasil apresentava 1.667.783 pessoas portadoras de deficiência, um número correspondente a 1,14% da população total na época que era de 146.815.792 pessoas com estas características. (v. tabela 01)

Sabe-se também, de acordo com o Censo de 1991, que 28,69% da população total do Brasil se concentrava na região Nordeste (42.494.099 habitantes) e apresentava um percentual de 1,13% portadores de deficiência (478.447 pessoas), como mostrado. (v. tabela 01)

O percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiência na população brasileira divergiu das demais estimativas de deficiência na população: ONU - 10,00%, IBGE (PNAD -1981) - 1,78%, IBGE (PNSN - 1989) - 8,83% e PNUD (Relatório do Desenvolvimento Humano - 1997) - 3,70% (<http://www.mbonline.com.br/cedipod/estatist.htm>).

TABELA 01 - Brasil: Participação da população portadora de deficiência, em relação à população total da Região em 1991.

REGIÃO	POPULAÇÃO PORTADORA DE DEFICIÊNCIA/ POPULAÇÃO TOTAL (%)
Brasil	1,14
Norte	0,94
Nordeste	1,13
Sudeste	1,16
Sul	1,19
Centro-Oeste	1,09

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991, consolidado.

Elaboração: IPEA (DIPOS - DIRAF/CGMGI/NUSAS). In: CHAGAS, Ana Maria de Resende. **O Portador de Deficiência no Brasil, 1991**. Brasília: CORDE, 1998: xvii, 38 p.: tab., Graf.; 21cm. (Série Estatística Especializada, v.7).

Os resultados apresentados pelo Censo de 1991 do IBGE, que considerava um percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiência na população brasileira, quando comparados à estimativa de 10% da OMS e 20% da ONU (com relação à população de pessoas portadoras de deficiência para países em desenvolvimento), apontam para um número subestimado de portadores de deficiência na população brasileira e um descaso para com esta população, até nas estatísticas.

Segundo CHAGAS (1998), da conclusão acima referida já decorrem, por parte da CORDE e do IBGE, providências buscando identificar as causas e dispor de alternativas que orientem a revisão dos procedimentos metodológicos na coleta de dados visando ao Censo Demográfico do ano de 2000.

A tabela 02 diz respeito ao número estimado de pessoas portadoras de deficiência por área de deficiência, considerando-se a população de 1991, que era cerca de 160 milhões de brasileiros.

Como se pode notar, a deficiência física afetava em torno de 3.200.000 habitantes, o que representava um percentual de 2% da população brasileira naquele período. (v. tabela 02)

TABELA 02 – Distribuição estimada de pessoas portadoras de deficiência, por área de deficiência no Brasil em 1991.

Área da Deficiência	População	%
Deficiência Mental	8.000.000	5%
Deficiência Física	3.200.000	2%
Deficiência Auditiva	2.400.000	1,5%
Deficiência Múltipla	1.600.000	1%
Deficiência Visual	800.000	0,5%
Total	16.000.000	10%

Fonte: CORDE, 1992 (considerando-se a população brasileira com aproximadamente 160 milhões de habitantes, conforme o IBGE). In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – CORDE. **Município e Acessibilidade/** coordenação BAHIA, S.R. et al. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

Destacamos, para análise, os principais tipos de deficiência física, segundo as categorias utilizadas pelo IBGE (CHAGAS, 1998): a hemiplegia, a paraplegia, a tetraplegia e a amputação de membro(s).

Deste modo, a tabela 03 mostra a distribuição por tipos de deficiências físicas na população residente no Brasil e em suas regiões com relação ao total de pessoas portadoras de deficiência.

Podemos observar que o Brasil possuía, em 1991, cerca de 602.330 portadores de deficiência física, ou seja, 36,12% da população brasileira de portadores de deficiência física.

Já a região Nordeste possuía, naquele ano, aproximadamente 172.808, ou seja, (28,69%) . Em meio à população nordestina portadora de deficiência física encontramos 54.354 (26,06%) portadores de hemiplegia, 65.195 (32,34%) portadores de paraplegia, 13.582 (28,90%) portadores de tetraplegia e 36.248 (24,97%) pessoas que sofreram amputações.

TABELA 03 - Distribuição segundo o tipo de deficiência física com relação ao total geral de portadores de deficiência no Brasil e em suas regiões, 1991.

População Portadora de Deficiência Física	Tipo de Deficiência Física									
	Hemiplegia		Paraplegia		Tetraplegia		Amputações		Total de portadores de deficiência Física em relação ao Total Geral de Portadores de Deficiência	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	10.595	5,08	12.559	6,23	2.585	5,50	11.381	7,84	33.971	5,64
Nordeste	54.354	26,06	65.195	32,34	13.582	28,90	36.248	24,97	172.808	28,69
Sudeste	97.632	46,81	80.354	39,86	19.871	42,28	62.959	43,37	263.158	43,69
Sul	33.100	15,87	29.735	14,75	7.661	16,30	26.304	18,12	95.228	15,81
Centro-Oeste	12.890	6,18	13.728	6,81	3.299	7,02	8.289	5,71	37.164	6,17
Brasil	208.572	12,51	201.592	12,09	46.998	2,82	145.168	8,70	602.330	36,12

Fonte: IBGE - Censo Demográfico do Brasil, 1991.

Elaboração: IPEA (DIPOS - DIRAF/CGMGI/NUSAS). In: CHAGAS, Ana Maria de Resende. *O Portador de Deficiência no Brasil, 1991*. Brasília: CORDE, 1998: xvii, 38 p.: tab., Graf.; 21cm. (Série Estatística Especializada, v.7)

Adaptado por: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, 2002

1.3 A SITUAÇÃO NO CEARÁ

O Ceará apresentava, em 1991, o percentual aproximado de 1,18%, ou seja 75.088 pessoas portadoras de deficiência em sua população, que era de 6.366.114 habitantes.

Se aplicássemos este percentual de 1,18% (considerando a possibilidade de que ele não se alterasse) à população cearense em 2000, que era de 7.430.661 habitantes (IBGE, 2000), possivelmente encontraríamos 87.682 indivíduos portadores de algum tipo de deficiência, neste Estado.

Contudo, não estaríamos considerando as alterações populacionais e nem tampouco as alterações econômicas, fatos que poderiam influenciar em tal projeção nos levando a cometer um engano, o que inspira precaução e torna esta projeção apenas de caráter ilustrativo.

O Ceará apresentava na sua população, em 1991, cerca de 26.372 pessoas com deficiência física, ou seja, 35,05% do total da população cearense portadora de algum tipo de deficiência.

A tabela 04, mostra a distribuição das principais categorias de deficiência física, utilizadas no Censo Demográfico de 1991, na população total portadora de deficiência física, no Estado do Ceará.

TABELA 04 - Distribuição por tipo de deficiência física no Estado do Ceará, em 1991.

<u>População Residente (Habitação) – Ceará</u>		
<u>Tipo de Deficiência Física</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Hemiplegia	7.325	9,83
Paraplegia	11.457	15,25
Tetraplegia	1.913	2,54
Falta de membro(s) ou parte dele(s)	5.579	7,43
Total	26.274	35,05

Fonte: IBGE Censo Demográfico do Brasil 1991, consolidado. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende. **O Portador de Deficiência no Brasil, 1991**. Brasília: CORDE, 1998: xvii, pp. 1981-2054; tab.; 21cm. (Série Estatística Especializada, v.6) .

Elaboração: IPEA (DIPOS – DIRAF/CGMGI/NUSAS)

Adaptado por: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, 2002

O tipo de deficiência física mais encontrado no Censo de 1991, no Ceará, foi a paraplegia (15,25%) e o de menor frequência foi a tetraplegia (2,54%).

Os dados disponíveis para esta pesquisa não especificam separadamente as categorias de portadores de deficiência na população em Fortaleza, já que o IBGE apenas divulgou dados relacionados ao Estado do Ceará como um todo, não fazendo referência a nenhum município em particular, o que nos leva a refletir sobre uma possível falta de interesse no registro destes números.

Apesar de tal fato, a professora Nadja Pinho Pessoa, coordenadora (na época) do Movimento Vida, entidade social que reúne grupos de portadores de deficiência em Fortaleza, estimou, numa entrevista ao jornal O POVO, que em 2000 existiam cerca de 200.000 indivíduos pertencentes a este grupo populacional (<http://www.opovo.com.br/200006/25/cidades/25CD0501.htm>).

Se relacionássemos este número estimado com a população de Fortaleza que, de acordo com o Censo Populacional do ano de 2000 (IBGE, 2000), era de 2.141.402 habitantes, representaria aproximadamente 9,33% da população de Fortaleza.

CAPÍTULO II

ANALISANDO O TERMO PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (PPD)

A TERMINOLOGIA E A DISCUSSÃO DO CONCEITO

Existem denominações variadas no que se refere aos indivíduos portadores de alguma deficiência.

Algumas destas denominações representam as formas sutis para a descrição destas pessoas, como por exemplo: "indivíduo com capacidade limitada", "impedido", "excepcional", "portador de necessidades especiais", "indivíduo em desvantagem" etc.

Outras são extremamente discriminativas, tais como: "inválido", "incapacitado", "aleijado", "anormal", "deficiente", sendo esta última expressão a mais popular e coloquialmente usada.

A palavra "deficiente" é, sem sombra de dúvidas, o termo mais incisivo, pois de acordo com ARAÚJO (1997), leva diretamente ao objeto estudado, a deficiência do indivíduo.

Considera RIBAS (1985) que tal palavra tem um significado muito forte. Ressalta ainda que *"ser deficiente", antes de tudo, é não ser "capaz", não ser "eficaz". O que faz o "deficiente" não ser "eficiente"*.

Analisando as expressões citadas no texto até aqui, percebemos com clareza que há um diferencial na terminologia, apontado para dois alvos distintos: o indivíduo deficiente não eficiente e a deficiência que permite a eficiência.

Tomando como base RIBAS (1985), as explicações para estes alvos são as seguintes:

- ♦ *"um está fixado no conceito de que falta ao indivíduo eficiência, ou seja, que esse não é capaz de executar tarefas porque a ele falta algo que o invalida para tal atividade;*
- ♦ *outro está centralizado na dificuldade de realização de uma tarefa pela falta de integração dessa pessoa ao meio; assim, ela não é deficiente e sim possui uma deficiência que a torna "diferente" e se ela for reintegrada conseguirá ser eficiente na realização de tal atividade.*

O problema da terminologia é abrangente e ao examinarmos mais profundamente o conceito de deficiência, devemos fazê-lo a partir das várias doutrinas existentes (ARAÚJO, 1997).

Em primeiro lugar, a idéia dos dicionários sobre o verbete "deficiência":

- ♦ para Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1986), significa..."Falto", "falho", "carente", "incompleto", "imperfeito";
- ♦ aquele que possui deficiência", "falho", "imperfeito", incompleto" (OLIVEIRA, s.d.)
- ♦ "em que há deficiência", "imperfeito" (FIGUEIREDO, s.d.)
- ♦ "que tem deficiência", "falho", "incompleto", "imperfeito", "escasso" (SILVA, 1971)

Em qualquer uma dessas definições observamos a presença das palavras "falto" e "imperfeito". Em tais conceitos apresentados, ocorre a fuga da idéia central de "pessoa que é portadora de alguma deficiência.

A definição de pessoa portadora de deficiência não se resume a um membro amputado, à acuidade visual ou auditiva, reduzida ou abolido, nem tampouco pouco à dificuldade de locomoção.

Para ARAÚJO (1997), portanto, a deficiência há de ser entendida levando-se em conta o grau de dificuldade para a integração social, não apenas a constatação de uma falha sensorial ou motora.

No tocante ao termo "pessoa portadora de deficiência" encontramos uma sintonia na citação de ARAÚJO (1997) sobre o termo: "(...) possui o condão de diminuir o estigma da deficiência ressaltando o conceito de pessoa".

O termo "pessoa deficiente" foi adotado mundialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU), desde a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998), em 1975, bem como "disability" (expressão inglesa), "discapacidad" (expressão espanhola) e "handicap" (expressão francesa), adotados pelos países integrantes da ONU.

A Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) reconhece um senso comum em torno da palavra "deficiência" como termo contrário da palavra "eficiência", apesar do antônimo de "deficiência" ser "ineficiência", o que leva a uma conclusão errônea de que "ser deficiente é não-ser capaz, não ser eficaz, não ser eficiente" (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

Ocorre que houve uma mudança mais designadamente de conceituação, promovendo uma evolução no entendimento sobre o assunto, uma vez que a deficiência pode estar no indivíduo, mas certamente não é o indivíduo.

Assim sendo, a Constituição Federal Brasileira de 1988 adotou o termo, passando a utilizar a expressão "Pessoa Portadora de Deficiência", acompanhando uma tendência internacional.

Hoje, no Brasil, apesar de algumas entidades usarem o termo "pessoa portadora de necessidades especiais", e este termo ser aceito tecnicamente quando se refere, também, ao indivíduo portador de alguma deficiência, a terminologia mais adequada é "Pessoa Portadora de Deficiência" (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

CAPÍTULO III

LEGISLAÇÃO REFERENTE AOS DIREITOS DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DE ACESSIBILIDADE À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

3.1. ESFERA GOVERNAMENTAL FEDERAL

A igualdade de oportunidades sem privilégio ou paternalismo, apenas por reconhecimento dos direitos inerentes às Pessoas Portadoras de Deficiência, está assegurada em alguns instrumentos jurídicos existentes no Brasil.

3.1.1. Criação de Programas de Saúde para as PPD e o Acesso Sócio-Econômico (Constituição Federal de 1988)

A proteção legal, que beneficia os cidadãos portadores de deficiência em nosso país, toma como base a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, que em seu capítulo VII, sobre a Família, a Criança, o Adolescente e o Idoso, aborda sobre a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, bem como, a facilitação do acesso adequado aos bens e serviços coletivos, visando à eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos (Art. 227, § 1º, Item II da CONSTITUIÇÃO, 1988).

A Constituição vigente faz referência, também, a vários outros itens de relevância para a proteção dessas pessoas, relacionados com a Assistência Social, dentre eles: a instituição do pagamento de um salário mínimo para a pessoa portadora de deficiência carente (Art. 203, Item V); a acessibilidade a edifícios, logradouros públicos e serviços, bem como o transporte coletivo (Art. 227, § 2º e art. 244), a fim de preservar o direito à igualdade, à habilitação e à reabilitação destas pessoas (Art. 203, Item IV) assim como à reintegração social das mesmas (CONSTITUIÇÃO, 1988).

3.1.2 Criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE (Lei nº 7.853/89)

A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, norteia a política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência, cria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), que cuida de muitos dos interesses dessas pessoas, disciplinando a atuação do Ministério Público, definindo crimes, dentre outras finalidades.

A CORDE tem a função de implementar uma política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência, normalizando e controlando as ações nesta área dentro da esfera federal, articulando também as políticas públicas existente entre todas as esferas governamentais (LEI n.º 7.853/89).

A Lei n.º 7.853/89 assegura o exercício global dos direitos particulares e sociais das pessoas portadoras de deficiência, considerando os valores básicos de urbanidade e chance com equidade, impedindo as discriminações e os preconceitos de qualquer forma, garantindo assistência terapêutica prioritária e adequada, tendente a viabilizar medidas na área de saúde, tais como:

- ◆ promoção de ações e programas para prevenir as deficiências, os acidentes de trabalho e de trânsito, bem como prestação de assistência adequada às suas vítimas (Art. 7º, Itens "a" e "b" da LEI n.º 7.853/89);
- ◆ criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação (Art. 7º, Item "c" da LEI n.º 7.853/89);

- ◆ garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde, públicos e/ou privados, de um adequado tratamento, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriada (Art. 7º, Item "d" da LEI n.º 7.853/89);
- ◆ garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado (Art. 7º, Item "e" da LEI n.º 7.853/89);
- ◆ desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade, e que lhes ensejem a integração social (Art. 7º, Item "f" da LEI n.º 7.853/89).

3.1.3. Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde (Lei n.º 8.080/90)

Em 1990, foi editada a Lei n.º 8080 que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes, obedece às diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal e aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (incluindo a reabilitação), igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (para todos os cidadãos), utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos, assim como a orientação programática (LEI n.º 8.080/90; CONSTITUIÇÃO, 1998).

3.1.4. - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei n.º 8.742/93)

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sobre a organização da Assistência Social, destaca a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração na vida comunitária (Cap. I, Art. 2º, Item IV, da LEI n.º 8.742/93).

3.1.5. Passe Livre Interestadual para PPD Carentes em Transportes Coletivos (Lei n.º 8.899/94)

A Lei n.º 8.899 de 29 de junho de 1994 (CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 1997) determina a concessão de passe livre às pessoas com deficiência, mediante comprovação de carência, para a utilização dos serviços de transporte coletivo interestaduais.

3.1.6. Aspectos Éticos Político-Educacionais da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (Portaria Do Ministério De Educação e Desporto Nº 1.793/94)

A Portaria do Ministério de Educação e Desporto n.º 1.793 de 24 de dezembro de 1994 (CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 1997) recomenda a inclusão da disciplina "Aspectos Éticos Político Educacionais da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais", em especial nos currículos dos cursos de Pedagogia e Psicologia, bem como em todas as licenciaturas (Art. 1º) e a inclusão também, em todos os cursos da Área de Saúde (principalmente) e nos demais cursos superiores, conteúdos relacionados aos Aspectos Éticos Político Educacionais da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (Art. 2º).

3.1.7. Assessoramento ao Grupo de Atenção à Saúde do Deficiente (Portaria do Ministério da Saúde nº 3.554/1998)

Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio de uma Portaria Técnica, instituiu o Comitê Técnico-Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo de Atenção à Saúde do Deficiente (PORTARIA MINISTERIAL nº 3.554/GM, 1998).

3.1.8. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto n.º 3.298/99)

O Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, explica a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (Art. 1º do DECRETO n.º 3.298/99).

O decreto destaca algumas definições: deficiência, deficiência permanente, incapacidade, deficiência física, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência mental e deficiência múltipla (Art. 3º do DECRETO n.º 3.298/99).

O referido decreto possui dentre os objetivos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Cap. IV, Art. 7º Itens I a V do DECRETO n.º 3.298/99):

- I - o acesso, o ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade;*
- II - integração das ações dos órgãos e das entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social;*
- III - desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência;*
- IV - formação de recursos humanos para atendimento da pessoa portadora de deficiência;*
- V - garantia da efetividade dos programas de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social.*

No teor desse decreto encontramos também as atribuições do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), constituído por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil em iguais proporções (Art. 11 e 12 do DECRETO n.º 3.298/99).

Regulamenta a equiparação de oportunidades quanto à prestação direta ou indireta de serviços de reabilitação integral, por parte da Administração Pública Federal, para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa portadora de deficiência, a fim de facilitar sua atividade laborativa, educativa e social (Cap. VII, Art. 15, Item I do DECRETO n.º 3.298/99)

Trata sobre a saúde destacando as seguintes medidas:

- "- a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e à reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho;*
- a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriada;*
- a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao portador de deficiência grave não internado;*
- o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade (RBC). " (Secção I, Da Saúde, Art. 16, Itens III a VII do DECRETO n.º 3.298/99)*

No que diz respeito à prevenção, neste decreto estão compreendidas as ações e medidas com a finalidade de evitar as causas ou a progressão das deficiências que possam ocasionar alguma incapacidade ou derivar outras incapacidades, devendo a deficiência ou incapacidade ser devidamente diagnosticada por equipe multidisciplinar de saúde, para fins de concessão de benefícios e serviços (Art. 16, Item VII, § 1º e 2º do DECRETO n.º 3.298/99)

Considera a reabilitação como sendo o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível bio-psicossocial funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios para modificar sua própria vida e proceder aos ajustes e reajustes necessários para a reintegração na sociedade (Art. 17, § 1º do DECRETO n.º 3.298/99).

Sendo beneficiária deste processo a pessoa que apresenta deficiência, qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade (Art. 17 do DECRETO n.º 3.298/99).

Resguarda o direito da pessoa portadora de deficiência, beneficiária ou não da Previdência Social, do acesso às prestações de serviços de habilitação e reabilitação profissional para capacitar-se às atividades laborativas, bem como obter trabalho, conservá-lo e progredir profissionalmente (Secção III, Da Habilitação e da Reabilitação Profissional, Art. 30 do DECRETO n.º 3.298/99).

Estes serviços deverão estar dotados dos recursos necessários para prestar assistência a qualquer pessoa portadora de deficiência, independentemente da etiologia de sua deficiência, desde que possa ser treinada para um trabalho adequado às suas condições físico-funcionais, para o ingresso e reingresso no mercado de trabalho e participar da vida comunitária (Art. 30, 31 e 32 do DECRETO n.º 3.298/99).

O Decreto n.º 3.298/99 (Art. 50) aborda, ainda, a Acessibilidade na Administração Pública Federal, onde os órgãos e as entidades desta Administração direta e indireta adotarão providências para garantir a acessibilidade e a utilização dos bens e serviços, mediante a eliminação de barreiras arquitetônicas e obstáculos.

3.1.9. Prioridade de Atendimento às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais e Reserva de Assentos nos Transportes Coletivos (Lei n.º 10.048/00)

A Lei n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, trata da prioridade de atendimento às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, tais como: idosos, gestantes, lactentes, pessoas acompanhadas por crianças de colo e pessoas portadoras de deficiência.

As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo deverão reservar assentos, com a identificação devida, para as pessoas mencionadas no parágrafo acima e os veículos dessas empresas, produzidos após doze meses desta publicação, deverão ser planejados de forma a facilitar o acesso de tais pessoas ao seu interior (Art. 3º e 5º da LEI n.º 10.048/00).

3.1.10. Assentos Reservados nos Transportes Interestaduais - (Decreto n.º 3.691/00)

Em 19 de dezembro de 2000, foi promulgado o Decreto Presidencial n.º 3.691, que trata sobre o transporte de Pessoas Portadoras de Deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual, onde em cada veículo deveriam ser reservados dois assentos, obrigatoriamente, para estas pessoas, e regulamenta a Lei 8.899/94 que lhes concedia passe livre, desde que fossem comprovadamente carentes (Art. 1º do DECRETO n.º 3.691/00).

3.1.11. Promoção da Acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência (Lei n.º 10.098/00)

Esta Lei Federal estabeleceu normas técnicas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência ou com mobilidade reduzida, através da retirada dos obstáculos e barreiras nas vias e nos espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (Cap. I, Art. 1º da LEI n.º 10.098/00)

3.1.12. Atestado da Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde para Identificação das PPD (Portaria n.º 298/01 da Secretaria de Assistência à Saúde - Ministério da Saúde)

A Portaria n.º 298 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, de 09 de agosto de 2001, instituiu o Atestado da Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de identificar as Pessoas Portadoras de Deficiência, considerando o Decreto n.º 3.298/99, a Lei n.º 8.999/94, o Decreto n.º 3.691/00 e a Portaria Interministerial n.º 03 de 10 de abril de 2001, que dispõem sobre a disciplinaridade do Passe Livre para Pessoas

Portadoras de Deficiência, comprovadamente carentes, em todos os meios de transporte interestaduais no Brasil (Art. 1º da PORTARIA n.º 298 SAS/MS de 09/08/01).

3.2. ESFERA GOVERNAMENTAL ESTADUAL

3.2.1. Direito de Acesso aos Serviços de Saúde e de Reabilitação para PPD (Constituição do Estado do Ceará De 1988)

A Constituição do Estado do Ceará, promulgada em 05 de outubro de 1989, carrega em seu bojo alguns artigos relacionados com o direito ao acesso aos serviços de saúde, especialmente de reabilitação.

O Artigo 15 refere, por exemplo, a responsabilidade de tarefas comuns ao Estado, à União e ao Município, concernentes à saúde e à assistência pública aos portadores de deficiência.

É competência do Sistema Único de Saúde estadual (de acordo com o Artigo 248) a montagem de leitos, espaços e equipamentos para o atendimento em toda a rede ambulatorial hospitalar, bem como celebrar convênio com instituições que tenham leitos equipados para o tratamento de uma pessoa portadora de deficiência.

Está assegurado (no Artigo 285) o direito ao acesso aos serviços de saúde com atendimento humanitário e integrado, com distribuição de medicamentos, próteses, órteses e implementos aos idosos e portadores de deficiência carentes.

Também a Constituição (no Artigo 239) refere-se à promoção de programas, pelo Estado, de prevenção, de integração social e de atendimento especializado para o portador de deficiência, assim como, a facilitação de acesso aos bens e serviços coletivos, eliminando o preconceito e os obstáculos arquitetônicos.

3.3 . ESFERA GOVERNAMENTAL MUNICIPAL

3.3.1. Acesso Sem Discriminação para as PPD às Ações e aos Serviços de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Lei orgânica do Município de Fortaleza)

A Lei Orgânica do Município de Fortaleza (Capítulo V, Artigo 245) faz referência à Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário de todos os habitantes do município às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação. Assim como garante as ações e os serviços de saúde realizados no município através de uma rede regionalizada e hierarquizados que constituem o sistema municipal de saúde, respeitando os princípios do SUS, dentro de diretrizes, como a universalização da assistência, com acesso igualitário a todos, nos níveis de complexidade dos serviços de saúde.

3.3.2. Outros direitos das PPD no Município de Fortaleza

Em 15 de junho de 1983, foi publicada a Lei n.º 5.710, que fez referência ao direito de Pessoas com Necessidades Especiais, tais como mulheres grávidas e pessoas portadoras de deficiência física, usarem a porta dianteira dos transportes coletivos .

Na mesma linha de ação, em 1986, a Lei n.º 6.135, de 08 de outubro, determinou a parada obrigatória dos transportes coletivos fora dos locais indicados para atender pessoas portadoras de deficiência.

Já a Lei n.º 6.918, de 05 de julho de 1991, autorizou que, para cada linha de ônibus em Fortaleza, fosse destinado pelo menos um veículo adaptado com rampa de acesso aos portadores de deficiência.

A Lei n.º 8.149, de 30 de abril de 1998, dispõe sobre a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência aos edifícios de uso público, ao espaço e mobiliário urbano no Município de Fortaleza.

Adaptações com relação às Edificações (LEI n.º 8.149/89): acessos (rampas, portas), circulação interna (corredores, rampas, escadas, corrimão e guarda-corpo, elevadores), sanitários, equipamentos (bebedouros, telefones, maçanetas, forragens, interruptores e tomadas), sinalização (acesso principal, circulações internas, estacionamento, acesso de veículos a edifícios, equipamentos).

Adaptações com relação aos Espaços Externos e Ambiente Urbano (LEI n.º 8.149/98): calçadas/passeios (calçadas, jardins, praças), rampas e escadarias, estacionamento, mobiliário urbano (telefone público, caixa de correio, bancas de jornais, caixa para lixo, bebedouros, bancos de jardins e praças), sinalização (circulação e travessia de vias públicas; rampas, escadarias e passarelas; estacionamento; equipamentos).

Em 18 de fevereiro de 1999, o município de Fortaleza, por força da Lei n.º 8.245, foi obrigado a utilizar o Símbolo Internacional de Acessibilidade, cujas cores deveriam ter contraste nítido, sendo o fundo na cor azul escuro e o pictograma branco de um indivíduo em uma cadeira de rodas (NRB 9050/ABNT, 1994).

A Lei n.º 8.356 de 26 de outubro de 1999, que dispõe sobre a concessão de transporte gratuito para pessoas portadoras de deficiência, apesar de sancionada pelo prefeito e publicada no Diário Oficial do Município, ainda não foi implementada, pois encontra-se em questão na justiça, devido aos recursos das empresas de transportes coletivos, que se recusam a cumprir a referida lei, alegando prejuízos econômicos.

CAPÍTULO IV

ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA

4.1 . ASPECTOS GERAIS

De acordo com CHOAY apud MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - CORDE (1998), acessibilidade é "*a possibilidade de acesso a um lugar*". O que se deseja alcançar com a acessibilidade é uma direção que conduza a formulação de políticas públicas para a adequação do ambiente coletivo às necessidades da população como um todo, principalmente daqueles que apresentem necessidades especiais.

Compondo o grupo de pessoas que possuem necessidades especiais encontram-se os idosos, as mulheres grávidas, os obesos, os cardiopatas, doentes respiratórios, pessoas com carrinhos de bebê ou de compras, ou seja, que estejam com sua capacidade de acesso ou deslocamento limitada.

As pessoas portadoras de necessidades especiais, portadoras de alguma deficiência, apresentam características que diferem do padrão dominante na sociedade, pois suas diferenças não estão tão somente nas dificuldades de exercerem suas atividades da vida diária, mas também no acesso ao seu próprio sustento, à saúde, à educação, ao entretenimento nas horas de lazer e aos espaços urbanos na cidade aonde vivem.

A forma mais adequada para dar solução a este impasse das barreiras sociais, ou para pelo menos diminuí-lo, é a igualdade de chances através do acesso garantido.

O programa de Ação Mundial para Pessoas Portadoras de Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), Resolução 37/52 de 3/12/1982, preconiza que a equiparação de oportunidades é:

“O processo mediante o qual o sistema geral da sociedade - tal como meio físico e cultural, moradia e transporte, serviços sociais e de saúde, oportunidades de educação e de trabalho, vida cultural e social, inclusive instalações desportivas e de lazer - se torna acessível a todos.” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998)

A questão de acessibilidade não se reduz tão somente ao meio físico, mas se insere num contexto muito mais amplo dentro do cotidiano das pessoas.

Na obra *“Município e acessibilidade”*, editada pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, do Ministério da Justiça (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998), encontramos referência a cinco categorias de acessibilidade:

- a)) *“O acesso como capacidade de se chegar a outras pessoas”* - noção de espaço coletivo;
- b) *“O acesso às atividades chave”* - oportunidades para todos em relação a educação, trabalho, habitação, lazer, turismo, cultura e por que não acrescentar à saúde;
- c) *“O acesso à informação”* - sinalização acessível para qualquer pessoa;
- d) *“Autonomia, liberdade e individualidade”* - liberdade de escolha no tocante ao relacionamento com o meio ambiente sem depender de ajuda de terceiros, gerando constrangimento e aumento da segregação;
- e) *“O acesso ao meio físico”* - responsabilidade principal do município, no planejamento da cidade, diminuindo as barreiras arquitetônicas,

observando o desenho universal, a fim de que a sociedade assimile, paulatinamente, a integração social e espacial das pessoas com todas as suas diferenças e necessidades.

Uma corrente ideológica para o desenho de equipamentos, edificações e áreas urbanas deu origem na cidade de Washington nos Estados Unidos, em 1963, a uma comissão em prol do Desenho Livre de Barreiras, o que não significava remover estas barreiras e sim zelar para que elas não aparecessem (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998)

O conceito de Desenho Livre de Barreiras evoluiu para o Desenho Universal que é *"aquele que visa atender a maior gama de variações possíveis das características antropométricas e sensoriais da população"* (NRB 9050/ABNT, 1994).

É universal, pois se destina a qualquer pessoa, não abrangendo somente aos portadores de deficiência e sim, às tantas diferenças entre as pessoas.

A idéia consiste em não criar ambientes e produtos especiais para pessoas portadoras de deficiência, garantindo a acessibilidade ao ambiente e a tudo produzido por ele a partir de um projeto.

O Desenho Universal se faz necessário e sua implantação possui duas grandes justificativas.

- ◆ Uma destas justificativas se deve à mudança do perfil demográfico e epidemiológico pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira, ou seja, um aumento do número de cidadãos com 65 anos e mais, provavelmente portadores de doenças crônico-degenerativas, futuros integrantes do grupo de incapacitados que necessitarão de assistência especial para a execução de suas atividades da vida diária.
- ◆ A outra se deve à necessidade da promoção da integração social com a extinção das barreiras não só físicas, mas também e principalmente sociais.

4.2 BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE

As cidades brasileiras, incluindo Fortaleza, trazem grandes dificuldades e constrangimento às pessoas com necessidades especiais, principalmente aquelas com alguma deficiência física, seja pela inacessibilidade urbanística e arquitetônica - barreira física ou visível, ou pelo fato de que uma pessoa diferente dos padrões "normais" aceitos pela sociedade, provoque estranheza e "mal estar" aos indivíduos da sociedade rotulados pela mesma como "normais" - barreiras sociais ou invisíveis (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

4.3 BARREIRAS VISÍVEIS

As barreiras visíveis ou físicas podem ser: *arquitetônicas*, ou seja, obstáculos ao acesso externo e interno, em edifícios públicos ou privados que ofereçam serviços de educação, saúde, lazer ou o próprio local de trabalho ou de moradia; *urbanísticas*, envolve as dificuldades de circulação encontradas nos espaços e mobiliários urbanos, locais históricos, ou não edificados, públicos e privados; e, as barreiras de *transporte*, que englobam a falta de adaptação dos meios de transporte particulares ou coletivos (terrestres, marítimos, fluviais ou aéreos) às necessidades do usuário. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998)

Particularmente em Fortaleza, a Empresa Técnica de Transportes Urbanos S.A. (ETTUSA), preocupada em suprir a carência existente de transporte para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolveu, em 1996, um projeto técnico, o Programa de Integração do Deficiente Físico (PRODEF), oferecendo ao usuário deficiente na locomoção, oportunidade de acesso ao transporte coletivo sem discriminação ou restrições (ETTUSA – PRODEF, s.d.).

Os ônibus adaptados são identificados por um adesivo azul fixado do lado direito inferior do vidro dianteiro do veículo e circulam na capital cearense de 6:00 às 21:00 horas.

Com base em informações até fevereiro de 2000 (ETTUSA – PRODEF, s.d.), coletadas junto à ETTUSA, estes veículos perfaziam um total de oito

transportes coletivos, nas seguintes linhas urbanas: Antônio Bezerra/ Messejana, Parangaba/ Papicu, Avenida Paranjana 1, Avenida Paranjana 2, Conjunto Ceará/ Papicu/Lagoa, Grande Circular 1, Grande Circular 2 e Siqueira/ José Bastos.

A Portaria n.º 1.884/94, do Ministério da Saúde, orienta as construções dos Estabelecimentos Assistenciais em Saúde inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS e determina a concepção de rotas interligadas de transporte coletivos, adaptados as necessidades especiais das pessoas portadoras de deficiência, condizentes com a localização dos equipamentos de saúde (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

Associada à iniciativa de supressão dos obstáculos encontra-se a preocupação com a forma de execução com qualidade e a finalização das medidas que são adotadas para a solução do problema, bem como a conservação do serviço. Já que o desgaste de uma obra pode culminar na formação de novas barreiras físicas.

4.4 BARREIRAS INVISÍVEIS

As barreiras invisíveis ou sociais dizem respeito à atitude da sociedade com as pessoas portadoras de deficiência que vai desde a aceitação do "diferente" até o acesso garantido ao trabalho, saúde, educação, cultura e lazer. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998)

Constituem obstáculos discriminadores que podem excluir e excluem as pessoas portadoras de deficiência do convívio social. Na multidão sempre haverá um "olhar curioso" para o "diferente" por não ser este uma "pessoa padrão".

O preconceito é denunciado nos olhares, nos juízos, nas ações, nas abordagens erradas e nos conceitos preconcebidos. Este estereótipo gera um sentimento por parte dos indivíduos da sociedade que têm uma visão do portador de deficiência como um "coitadinho".

RIBAS (1985) diz que:

"No conjunto de valores culturais que diferem o indivíduo 'normal' estão incluídos 'padrões' de beleza e estética (...) e a aqueles que

fogem dos 'padrões', de certa forma, agredem a 'normalidade' e se colocam à parte da sociedade".

Estas pessoas são excluídas da sociedade, fato que realmente dificulta a convivência entre deficientes e as pessoas normais, resultando numa relação social confusa e conturbada.

Existem pessoas solidárias com os deficientes que querem contribuir de alguma forma dando espaços de trabalho e assistência social. Por outro lado, há pessoas que tratam os deficientes com indiferença, o que contribui para uma grande revolta no grupo (WARLING & ÁVILA, s.d.).

A barreira invisível (social) é muito mais complexa do que a visível (física), pois esta última pode ser corrigida a partir do Desenho Universal e de medidas que levem em conta cada situação em particular. Contudo, as barreiras sociais exigem tempo e estratégias singulares para a sua resolutividade.

Para a Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998), a solução destas barreiras, especificamente, aponta para as campanhas de sensibilização e de informação, com efeito educativo associado às intervenções para a eliminação das barreiras físicas, tudo isso dentro de um processo de planejamento.

4.5 ACESSO AOS SERVIÇOS

Em 1985, o Brasil adotou o Símbolo Internacional do Acesso, tornando obrigatória a sua colocação em todos os locais e serviços para que as pessoas portadoras de deficiência pudessem ter acesso e/ou fazer uso. O desenho do símbolo deveria atender às recomendações técnicas da Rehabilitation Internacional e seguir as proporções recomendadas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 1998).

A Legislação Brasileira garante, em todos os âmbitos governamentais, o acesso aos serviços, porém a acessibilidade aos bens e serviços da saúde envolve múltiplos aspectos de ordem econômica, sociais e culturais, que deveriam ser garantidas em toda a sua amplitude.

De acordo com PEREIRA (1995), fazem parte dos componentes da acessibilidade: "*a acessibilidade geográfica, a econômica, a cultural e a funcional*".

Entende-se por acessibilidade geográfica, a melhor localização dos serviços de saúde, incluindo distância, tempo de deslocamento, meios de transporte adequados para o deslocamento.

Já a acessibilidade econômica diz respeito ao sistema de pagamento pelo serviço ou à contribuição pelo usuário, ou seja, as formas de pagamento e os custos pelo serviço que devem estar dentro das condições financeiras dos usuários dos serviços.

A acessibilidade cultural engloba a adaptação das normas e técnicas aos hábitos e à tradição do cliente usuário do serviço.

A acessibilidade funcional se baseia nas necessidades da população através da oferta de serviços oportunos e apropriados frente à demanda gerada.

Os serviços, no nível de atenção primária, secundária ou terciária, deveriam estar disponíveis às "necessidades de saúde" das pessoas, pois as referidas "necessidades" passam a ser a "demanda" que dá origem à "utilização" dos serviços e, para tal, não basta dispor os serviços em locais estratégicos e concluir que o acesso da população aos serviços esteja assegurado (PEREIRA, 1995).

É conveniente questionar constantemente se eles estão realmente atingindo os segmentos que mais necessitam de atenção (YERGAN et al, 1981; GORGOCENA et al, 1992).

Um destes segmentos é o que envolve as pessoas portadoras de deficiência que necessitam da prevenção de novas deficiências e de assistência adequada às suas necessidades especiais.

A prevenção de deficiências físicas e a prestação da assistência às pessoas com necessidades especiais deflagra uma grande inquietude social; contudo, ocorre uma ausência de políticas públicas de prevenção e detecção precoce das necessidades especiais dos deficiências físicos.

A acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência à saúde deveria estar atrelada ao planejamento em saúde e às disposições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, ainda não existe no SUS uma estrutura que possa promover ações específicas e fornecer a cobertura assistencial em seus vários níveis. Assim, as entidades prestadoras de assistência à pessoa portadora de necessidades especiais atuam de forma isolada, sem o devido controle e avaliação de suas ações (NIAPPD – UFPE, s.d.).

OLIVIER (1990), considera que:

"O desenvolvimento dos serviços de atenção a essa população depende do delineamento das políticas sociais, que refletem diferentes concepções de cidadania e que se pode verificar que o problema da incapacidade e da deficiência tem relevância no âmbito da Saúde Pública, e ainda, que a assistência a essa população se insere marginalmente no Sistema Único de Saúde".

A solução que se assinala é a formulação e a implementação de Políticas e Ações de Saúde que contemplem este segmento social que contém os portadores de deficiência.

Para tanto, é preciso levantar dados concretos que possam fornecer os subsídios essenciais, a fim de favorecer o acesso à assistência especializada para a reabilitação, de acordo com a real necessidade, através da investigação científica junto ao próprio portador de deficiência.

CAPÍTULO V

GENERALIDADES SOBRE A REABILITAÇÃO

5.1 DISCUSSÃO SOBRE O TERMO "REABILITAÇÃO" E SEU CONCEITO

Analisando o modelo teórico da História Natural e prevenção de doenças e agravos à saúde descritos por LEAVEL & CLARK em 1976, a Reabilitação se encontra no nível de prevenção terciária somada à Fisioterapia, à Terapia Ocupacional e ao emprego para o Reabilitado, fazendo parte de um conjunto de medidas ou ações de saúde a serem adotadas na busca de um ótimo estado de saúde (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1999).

O modelo teórico de ITOH & LEE considera a Reabilitação no nível de prevenção secundária, justificada pelo fato de que " *a Reabilitação deve ser administrada junto com o tratamento médico ou cirúrgico específico das doenças ou condições que podem resultar em incapacidades* " (ITOH & LEE apud KOTTKE & LEHMANN, 1994).

PEREIRA (1995) executou uma adaptação no modelo teórico de Leavel e Clark, onde a promoção e a proteção da saúde estão relacionadas à prevenção primária (prevenção) e a recuperação da saúde está relacionada com a prevenção secundária (cura) e com a prevenção terciária (reabilitação), demonstrando que a Reabilitação seria uma parte do processo de "Recuperação da Saúde".

Porém, cabe aqui uma reflexão no que concerne à expressão "Reabilitação", uma vez que a própria Constituição Federal não faz nenhuma

referência a ela, e sim às *"ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde"* (Cap. II, Da Saúde, Art. 196 da CONSTITUIÇÃO, 1988), provavelmente tomando como base as expressões "Proteção da Saúde" (Título I do Decreto 49.974 - A, de 21 de janeiro de 1961), "Promoção da Saúde" (Título II) e "Recuperação da Saúde" (Título III) que já eram utilizadas no Código Nacional de Saúde (CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 1997).

A expressão "Recuperação da Saúde" ganhou reforço na Lei 8080/90 que *"cria condições legais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como organização e funcionamento dos serviços correspondentes."* (CARNEIRO, 2001).

A palavra reabilitar, tem sua etimologia no latim (re+habilitare), sendo que *"habilitare"* significa tornar apto, capaz (LIANZA, 1995).

Para RUSK apud KOTTKE & LEHMANN (1994),

"reabilitação deve ser entendida como um processo complexo, dinâmico, empregado para benefício e reaproveitamento de pessoas que, por moléstia, acidente ou defeito congênito, ficaram colocadas à margem de uma vida de trabalho e é definida como sendo "a restauração final de uma pessoa incapacitada para a sua capacidade máxima - física, emocional e vocacional."

Num conceito um pouco mais recente, "

"reabilitação é o conjunto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados aos indivíduos portadores de incapacidade, de etiologia e graus variados, transitória ou definitiva, que objetiva o restabelecimento da funcionalidade do indivíduo, no que diz respeito às suas capacidades físicas, psíquicas, sociais e profissionais, possibilitando-lhe a retomada de seus papéis na família e na sociedade. (LOURENÇO et al, 1995).

Contudo, não é incomum a referência aos Profissionais de Saúde, que também exercem suas atividades na chamada "Área de Reabilitação", serem denominados "Profissionais da Reabilitação".

Tomando a definição de LOURENÇO et al (1995), quando o autor se reporta ao objetivo da Reabilitação como *restabelecimento da funcionalidade*

também nos aspectos social e profissional do indivíduo, estariam incluídos, para o alcance de tal objetivo, outros profissionais, da Área das Ciências Humanas e/ou da Área de Tecnologia, que no nosso entendimento se somariam aos profissionais da Área da Saúde, tais como: Assistentes Sociais, Psicólogos, Advogados, Políticos, Administradores, Engenheiros, Arquitetos, dentre outros.

Considerando este ponto de vista, fica claro que o papel do Profissional de Saúde é unicamente promover a Recuperação da Saúde, uma vez que a Reabilitação é terreno habitado por todos e ao mesmo tempo não pertence exclusivamente a um ou a outro profissional seja ele de que área venha, fortalecendo o nosso pensamento de que não existe a chamada "Área de Reabilitação" e muito menos que nenhum Profissional de Saúde deva ser equivocadamente denominado "Profissional da Reabilitação".

5.2 A EQUIPE E OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA A PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

O Centro de "Reabilitação" ou a Clínica de "Reabilitação" é o local onde estão agrupados todos os recursos destinados à prevenção e à reabilitação (leia-se: recuperação da saúde) de pessoas com doenças incapacitantes e portadoras de deficiência, seja de caráter permanente ou transitório, e que, sendo um processo dinâmico, exige por vezes dois ou mais profissionais prestando assistência ao mesmo cliente (BOCCOLINI, 1986).

A Clínica de "Reabilitação", segundo LIANZA (1995), deve possuir uma Equipe Multidisciplinar, com profissionais *das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas* (o grifo é nosso), que poderá ter uma composição variada de acordo com as possibilidades permitidas pelo organograma, a disponibilidade da instituição e o tipo de clientela.

Assim, as categorias que podem e devem participar da referida Equipe são:

- ◆ *Assistente Social*
- ◆ *Psicólogo*

- ◆ *Médicos Fisiatras, Pediatras, Ortopedistas, Reumatologistas, Neurologistas (os quatro últimos especialistas como consultores)*
- ◆ *Fisioterapeuta*
- ◆ *Terapeuta Ocupacional*
- ◆ *Fonoaudiólogo*
- ◆ *Nutricionista*
- ◆ *Enfermeiro*
- ◆ *Pedagogo*
- ◆ *Orientador Profissional*
- ◆ *Técnico Desportivo.*

A partir da constituição da Equipe, advém a preocupação com a definição de quem são realmente os pacientes que necessitam de atendimento, de acordo com a capacitação da Equipe e com os recursos que podem ser disponibilizados na instituição.

Isto significa que devem existir critérios de elegibilidade, a fim de evitar perda de tempo, trabalho inadequado, sem os objetivos alcançados junto ao paciente e frustração para a equipe, sem contar com o desperdício financeiro.

Os critérios de elegibilidade são:

"A incapacidade, faixa etária, tempo de evolução da incapacidade com relação ao prognóstico, participação em outros programas de 'Reabilitação' anterior ou simultaneamente, aos comprometimentos (patologias) associados, comprometimento mental associado a distúrbio de comportamento, retaguarda familiar (acompanhamento durante o programa) retaguarda de transporte e expectativa em relação à instituição." (LOURENÇO et al apud LIANZA, 1995).

Os não eleitos deverão ser encaminhados pela administração do Centro de "Reabilitação" a outros serviços, através de carta ou contato telefônico, com o objetivo de assegurar o atendimento do cliente/usuário do Sistema de Saúde.

Um aspecto que deve ser considerado no encaminhamento é a dificuldade de deslocamento, sendo ideal um serviço próximo à residência do paciente.

O crescimento mais rápido desta área específica de assistência para a recuperação da saúde das pessoas com deficiência continua sendo o da demanda por serviços, na medida em que o público reconhece os benefícios a serem obtidos.

Tal demanda ainda excede em muito, tanto a oferta de profissionais especializados para a recuperação da saúde, como também a ajuda financeira disponível no seguro saúde e em outros tipos de financiamento de assistência à saúde que paguem este tipo de serviço.

A disponibilidade dos serviços especializados na recuperação da saúde física e mental não tem sido significativa para ter um impacto sobre o grande número de incapacitados atualmente mantidos num estado de dependência, e que estão precisando de tratamento (KOTTKE & LEHMANN, 1994).

A magnitude da necessidade de "Reabilitação" permaneceu no mesmo nível durante os últimos trinta anos (ENGLAND & LOFQUIST, 1958; WHITE, 1973).

Mas se deve considerar que a expectativa de vida aumentou, especialmente para adultos mais idosos, e o grupo de sobreviventes com mais de 50 anos vem crescendo rapidamente (KATZ, 1983).

As pessoas estão vivendo mais tempo, portanto, a necessidade dos serviços especializados para a Recuperação da Saúde, para reduzir o número de pessoas com a mobilidade comprometida, continuará a crescer no próximo século (KOTTKE & LEHMANN, 1994).

Existe uma grande discrepância entre o número de pessoas portadoras de deficiência e os recursos destinados a este tipo de assistência especializada, fato que deixa perfeitamente claro que uma grande fatia desta população não tem acesso, nem aos cuidados básicos oriundos destes serviços que dirá ao tratamento efetivo, que requer a atuação de uma equipe multidisciplinar muito bem treinada e recursos materiais adequados.

No documento da ONU "A carta dos anos oitenta" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) Apud <http://www.>

mbonline.com.br/cedipod/w6ddppd.htm), dentre outros assuntos, está a abordagem sobre o direito para toda pessoa portadora de deficiência e sua família ter acesso aos serviços de "reabilitação".

Nos dias de hoje, há uma maior sensibilização da sociedade e a identificação das necessidades especiais das pessoas com deficiência no tocante à redução das barreiras arquitetônicas, ambientais e sociais, visualizando o portador de deficiência como um ser produtivo e que deve estar integrado à sociedade.

Porém, podemos verificar ainda um outro aspecto, que é o não conhecimento sobre o processo amplo, no que se refere à recuperação da saúde e seus procedimentos, por parte dos próprios médicos não especialistas e, por que não dizer, por parte dos profissionais de saúde.

Observamos que muitos dos pacientes encaminhados não têm sequer o conhecimento de seu diagnóstico físico-funcional e muito menos sobre o prognóstico de sua incapacidade ou deficiência.

LOURENÇO et al apud LIANZA (1995) dizem que *"ainda estamos muito distantes da situação ideal de pleno acesso e total integração, o que produziria a quebra definitiva das barreiras visíveis e invisíveis"*.

Hoje, uma assistência de saúde de amplo espectro, inclui sempre que necessário o processo de reabilitação, possibilitando o pleno restabelecimento de pacientes com doenças e/ou incapacidades, com a finalidade de promover o retorno dos mesmos a um ambiente social normal, ou seja, o mais próximo possível dos indivíduos normais integrados na sociedade, e fornecer melhor qualidade de vida aos referidos pacientes, pois de acordo com KOTTKE apud KOTKE & LEHMANN (1994), *"a qualidade de vida dos pacientes deve ser medida da mesma maneira que a qualidade de outros da comunidade"*.

CAPÍTULO VI

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

6.1 POLÍTICAS INTERNACIONAIS

6.1.1 Organização das Nações Unidas (ONU)

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), na Assembléia Geral do dia 09 de dezembro de 1975, contempla, em seu Artigo 6º, os direitos quanto ao tratamento médico, psicológico e funcional, incluindo-se aí aparelhos de prótese e órtese, à reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional, reabilitação física, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros serviços.

O artigo 8º refere que as necessidades especiais dos portadores de deficiência devem ser levadas em consideração em todos os estágios de planejamento econômico e social (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1975).

O Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), Resolução 37/52 de 03 de junho de 1982, determina como objetivos: a "igualdade de oportunidades" e a "participação plena" das Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) na vida cotidiana e no desenvolvimento da sociedade e como finalidade a promoção de ações eficazes

para a prevenção da deficiência, reabilitação e o alcance de seus objetivos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 2001).

O Programa preconiza que os princípios da "igualdade de chances" e a "participação equitativa" das PPD no desenvolvimento social e econômico devem ser aplicados imediatamente e nas mesmas proporções em todos os países agregados à ONU, independentemente da respectiva condição de desenvolvimento, assim como, propõe como *"linhas de atuação a prevenção, a reabilitação e a igualdade de oportunidades"* (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 2001).

À Prevenção estão destinadas as medidas que possam impedir a geração dos mais variados tipos de deficiências e minimizar as conseqüências destas quando as mesmas já tiverem ocorrido (prevenção primária).

A Reabilitação é entendida, neste Programa da ONU, como um processo de duração limitada e com objetivo previamente definido. Pode incluir medidas que possam vir a compensar a ausência ou a limitação da função (aparelhos ortopédicos usados para a locomoção, por exemplo) e que possam facilitar a reintegração social das pessoas com deficiência.

Dentro do Programa, a igualdade de oportunidades é entendida como um processo no qual todos os sistemas de uma sociedade (transporte, lazer, educação, trabalho, saúde, habitação, cultura, dentre outros) tornar-se-ão acessíveis para todas as pessoas no mundo e se desenvolverão, especificamente, através de medidas sócio-políticas que visam garantir o direito de participação plena das PPD no cotidiano das respectivas sociedades em que vivem (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CORDE, 2001).

6.1.2. Organização Mundial da Saúde (OMS)

De acordo com a declaração do Dr. Brundtland, diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Dia Internacional das Pessoas Incapacitadas na França publicada no Communiqué de Presse OMS/68 - 3 de dezembro 1999, o problema da assistência à população portadora de deficiência deve *" ser abordado em múltiplos níveis: médico, social, político, sem esquecer da readaptação e dos melhores meios para se chegar a solução, trabalhando dentro de*

um programa de ação comum" (BRUNDTLAND apud http://www.who.int/inf_pr_1999/fr/cp99_68.html, 2000).

6.1.3. Reabilitação internacional

A Carta para o Terceiro Milênio, aprovada em Londres pela Assembléia Governativa da Rehabilitation Internacional, no dia 09 de setembro de 1999, aborda a situação da população portadora de deficiência no mundo, enfatiza a igualdade de oportunidades e a participação efetiva destas pessoas na sociedade, conclama a criação de políticas sensíveis à problemática desta tão esquecida população e o resgate dos direitos destas pessoas, no que diz respeito ao acesso ao tratamento, informações e tecnologias adequadas (REHABILITATION INTERNATIONAL, 1999).

A referida carta, através de seu conteúdo, procura estimular a promoção da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), nos âmbitos nacionais e internacionais, pois configura uma "*forma viável e sustentável de prover serviços*" (REHABILITATION INTERNACIONAL apud http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/carta_terceiro_mil.htm, 2002).

6.1.4. Organização dos Estados Americanos (OEA)

A Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência foi aprovada em Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), realizada em 28 de maio de 1999, na Guatemala.

Esta Convenção visa "*prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra Pessoas Portadoras de Deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade*" nos Estados-Parte da ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS apud http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/com_oea.htm, 2000).

Os Estados-Parte da OEA comprometeram-se a adotar medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, quantas forem necessárias para o combate e eliminação de qualquer forma de discriminação contra estas pessoas, bem como providenciar a plena integração das mesmas nas sociedades de cada Estado-Parte (Art. 3º da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, OEA, 1999).

Todas estas medidas que estão referidas no Artigo 3ª desta Convenção, visam a eliminação de todas as barreiras físicas ou arquitetônicas (barreiras visíveis) e das barreiras sociais (barreiras invisíveis), através da viabilização de todos os componentes da acessibilidade (v. Capítulo IV).

6.2. POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA NO BRASIL

6.2.1. O Brasil e a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência da OEA

Por meio do Decreto n.º 3.956, de 08 de outubro de 2001, se deu a promulgação da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, de modo que o referido decreto promete executar e cumprir integralmente todo o conteúdo da Convenção (Art. 1º do DECRETO n.º 3.956 de 08/10/01).

6.2.2. Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)

A Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) teve sua origem nos anos 70, com a finalidade de oferecer uma opção diferenciada e alternativa ao sistema de atendimento convencional às Pessoas Portadoras de Deficiência e tem como

principal meta a promoção de uma mudança na situação existente no setor saúde (especialmente com relação à recuperação da saúde física destas pessoas), que apresenta como maiores óbices a falta de equidade, o desequilíbrio entre a procura, a demanda e a oferta de serviços, e a baixa capacidade de resolução (GALVANI, 2001).

A Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), referida na Carta para o Terceiro Milênio, configura uma estratégia a ser aplicada dentro das comunidades, como auxílio no processo de reabilitação, para fomentar a igualdade de oportunidades (um dos objetivos do Programa de Ação Mundial da ONU), facilitar a inclusão social das pessoas com deficiência e implementar uma mudança do modelo assistencialista para o modelo participativo.

Esta estratégia deve ser implantada como um *“perfeito movimento orquestrado”* (o grifo é nosso) entre as Pessoas Portadoras de Deficiência, seus familiares, a comunidade em que vivem (vizinhos, voluntários etc) e os serviços relacionados com a saúde, a educação, a sociedade, o trabalho (GALVANI, 2001).

O objetivo da RBC *“não é somente capacitar as pessoas com deficiência para se adequarem ao seu ambiente, mas também procurar intervir na comunidade para facilitar sua inclusão social”* (GALVANI apud XX Congresso Nacional das APAEs, 2001).

Em São Paulo, a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), buscando atender um maior número de Portadores de Deficiência Mental, por volta de 1985, estruturou um Programa Comunitário destinado à prevenção e cuidados da deficiência, à organização de serviços de atendimento e ações na área da deficiência, aos cursos de orientação, à formação de agentes multiplicadores ou de reabilitação e à promoção da inclusão social dos Portadores de Deficiência Mental (GALVANI, 2001).

6.2.3. Ministério da Previdência e Assistência Social

A Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, possui um Programa de Atenção à Pessoa

Portadora de Deficiência e elaborou um Manual Operacional que visa oferecer subsídios e orientações aos Estados, ao Distrito Federal e a todos os municípios brasileiros, para a elaboração de projetos direcionados à assistência das Pessoas Portadoras de Deficiência, com recursos financiados pela Secretaria de Estado, Assistência Social e com apoio técnico da Gerência do Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência (MPAS/SEAS, 2002)

Cada município deverá elaborar um diagnóstico da situação de vida das Pessoas Portadoras de Deficiência e de suas famílias, especificar as modalidades de atendimento considerando a demanda particular do município, para fins de adequação do projeto (MPAS/ SEAS, s/d).

Estes projetos deverão ser referendados pelos Conselhos Municipais de Saúde, gestores e entidades componentes da rede de proteção e promoção da assistência social com base nos planos estaduais e municipais, atendendo as diretrizes da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e contemplando as Normas de Acessibilidade (NBR9050/ABNT, 1994) da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT (MPAS/SEAS, s.d.).

Os projetos para reforma de espaço físico ou adaptação de espaço já existente, para a aquisição de material permanente e equipamentos (inclusive veículos), para aquisição de material de consumo e para a capacitação de recursos humanos (MPAS/SEAS, s.d.) deverão estar adequados às modalidades de atendimento previamente definidas no Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, que são: Reabilitação na Comunidade; Atendimento Domiciliar; Atendimento em Centro-Dia; Residência em Casa-Lar; Residência em Abrigos para Pequenos Grupos; Residência em Família Acolhedora; Integração ao Mercado de Trabalho; Revitalização de Serviços de Prevenção da Deficiência, Tratamento Precoce, Habilitação e Reabilitação (MPAS/SEAS, 2002).

O Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Previdência e Assistência Social define a Reabilitação na Comunidade como *"habilitação, reabilitação, e inclusão social da Pessoa Portadora de Deficiência, de sua família, com participação de equipe multi-profissional e da comunidade"* (MPAS/SEAS apud http://www.previdenciasocial.gov.br/04_02_05_01.htm, 2002) no intento de trabalhar tal pessoa no próprio ambiente em que habita e cuja intenção é modificar o preconceito em aceitação .

Outra modalidade assistencial é a Reabilitação Profissional, que faz parte da Legislação Brasileira desde 1943, que até o ano de 1999 prestava serviços de Reabilitação por meio do desenvolvimento de ações centralizadas e desarticuladas dos demais serviços institucionais e comunitários que apresentavam baixa resolutividade assistencial (MPAS/INSS, s.d.).

Aconteceram inúmeras discussões acerca da necessidade de um processo de modificações nos paradigmas e nos objetivos da Reabilitação Profissional da Previdência Social, bem como a urgente carência de modernização da assistência.

Logo após a promulgação do Decreto 3081/99, foi instituída uma nova estrutura na Previdência Social, que traz como um dos objetivos o incremento e a agilização da prestação dos Serviços de Reabilitação Profissional através das Unidades de Referência de Reabilitação Profissional – URRP, nas Gerências Executivas – GEX (MPAS/INSS, s.d.).

A partir de então, foi criado um novo modelo de Reabilitação Profissional, o REABILITA, integrado à Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que se constitui num projeto de descentralização das ações e serviços da Reabilitação Profissional, e de ampliação da rede de atendimento ao Reabilitando, seja ele ou não portador de deficiência (MPAS/ INSS, 2001).

A assistência terapêutica para a recuperação física, que o antigo Centro de Reabilitação Profissional – CRP, atual URRP, prestava aos clientes da Perícia Médica integrantes do Programa de Reabilitação Profissional, através da oferta de Serviços de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e de confecção e adaptação de Prótese e Órtese, dentre outros, foram diluídos e redirecionados para a rede de estabelecimentos de saúde credenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma parceria do REABILITA com órgãos e entidades Federais, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, a fim de realizar a meta de descentralização do serviço de Reabilitação Profissional em todo o Brasil (MPAS/ INSS, 2001).

No caso da concessão de Prótese e Órtese, o médico perito ou qualquer médico da rede assistencial pública ou privada, devidamente conveniada ao SUS ou contratada pela União, poderá prescrever o aparelho.

De posse da prescrição, o segurado voltará à Agência da Previdência Social, para que se processem os trâmites burocráticos que se destinarão à Divisão/Serviço da Administração da Gerência Executiva (GEX), que por sua vez providenciará a compra em uma empresa devidamente contratada, para onde o segurado será encaminhado para confecção e recebimento do aparelho.

A preparação pré-protética e o treinamento para o uso da Prótese ou Órtese, deverão ser executados preferencialmente nos estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS ou contratados da União, ou ainda, quando houver disponibilidade de recursos da GEX da URRP, poderão ser feitos por um técnico da Reabilitação Profissional (MPAS/INSS, 2001).

6.2.4. Ministério da Saúde

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde deverá estabelecer parcerias com as Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, com a finalidade de estimular a criação e dar apoio a programas locais, buscando melhorar a atenção à saúde deste considerável segmento populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os objetivos do Programa se concentram na redução da incidência das deficiências e na garantia dos direitos de assistência completa às Pessoas com Deficiências na rede de serviços de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pretende alcançar tais objetivos através do seguinte planejamento estratégico:

- ♦ *“Sensibilizar os dirigentes estaduais e municipais de saúde sobre as necessidades da pessoa portadora de deficiência e o seu direito a uma assistência integral, promovendo a implantação de programas locais.*
- ♦ *Obter e difundir informações sobre a situação do portador de deficiência e sobre os serviços de assistência e reabilitação.*
- ♦ *Apoiar a criação e a implantação de núcleos de reabilitação em diferentes níveis de complexidade buscando a resolutividade e a qualidade dos serviços.*

- ♦ *Promover e reforçar as ações de prevenção das deficiências em parceria com os programas básicos de saúde.*
- ♦ *Estimular e apoiar a Reabilitação Baseada na Comunidade como uma tecnologia articulada aos diversos níveis de complexidade.*
- ♦ *Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas epidemiológicas, e de diagnóstico da situação dos serviços objetivando a obtenção de dados para o planejamento, acompanhamento e avaliação de programas locais.*
- ♦ *Articular com os diversos setores governamentais, com prestadores de serviços, com associações de usuários e conselhos de saúde tendo por perspectiva a união de esforços e de recursos;*
- ♦ *Promover e apoiar a capacitação de recursos humanos, bem como desenvolver cooperações técnicas. " (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)*

Em 2001, foi editada a Portaria n.º 818 do Ministério da Saúde com a finalidade de criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física (Art. 1º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01) e determinar que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizem suas respectivas Redes (Art.2º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

Estas Redes Estaduais de Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física, às quais se refere a Portaria Ministerial, a depender do local onde são oferecidos os serviços a esta população, deverão ter suas modalidades de serviço devidamente credenciadas, ao Sistema Único de Saúde, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), pois tais modalidades constituirão um sistema de referência e contra-referência entre si em relação aos programas de atenção básica, como por exemplo o Programa de Saúde da Família.

As Redes Estaduais serão compostas de:

- ♦ *Serviços de Reabilitação Física de 1º Nível de Referência Intermunicipal a serem desenvolvidos em unidades ambulatoriais, com previsão para a prestação de serviço completo de prótese, de órtese e de meios auxiliares de locomoção. Estes serviços deverão prestar*

atendimento a clientes portadores de deficiência, que necessitem de assistência reabilitatória, estimular a prevenção de deficiências secundárias, proceder à correta orientação familiar e, obrigatoriamente, estar articulados com a Equipe do Programa de Saúde (§ 2º do Art. 2º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01)

- ◆ Serviços de Reabilitação Física de Nível Intermediário, por meio de unidades ambulatoriais, a fim de desenvolver ações de média complexidade, para a avaliação e tratamento destas pessoas com deficiência, com previsão para a prestação de serviços relacionados com aparelhagem e implementos para a locomoção (§ 3º do Art. 2º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).
- ◆ Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, que farão uso de unidades ambulatoriais, caracterizados como serviços de maior complexidade e de referência dentro da Rede, devendo atender pacientes que demandem atenção intensa de reabilitação física (motora e sensório-motora), e deverão também prever a prestação de serviços para aparelhagem ortopédica e meios auxiliares necessários à locomoção das Pessoas Portadoras de Deficiência, clientes do serviço (§ 4º do Art. 2º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).
- ◆ Leitos de Reabilitação em Hospitais Gerais ou Especializados, serão aqueles destinados à assistência terapêutica integral à Pessoa Portadora de Deficiência (§ 5º do Art. 2º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

Alguns critérios deverão ser observados pelas Secretarias Estaduais e do Distrito Federal, no delineamento e estruturação desta Rede Assistencial, no que diz respeito à quantidade de serviços que irão integrar a Rede, dentre eles estão: *"a população, a necessidade de cobertura assistencial, o nível de complexidade dos serviços e a distribuição geográfica dos serviços"* (Art. 3º PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01), sendo recomendado o quantitativo de pelo menos um para cada módulo assistencial (§ 2º do Art. 3º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

No que se refere à distribuição geográfica nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, todos os módulos (níveis) assistenciais desta Rede para a Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência deverão estar em perfeita sintonia

com "as necessidades epidemiológicas e de cobertura populacional em cada unidade da Federação" (§ 4º do Art. 3º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

As Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal deverão estabelecer fluxos e mecanismos, visando à referência e à contra-referência na Rede Assistencial (Art. 4º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

Outra diretriz que deverá ser seguida pelas Secretarias de Saúde, incluindo as Municipais, é a de elaborar e encaminhar à Secretaria de Assistência Social (SAS), para requerer aprovação, um Manual Operativo para a Dispensação de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (Art. 5º da PORTARIA n.º 818/ GM/ MS de 05/06/01).

A Portaria n.º 185 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), de 05 de junho de 2001, pretende viabilizar a operacionalização e a execução da Portaria n.º 818 GM/MS de 05/06/01, que gera mecanismos para a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, através de algumas medidas citadas no texto a seguir:

- ◆ *Alterando a descrição de serviços identificados no código 18 para "serviços de reabilitação" e no código 05 para "dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção, contemplados na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA do Sistema Único de Saúde (SUS) (Art. 1º da PORTARIA n.º 185/ SAS de 05 de junho de 2001);*
- ◆ *Incluindo na Tabela de Classificação do SIA/SUS a descrição das unidades de saúde de acordo com os níveis preconizados para a Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (Art. 3º da PORTARIA n.º 185/ SAS de 05 de junho de 2001);*
- ◆ *Alterando e caracterizando os procedimentos da Tabela SIA/SUS, referente ao atendimento de alta complexidade de pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação em dois turnos com um máximo de atendimento de 20 por mês para cada paciente por dia (Art. 5º da PORTARIA n.º 185/ SAS de 05 de junho de 2001) e em um turno com a mesma proporção de atendimentos/mês relacionados ao paciente/dia, assim como o atendimento de média complexidade a pacientes que demandem cuidados de reabilitação física em um turno, porém com um quantitativo máximo de 15 atendimentos no mês para cada paciente por dia (Art. 6º da PORTARIA n.º 185/ SAS de 05 de junho de 2001);*

- ♦ *Descrevendo todo o procedimento burocrático da equipe envolvida para a autorização dos Procedimentos Ambulatoriais, incluindo a previsão de custos, o sistema de cadastramento em unidades, a regulamentação dos instrumentos/formulários para uso no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC/SA), bem como para a dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção, dentre outras descrições (Art. 7º ao Art. 21º da PORTARIA n.º 185/ SAS de 05 de junho de 2001).*

6.2.5. Rede SARAH

O Brasil conta com uma Rede de Hospitais do Aparelho Locomotor (Rede SARAH), amplamente especializado na Recuperação da Saúde de muitos grupos populacionais, especialmente o grupo de Portadores de Deficiências.

A rede SARAH presta serviços de Reabilitação às Pessoas-Portadoras de Deficiência com grande incapacidade física, promovendo a assistência terapêutica nas doenças e agravos do aparelho locomotor, mediante intervenção de sua equipe multidisciplinar de acordo com a complexidade das patologias de seus clientes que exigem cuidados especializados e intensivos (REDE SARAH, 2001).

A Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor é administrada pela Associação das Pioneiras Sociais (APS), entidade de serviço social, autônoma, sem fins lucrativos, de direito privado, considerada instituição pública não estatal, que mantém um Contrato de Gestão, desde 1991, com a União Federal (REDE SARAH, 2001).

A APS foi criada pela Lei 8.246, em 22 de outubro de 1991, e tem como objetivos: devolver o imposto pago pelos cidadãos brasileiros sob forma de prestação de serviços assistenciais médicos gratuitos e de qualidade, fornecendo formação e qualificação aos profissionais de saúde, produzindo conhecimento científico através da fomentação de pesquisas e gerando novas tecnologias (REDE SARAH, 2001).

O controle das contas da Rede SARAH é feito pelo Tribunal de Contas da União (TCU), e a qualidade de seus serviços são abalizados pelo Centro Nacional

de Controle de Qualidade, o que faz com que os Hospitais da Rede funcionem dentro de padrões de referência de qualidade universais (REDE SARAHA, 2001).

Os dados aos quais tivemos acesso correspondem ao ano de 1999, período em que a rede de Hospitais atendeu 3.766 pacientes em média diários somados aos 937.000 pacientes atendidos no mesmo ano, realizou 11.369.183 procedimentos, sendo 8.014.399 atendimentos especializados de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, entre outros (REDE SARAHA, 2001).

A Rede SARAHA conta atualmente com cinco unidades hospitalares, localizadas em Brasília-DF (primeira a ser instalada e unidade central da administração da Rede), Salvador-BA, São Luis-MA, Belo Horizonte - MG (REDE SARAHA, 2001) e a sua mais recente unidade inaugurada em Fortaleza-Ce.

6.3. POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA NO CEARÁ E EM FORTALEZA

6.3.1 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE)

A organização da Rede Estadual de Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física delegada às Secretarias Estaduais de Saúde brasileiras através da Portaria 818/GM do Ministério da Saúde, já se encontra em fase de implantação no Estado do Ceará.

Segundo informações da Coordenação do Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência por meio do Ofício n.º 102/02 da SESA/Ce, de 21 de fevereiro de 2002, enviado ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Sexta Região (CREFITO 6), desde agosto de 2001 o Ceará conta com 12 (doze) Serviços de Reabilitação Física para atender ao Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, distribuídos de acordo com as Microrregiões do Ceará em Unidades de Saúde (v. quadro 01) e apenas uma Unidade de Saúde para a prestação de Serviços de Reabilitação Física no Nível Intermediário.

QUADRO 01 - Distribuição em Unidades de Saúde por Microrregiões dos Serviços de Reabilitação Física do Primeiro Nível de Referência Intermunicipal da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física no Ceará, em agosto de 2001.

Microrregião	Município	Unidade de Saúde
01	Fortaleza	Instituto de Prevenção do Câncer
02	Caucaia	Hospital Municipal Alberto Gadelha
03	Maranguape	Centro Saúde de Treinamento
03	Maracanaú	Hospital Municipal de Maracanaú - NIR
04	Itapiúna	Centro de Fisioterapia
05	Canindé	Centro de Saúde de Canindé
08	Quixadá	Centro de Reabilitação Municipal de Quixadá
10	Limoeiro do Norte	Centro de Reabilitação Física
11	Sobral	Santa Casa de Sobral
18	Iguatu	Casa de saúde do Iguatu
20	Crato	Centro de Nutrição
21	Juazeiro do Norte	Hospital Infantil Estefânia Rocha Lima

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA/Ce In: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física / Ceará. Fortaleza: Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle; Célula de Avaliação e Auditoria e Serviços de Atenção Terciária, agosto de 2001.

Adaptado por: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, 2002.

Contudo, o número de Unidades de Saúde para o Nível Intermediário deverá ser expandido para no mínimo 05 (cinco) Unidades de Saúde, a fim de contemplar as exigências contidas no Anexo II da Portaria n.º 818/GM/MS de 05/06/2001.

O Relatório de Atividades, contido no Ofício n.º 102/2002 da SESA/Ce, faz referência a uma Oficina de Trabalho realizada em novembro de 2001, fazendo parte do programa de ação do Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência da SESA/Ce, para a elaboração do Manual Operativo para a Dispensação de Órteses, Próteses e/ou Meios Auxiliares de Locomoção, no cumprimento do requisito constante no Artigo 5º da Portaria 818/GM/MS de 05/06/01, através de Reunião com Grupos Gestores de Unidades Hospitalares da Rede Estadual de Saúde e de outros Serviços vinculados a esta área assistencial (GRUPO DE APOIO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/OFFÍCIO n.º 102/02 da SESA/Ce, 2002).

O objetivo geral do Programa do Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência da SESA/CE é de *"promover ações de assistência à saúde dos Portadores de Deficiência em consonância com a Política Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência"* (GRUPO DE APOIO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/OFÍCIO n.º 102/02 da SESA/Ce, 2002).

Vislumbrando o alcance deste objetivo, todas as ações do Grupo estarão voltadas para o estabelecimento de medidas pelas quais a prestação de serviços em atenção à saúde da Pessoa Portadora de Deficiência seja feita de modo amplo e eficaz, assim como para a promoção de atividades dirigidas à prevenção das deficiências, em todos os níveis de atenção à saúde (GRUPO DE APOIO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/OFÍCIO n.º 102/02 da SESA/Ce, 2002).

Os resultados sociais esperados a partir deste programa da SESA/Ce são a redução da ocorrência das deficiências (estratégias para a prevenção destas deficiências), o estímulo à sociedade para que esta se conscientize do problema em torno da deficiência, a ampliação da atenção à saúde dos cidadãos que portam deficiências, bem como a eliminação das barreiras sociais ligadas ao preconceito, favorecendo uma melhoria na integração destas pessoas na sociedade/comunidade em que vivem (GRUPO DE APOIO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/OFÍCIO n.º 102/02 da SESA/CE, 2002).

Até o ano de 2005, será realizado um estudo epidemiológico coordenado pelo Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência da SESA/Ce, com a finalidade de diagnosticar a situação desta população, através de um estudo de prevalência de Portadores de Deficiência em cinco municípios cearenses, que já aponta a inexistência de um controle das informações pela Vigilância Epidemiológica no que diz respeito aos casos incidentes, podendo dificultar o planejamento de novas ações deste programa da Secretaria.

Dentre as ações do programa do Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência da SESA/Ce, se encontra a elaboração de uma cartilha de orientação para a Identificação de Pessoas Portadoras de Deficiência, cujo material informativo deverá propiciar a interface com outros programas, como é o caso do Programa de Saúde da Família - PSF, uma vez que esta integração está prevista na Portaria 818/GM do Ministério da Saúde.

Todas as ações normativas do referido programa estão apoiadas pelo Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), recebem apoio financeiro da SESA/Ce e contam com o apoio da Escola de Saúde Pública para as ações educacionais.

6.3.2. Rede SARAH no Ceará

A construção do Hospital da Rede SARAH em Fortaleza teve início no ano de 1992 e tinha sua inauguração prevista para 1996, gastando, segundo a imprensa local, por ano sem funcionamento cerca de 60 milhões de reais, porém a unidade só ficou pronta em 2000 (PONTES,2001).

Somente após muita pressão de entidades não-governamentais e de populares, o hospital foi inaugurado, com uma capacidade instalada de 180 leitos, em setembro de 2001, dispondo de aparelhagem com tecnologia de ponta, com a finalidade de prestar seus serviços da melhor forma possível.

A dinâmica do serviço inicia-se após uma pré-inscrição. Assim, quando o paciente consegue ter acesso ao atendimento no hospital, passa cerca de 30 dias em regime de internação, submete-se a uma bateria de exames, os mais modernos possíveis, para a consolidação de um diagnóstico e a formulação de um prognóstico, recebe tratamento especializado de reabilitação, podendo ser submetido a cirurgias, se necessário, recebendo orientação para a readaptação ao meio em que vive.

A permanência do paciente no programa tem duração limitada e tem como objetivo final facilitar a reintegração do mesmo nos ambientes da vida cotidiana, através do treinamento da Atividades de Vida Diária (AVD), buscando uma readaptação e a maior independência possível para a realização de suas atividades.

6.3.3. Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC)

Até o ano de 2001, funcionava em Fortaleza um centro prestador de serviços especializados de reabilitação da Divisão de Reabilitação do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC), que dispunha, inclusive, de transporte para o deslocamento do paciente de sua residência para a instituição, onde tinha acesso ao tratamento completo para a recuperação de sua saúde e que, após o término do atendimento, era transportado de volta à sua residência.

O paciente beneficiado com este serviço era, geralmente, uma Pessoa Portadora de Deficiência Física, comprovadamente carente, que não tinha condições econômicas ou físicas para fazer uso da rede de transporte coletivo adaptado.

A referida Divisão de Reabilitação do IPEC foi desativada após tentativas frustradas de funcionários, beneficiários e entidades de classes, especialmente os Conselhos Profissionais da Área da Saúde, que argumentaram diretamente com o Secretário de Saúde do atual Governo do Estado, como foi o caso do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Sexta Região (CREFITO-6).

Os clientes deste serviço, possivelmente, devem estar recebendo atendimento nos mais diversos estabelecimentos credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como objetivava o processo de descentralização da assistência do IPEC.

6.3.4. Estabelecimentos especializados na recuperação da saúde dos PPD em Fortaleza

A cidade de Fortaleza dispõe, de acordo com os registros em relatório emitido no dia 19 de junho de 2001, do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Sexta Região (CREFITO-6), do seguinte quantitativo de estabelecimentos de saúde especializados em oferecer serviços de Fisioterapia: noventa e sete (97) clínicas privadas, quinze (15) clínicas filantrópicas e setenta e nove (79) consultórios de fisioterapeutas.

Dentre os estabelecimentos que se referem aos serviços de Terapia Ocupacional, Fortaleza dispõe de: nove (09) clínicas privadas, duas (02) clínicas filantrópicas e doze (12) consultórios de terapeutas ocupacionais.

Ainda de acordo com informações fornecidas pelo CREFITO-6, tomando como base o ano de 2001, em Fortaleza existe uma média de dezessete (17) serviços de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles se encontra a Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR).

6.3.5. Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR)

Instituição de caráter filantrópico, fundada em 24 de dezembro de 1966 e considerada de Utilidade Pública para o Município de Fortaleza no ano seguinte (LEI nº 3.333/ D.O.M. de 24 de janeiro de 1967), constitui um dos mais antigos e maiores estabelecimentos que oferece serviço integral de reabilitação .

Este estabelecimento de saúde, realmente, presta todos os serviços relacionados ao processo de reabilitação global, não ficando restrito somente ao aspecto físico.

A instituição conta com todos os profissionais exigidos na formação da Equipe Multidisciplinar de Reabilitação, ao nível ambulatorial, o que inclui nas categorias de nível superior, os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os fonoaudiólogos, os médicos (neurologista, pediatra e ortopedista), os assistentes sociais, os psicólogos e os pedagogos; e na categoria de nível médio inclui apenas os técnicos em próteses e órteses.

Sendo de caráter filantrópico e reconhecida como instituição de utilidade pública, a ABCR recebe o ressarcimento financeiro pelos procedimentos terapêuticos por ela executados mediante credenciamento ao Sistema Único de Saúde.

A ABCR está distribuída em casas - clínicas, que se localizam em nove bairros da Grande Fortaleza, sendo que dez delas atendem somente a indivíduos maiores de 12 anos e apenas uma atende crianças, com 12 anos e menos, portadoras de deficiência física e mental, o CRI - Centro de Reabilitação Infantil.

Além disso, a ABCR Serviços Ortopédicos confecciona, promove o treinamento para o uso e concede a manutenção de equipamentos ortopédicos (próteses e órteses), que auxiliam na deambulação ou na locomoção do portador de deficiência, fornecendo tais equipamentos sob forma de doação à pessoa portadora de deficiência carente ou vendendo a preços módicos à população em geral.

Sua estrutura geográfica e funcional encontra-se demonstrada no quadro que se segue. Os dados abaixo foram extraídos do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) da ABCR, segundo número total de procedimentos realizados durante o ano de 1999.

Não tivemos acesso aos dados do número de procedimentos realizados, bem como do número de registros de entradas ou altas das ABCR, em Fortaleza, da Jurema, do Pirambu, do Morro do Ouro e de Juazeiro do Norte, pois as mesmas são recém-inauguradas.

QUADRO 02 - Estrutura geográfica e funcional da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR), em Fortaleza, 1999.

BAIRRO	Nº DE PROCEDIMENTOS	Nº DE REGISTROS DE ENTRADA	Nº DE REGISTROS DE ALTAS
Centro	296.269	1950	880
Conjunto Ceará	59.218	1450	700
José Walter	25.323	507	149
Mucuripe	34.186	510	160
Barra de Ceará	36.530	508	180
Serrinha	42.251	804	401
Messejana	48.537	1799	700
Jacarecanga	127.986	412	249
TOTAL	670.300	7940	3419

Fonte: Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região (CREFITO-6), ano base de 1999, no município de Fortaleza-Ce.

Com base nos dados levantados no ano de 1999, segundo o DEFIS/CREFITO - 6 (Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Sexta Região), a média de atendimentos diária é respectivamente para cada ABCR: Centro, trezentos (300) pacientes; Conjunto Ceará duzentos (200) pacientes; José Walter, cem (100) pacientes; Mucuripe, cento e sessenta (160) pacientes; Barra do Ceará, trezentos (300) pacientes; Serrinha, cento e cinquenta (150) pacientes; Messejana, setenta e dois (72) pacientes; e do CRI, cento e vinte (120) pacientes

Infelizmente os dados apresentados, não especificam o tipo de cliente que recebe assistência terapêutica, pois o serviço da ABCR, não é informatizado, o que constituiu um óbice para o acesso às informações precisas sobre o quantitativo de Portadores de Deficiência Física que são atendidos na Instituição.

CAPÍTULO VII

PESQUISA DE CAMPO

7.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Com o intuito de mostrar, realmente, o possível trajeto percorrido por portadores de deficiência física que acessaram os serviços especializados na recuperação da saúde física, elaboramos uma segunda parte do estudo através de uma pesquisa de campo.

O estudo a seguir apresentado foi observacional, descritivo, do tipo transversal, retrospectivo com base no método quantitativo através de um inquérito em serviços.

A opção pela investigação epidemiológica de cunho descritivo, justifica-se na compreensão desta como a mais propícia à produção de dados quantitativos que informassem a relevância e a distribuição do evento estudado, em meio à população de portadores de deficiência física que tinham conseguido acessar um serviço de reabilitação considerado para o estudo.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS

A Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) é uma instituição filantrópica, pertencente à rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviços de reabilitação a todos os tipos de clientes, sendo composta por doze clínicas dentre as quais onze delas, estão distribuídas em onze

bairros (dez na periferia e uma no centro) da grande Fortaleza e uma na cidade de Juazeiro do Norte no Estado do Ceará.

Assim, foi selecionada uma das doze clínicas de reabilitação que faz parte do complexo ABCR - Associação Beneficente Cearense de Reabilitação.

A eleição de apenas uma dentre todas as clínicas para a coleta de dados se deu pela concentração de recursos e a maior média de atendimento diário (300 pacientes), realizada pela ABCR Centro, clínica que inaugurou o complexo (com uma entrada de 1950 pacientes/ano, realiza uma média de 296.269 procedimentos/ano)¹.

A escolha recaiu, também, sobre a ABCR, por se tratar da instituição que, na cidade de Fortaleza, mais atende à população das classes menos favorecidas, englobando um grande número de portadores de deficiência física, além do fato de ter disponibilizado suas instalações, profissionais e pacientes para a realização do estudo.

Foram incluídos no estudo os clientes que apresentassem deficiências físicas categorizadas em primeiro lugar por acidente ou doença e, a partir desta, pelo tipo de deficiência física apresentada: hemiplegia, hemiparesia, paraplegia, paraparesia, tetraplegia ou quadriplegia, tetraparesia ou quadriparesia e amputações, ou seja, perda parcial ou total de algum ou alguns segmentos do esqueleto apendicular (membros superiores e/ou inferiores).

Os termos técnicos sobre deficiência física, acima descritos, foram usados no estudo populacional sobre deficiência realizado em 1991, numa parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), órgão do Ministério da Justiça, como categorias com relação aos tipos de deficiência física.

Todavia, neste estudo, foram acrescentados outros termos, especialmente quando a incapacidade era parcial, como é o caso das paresias.

¹ Fonte: Dados extraídos do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), segundo o número total de procedimentos realizados durante o ano de 1999, da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR).

Participaram como sujeitos da pesquisa portadores de deficiência física que compareceram ao tratamento na instituição e que se permitiram participar da pesquisa, durante quatro meses (julho a outubro de 2001), período em que se realizou a coleta dos dados, conseguindo reunir ao final do período sessenta e uma (61) pessoas.

Dentre elas, quarenta e três (43) portadoras de hemiplegia, cinco (05) de paraplegia, uma (01) de tetraplegia, cinco (05) com amputações nos membros inferiores ou superiores e sete (07) portadoras de outras deficiências físicas.

Este tipo de amostra nos pareceu satisfatório, uma vez que apenas queríamos mostrar como teria sido o acesso de alguns portadores de deficiência física aos serviços especializados de reabilitação, imediatamente após o agravo sofrido ou a manifestação da patologia, bem como adquirir um conhecimento inicial do problema, com a finalidade de levantar subsídios para futuras investigações que venham a ter relação, direta ou indireta, com este objeto de estudo.

Os referidos achados extraídos de um estabelecimento de saúde apenas resumem a experiência vivida no próprio local, aproximando-se do que acontece em certas instituições, com as mesmas características.

Assim, no que diz respeito a esta aproximação, os dados coletados junto aos portadores de deficiência física, que fazem a clientela da ABCR, poderão ser indicativos do que ocorre em outros estabelecimentos que prestam atendimento aos portadores de deficiência física nas mesmas condições ou semelhantes às da ABCR.

Possivelmente, poderão servir ainda de suporte e estímulo para outros estudos que necessitem cumprir objetivos em torno dos parâmetros envolvendo o mesmo tipo de clientela, dentro de condições e situações semelhantes as deste estudo.

7.3 VARIÁVEIS DA PESQUISA DE CAMPO

7.3.1. Relativas ao portador de deficiência

- ◆ Sexo - foram incluídos no estudo portadores de deficiência física (PDF) de ambos os sexos.
- ◆ Idade - somente foram incluídos no estudo indivíduos maiores que 12 anos de idade ficando excluídas as crianças, uma vez que o raciocínio hipotético dedutivo só está presente no ser humano a partir de 12 anos de idade.
- ◆ Estado civil – se é solteiro(a), casado(a) ou em união/não casado(a), viúvo(a), separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a).
- ◆ Procedência - de qual município e de qual estado procede, no período anterior ao agravo/patologia.
- ◆ Bairro – em qual bairro reside.
- ◆ Ler e escrever – se sabe ler e escrever .
- ◆ Frequência à escola - o atendimento a cursos regulares; alfabetização de adultos; supletivo; freqüentando, ou tendo freqüentado escola; pré-vestibular; universidade; cursos de pós-graduação. As pessoas que realizavam somente cursos rápidos de especialização profissional ou de extensão cultural, como costura, dança, datilografia, etc., não foram consideradas como freqüentando escola.
- ◆ Escolaridade - nível mais elevado concluído com aprovação, considerando a nomenclatura: ensino fundamental, ensino médio e ensino superior, do PDF de 12 anos ou mais de idade que estavam freqüentando ou que haviam freqüentado escola.
- ◆ Ocupação principal antes da deficiência - se tinha alguma ocupação antes de ser portador da deficiência e qual era a principal.
- ◆ Portador de deficiência economicamente ativo - se o PDF participa do orçamento da família, contribuindo financeiramente.

- ◆ Renda média mensal familiar - corresponde à soma das rendas dos componentes da família, sem incluir a renda dos pensionistas e os empregados domésticos na base de cálculo, dividida pelo número de componentes da família, distribuídos por faixas de salário mínimo vigente em maio de 2001 (R\$ 180,00).
- ◆ Plano de Saúde - se o PDF possui algum tipo de plano privado de assistência à saúde.

7.3.2. Relativas à deficiência e ao tratamento realizado

- ◆ Tipo de deficiência física - foram incluídos hemiplégicos ou hemiparéticos, paraplégicos ou hemiparéticos, tetraplégicos ou tetraparéticos, amputados em um ou mais segmentos corporais, atáxicos de MMSS e/ou MMII, monoplégicos e diplégicos.
- ◆ Causa da deficiência - por doença (especificada) ou agravo/ acidente (especificado).
- ◆ Tempo que porta a deficiência - há quanto tempo é portador da deficiência física.
- ◆ Reversibilidade da deficiência - se o PDF tem conhecimento de que a deficiência é irreversível ou reversível, ou se a situação é indefinida.
- ◆ Tempo de tratamento na Instituição - há quanto tempo recebe assistência físico-funcional na Instituição.
- ◆ Tratamento em outras instituições - se já recebeu tratamento físico-funcional em outra instituição e em qual tipo de instituição, que pode ter sido em clínicas, no domicílio ou em hospitais.
- ◆ Frequência do tratamento - quantos dias na semana vai à instituição para fazer o tratamento.
- ◆ Forma de deslocamento do PDF – se faz uso de cadeira de rodas, prótese ou órtese, se é carregado por alguém, ou se anda sozinho.

7.3.3. Relativas aos profissionais e ao serviço

- ◆ Orientação sobre a necessidade do processo de recuperação físico-funcional – se foi orientado sobre a necessidade deste processo e quem foi responsável por esta orientação.
- ◆ Encaminhamento para o serviço de recuperação físico-funcional – se houve encaminhamento, quem fez o encaminhamento para o referido serviço, se uma instituição, um profissional ou outros .
- ◆ Tratamento em hospital – se recebeu assistência desde a internação e que tipo de assistência:

7. 3.4. Relativas ao acesso

- ◆ Tempo para o acesso – se passou algum tempo em casa antes de ter acesso ao serviço, por quais motivos isto ocorreu ou não ocorreu e, como fez para conseguir a vaga na instituição.
- ◆ Forma de deslocamento para o tratamento - transporte coletivo (ônibus, topics etc.), carro de aluguel (táxi), carro próprio e outros.
- ◆ Tempo de deslocamento para o serviço de reabilitação - quanto tempo, em minutos, leva em média da residência até chegar ao local de tratamento.
- ◆ Dificuldade para conseguir o tratamento – se encontrou dificuldades para conseguir a vaga, quais foram estas dificuldades, que mecanismos utilizou para conseguir vencer estas dificuldades.
- ◆ Dificuldade de vir ao tratamento – se encontrou dificuldades para vir ao tratamento, quais foram estas dificuldades, que mecanismos utilizou para conseguir vencer estas dificuldades.
- ◆ Fonte financiadora para o deslocamento - se existe alguma instituição ou alguém que financie o deslocamento do PDF.

- ◆ Custo médio do deslocamento - quanto gasta, em reais, em média por dia quando vai ao local de tratamento.
- ◆ Obstáculos físicos – se existe algum obstáculo físico que impeça ou pelo menos dificulte a sua locomoção de sua residência até a instituição ou dentro da própria instituição.
- ◆ Serviço no próprio bairro - se tem conhecimento da existência de um serviço semelhante ao da instituição do estudo no bairro onde reside e por quais motivos não recebe a assistência neste serviço.

7.4 METODOLOGIA

7.4.1. As fontes de informação e as questões éticas

Os sujeitos da pesquisa (portadores de deficiência física) nem sempre foram os respondentes do instrumento de coleta de dados, devido às dificuldades na comunicação verbal geradas pela própria seqüela do agravo ou patologia, como por exemplo, a afasia que pode acompanhar o acidente vascular cerebral ou o traumatismo crânio encefálico (TCE), dentre outros.

Por este motivo, tivemos que incluir o informante "*proxy*" (palavra inglesa que significa procuração ou delegação), para designar em inquéritos, o "*informante ou a técnica em que uma pessoa responde pelas demais, em geral um parente ou um amigo*" (MOSELY & WOLINSKY; BOYLECA apud PEREIRA, 1999).

Relatam TENNANT, BADLEY & SULLIVAN (1991) que, embora operacional, o informante *proxy* possui a desvantagem de fornecer, por vezes, uma subnotificação da morbidade e da utilização dos serviços, é o *efeito proxy*.

Contudo, as anormalidades percebidas pelo próprio cliente e por quem está ao seu redor, em muitas situações, fazem com que as pessoas procurem ter acesso aos fatos de relevância especial para o planejamento em saúde.

O estudo contou em sua amostra com quarenta (65,6%) PPD respondentes e com vinte e um (34,4%) informantes *proxy*, percentual

correspondente a 31,1% (dezenove) dos respondentes que eram familiares e 3,3% (dois) que eram apenas acompanhantes. Se a amostra tivesse outra relação percentual era recomendável verificar o impacto dos informantes no resultado, o poderia ser feito através da simples estratificação dos resultados por categoria de respondente.

Aos sujeitos da pesquisa foram garantidos o anonimato, bem como o sigilo das informações, através de um documento firmado entre as partes do estudo, mediante assinatura de um termo de consentimento informado (v. anexo), contemplando todos os deveres e direitos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, dentro das mais acuradas e criteriosas normas éticas no processo de investigação científica envolvendo seres humanos.

7.4.2. Estratégia de coleta e tratamento estatístico dos dados

O Inquérito foi conduzido através de um questionário composto de perguntas fechadas, onde havia limitação de opções, e abertas, onde os respondentes podiam expressar livremente seu pensamento (v. anexo).

A aplicação do questionário foi feita por entrevistadores treinados com duração média de aproximadamente 50 minutos.

Após a sua elaboração inicial, em setembro de 2000, o questionário foi submetido a um estudo piloto, que teve os seguintes objetivos: treinar os pesquisadores em campo, adequar questões e termos técnicos, observar a viabilidade e a operacionalidade da coleta de dados.

Com a finalidade de não esgotar as fontes de informações, o questionário submetido ao pré-teste foi aplicado na ABCR situada em Messejana, tendo sido respondido por 21 (vinte e um) PPD, divididos em 07(sete) por dia, em três vezes, onde, a cada aplicação, eram operadas mudanças para adequá-lo ao entendimento de quem possivelmente fosse respondê-lo.

Foram feitas modificações, a partir de quatro questionários diferentes, gerados mês a mês, no que diz respeito principalmente ao acesso, e que se estabilizaram quando não observamos mais qualquer dificuldade por parte do respondente.

Só após o estudo piloto, o instrumento definitivo foi aplicado durante o período de coleta de dados, compreendido entre os meses de julho e outubro de 2001.

Para o preenchimento desta etapa, a aplicação dos questionários, foram recrutados 02 (duas) fisioterapeutas, professoras do curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e 06 (seis) acadêmicos do curso de Fisioterapia da mesma universidade, vinculados à nossa atividade no Núcleo de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UNIFOR.

A escolha destes entrevistadores se apóia no fato de que os mesmos possuíam uma certa experiência em pesquisa de campo, um conhecimento sobre o tipo de cliente (sujeito da pesquisa) e afinidade com o assunto bem como facilidade para a lide com as variáveis envolvidas no estudo, contornando as dificuldades que podiam se originar a partir de entrevistadores leigos.

Os referidos entrevistadores foram treinados, ainda, no que diz respeito à relação entrevistador/entrevistado e também quanto aos aspectos éticos que deveriam ser observados na pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Ao grupo de entrevistadores coube:

- ◆ Aplicar o questionário junto aos portadores de deficiência física;
- ◆ Acompanhar com observações o andamento da pesquisa e aplicação do questionário em todas as suas etapas;

Estes entrevistadores se revezavam entre os períodos da manhã e da tarde, durante os dias úteis da semana, obedecendo a boa vontade e o horário disponibilizado pelo paciente para a aplicação do questionário, na tentativa de cobrir a totalidade dos portadores de deficiência física que compareciam à instituição para o tratamento.

Os dados obtidos foram apurados manualmente e tratados estatisticamente mediante a análise computadorizada, o que implica em dizer que

fizemos uso do software estatístico SPSS (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES), versão 10.0.

A apuração e análise das ocorrências das respostas entre os pesquisados não excluiu nenhum item do questionário, tendo sido obedecida a ordem das questões, tais como apresentadas aos respondentes.

A análise das questões, especialmente as fechadas, relacionadas com variáveis dicotômicas ou não, ocorreu através da estatística descritiva envolvendo as distribuições de freqüências em números absolutos e relativos.

Para as variáveis discretas, além da distribuição de freqüência, calculamos a média e o desvio padrão, apresentando os resultados de tais variáveis, por vezes, na forma de intervalos de classes a partir da devida recodificação.

As questões abertas foram, inicialmente, tratadas a partir da elaboração de uma lista de suas respectivas respostas, em seguida categorizadas empiricamente e depois recodificadas dentro das novas categorias criadas e logo após calculadas as devidas distribuições de freqüência.

7.5. ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação dos resultados, que se segue, foi organizada de acordo com a orientação dos objetivos do estudo, com o intuito de facilitar a compreensão de tais achados.

A constituição do perfil populacional dos portadores de deficiência física (PPD), envolvidos no estudo ($n = 61$), se deu a partir das seguintes características:

a) *Sócio educacionais:* (tabela 5)

Os PPD estudados apresentaram uma distribuição com relação à variável sexo de 55,7% masculinos e 44,3% femininos. A idade média observada foi de 53,32 anos (n válido = 59, desvio padrão = 16,81 anos e amplitude entre 17 e 84 anos), sendo que a faixa etária de maior freqüência (43,3%) foi entre 40 e 59 anos, considerada uma idade produtiva.

No tocante ao estado civil, a maioria, 55,7%, era de indivíduos casados ou em união, observamos também, 19,7% de solteiros, 18% de viúvos e 6,6%, em menor proporção, os separados/desquitados/divorciados.

Quanto à procedência, a maior proporção, 78,7%, provinha de Fortaleza, 13,1% da Região Metropolitana de Fortaleza, 4,9% do interior do estado do Ceará e apenas 3,3% provinha de outro estado.

Encontramos um percentual de 83,65 de PPD que sabiam ler e escrever, porém 13,1% ainda freqüenta a escola normalmente. Quando indagamos aos 86,9% de PDF que não freqüentam a escola os motivos para tal, as principais respostas, foram: que já tinham freqüentado (26,2%), que a patologia não permite (18%), sendo esta a que mais nos chamou a atenção, e que se considera fora da idade (11,5%).

Já o nível de escolaridade se concentrou representado pela metade da amostra, em 50,8%, no ensino fundamental incompleto, embora tenhamos encontrado 3,3%, que possuíaM o nível superior.

A variável "bairro", que lista os bairros onde residem os PDF, será apresentada e discutida em secção subsequente, onde traçamos um paralelo, com as linhas de transporte urbano para portadores de necessidades especiais e outro com as distribuição geográfica das ABCR.

Vale a pena ressaltar que nem sempre os respondentes do instrumento de coleta de dados foi o próprio PDF(65,6%), ficando o restante dos respondentes (informantes proxy) distribuídos entre os familiares (31,1%) e os acompanhantes (3,3%).

TABELA 05 - Distribuição dos PDF, na instituição participante do estudo, segundo as características sócio - educativas, em Fortaleza, 2001.

SEXO	FREQ.	%
Masculino	34	55,7
Feminino	27	44,3
TOTAL	61	100,0

FAIXA ETÁRIA	FREQ.	%
17 a 39 anos	11	18,3
40 a 59 anos	27	43,3
60 anos e mais	22	38,3
TOTAL	59	100,0
ESTADO CIVIL	FREQ.	%
Casado/Em união	34	55,7
Solteiro(a)	12	19,7
Viúvo(a)	11	18,0
Separado(a)/Divorciado(a)/Desquitado(a)	4	6,6
TOTAL	61	100,0
PROCEDÊNCIA	FREQ.	%
Fortaleza	48	78,7
Região Metropolitana de Fortaleza	8	13,1
Interior do Estado do Ceará	3	4,9
Outro estado	2	3,3
TOTAL	61	100,0
SABER LER E ESCREVER	FREQ.	%
Sim	51	83,6
Não	10	16,4
TOTAL	61	100,0
FREQÜÊNCIA À ESCOLA	FREQ.	%
Sim	8	13,1
Não	53	86,9
TOTAL	61	100,0
ESCOLARIDADE	FREQ.	%
Sem Estudo	3	4,9
Alfabetizado (a)	7	11,5
Ensino Fundamental Incompleto	31	50,8
Ensino Fundamental Completo	7	11,5
Ensino Médio Incompleto	4	6,6
Ensino Médio Completo	4	6,6
Nível Superior	4	6,6
Não sabe informar	2	3,3
	3	4,9
TOTAL	61	100,0

b) *Sócioeconômicas* : (tabela 6)

A concentração da renda familiar se apresentou com grande variabilidade (n válido = 53; média = R\$ 635,67; desvio padrão = R\$715,06 e amplitude entre R\$ 120,00 e R\$ 4.000,00).

Com base no valor do salário mínimo (SM) vigente no Estado do Ceará em maio de 2001 (R\$ 180,00), em 47,2% dos PDF entrevistados, ficaram na faixa de mais de 01 (um) SM (R\$ 181,00) a 03 (três) SM (R\$540,00), sendo que 20,8% tinham renda inferior ou igual a 01 (um) SM e apenas 15,1% tinham rendimentos acima de 05 (cinco) SM (R\$ 901,00).

Em relação à ocupação antes de ser portador da deficiência, apenas 4,9% não tinham nenhuma e 95,1% tinham alguma ocupação dentre as mais variadas possíveis.

Já o percentual de quem tem atualmente uma ocupação decresceu para 14,8%, contra 85,2% dos PDF que não tinham até a entrevista qualquer ocupação.

Investigamos sobre a possibilidade do PDF possuir algum plano de saúde privado, e obtivemos que 77% dos PDF não possuem e 23% possuem algum plano de saúde privado.

No que diz respeito à participação econômica do PDF na renda familiar 59% dos mesmos, participam principalmente com a aposentadoria por invalidez (31,1%) e o restante, 41%, não participam de forma nenhuma.

TABELA 06 - Distribuição dos PDF, na instituição participante do estudo, segundo as características sócio - econômicas, em Fortaleza, 2001

RENDA FAMILIAR	FREQ.	%
Menor ou igual a R\$ 180,00	11	20,8
R\$ 181,00 até R\$ 540,00	25	47,2
R\$ 541,00 até R\$ 900,00	9	17,0
Maior ou igual a R\$ 901,00	8	15,1
TOTAL	53	100,0
OCUPAÇÃO ANTES DE SER PDF	FREQ.	%
Sim	58	95,1
Não	3	4,9
TOTAL	61	100,0

OCUPAÇÃO ATUALMENTE	FREQ.	%
Sim	9	14,8
Não	52	85,2
TOTAL	61	100,0
PLANO DE SAÚDE	FREQ.	%
Sim	14	23,0
Não	47	77,0
TOTAL	61	100,0
Participa	23	37,7
Aposentadoria/ Auxílio Doença	7	11,5
Salário/ Negócio Próprio/Venda da Produção	5	8,1
Pensão/Aluguel/Aposentadoria de Outros	35	57,3
SUBTOTAL	26	42,7
Não participa /Não Respondeu		
TOTAL	61	100,0

c) *Relacionadas com a deficiência: (tabela 7)*

Os clientes PDF que mais compareceram ao serviço em questão, na proporção de 70,5%, foram os que apresentavam Hemiplegia, seguidos pelos que apresentavam, na proporção de 8,2%, respectivamente, Paraplegia, Amputação; 4,9% os com Ataxia de Membros Superiores e Inferiores; 3,3% os com Tetraparesia e com 1,6% , cada, os com Tetraplegia, Hemiparesia e Diplegia.

Dentre as causas da deficiência, encontram-se, em maior percentual, as doenças vasculares primárias ou secundárias (72,1%), as congênitas (8,2%), os acidentes de trânsito (6,6%), neurológicas (4,9%), os acidentes por arma de fogo (3,3%) e acidentes domésticos, de trabalho e por arma branca (1,6% cada).

Os indivíduos do estudo já são portadores da deficiência há um tempo médio de 1.722,15 dias (n válido = 59; desvio padrão = 2.318,39 dias e a amplitude de 30 a 10.950 dias), ou seja, quase cinco anos. Como se pode observar, há uma grande variabilidade na distribuição desta variável.

Ao perguntarmos se eles tinham noção da reversibilidade da deficiência, 41% sabiam ou tinham sido avisados por um profissional de saúde, que o problema

era irreversível, 34,4% era reversível, 14,8% tinham a situação indefinida (SIC) e apenas 9,8% dos respondentes não sabiam informar.

Outra variável considerada, foi o meio de locomoção, uma vez que 37,7% andam sozinhos sem qualquer auxílio, ou seja, são independentes, 31,1% fazem uso de cadeira de rodas, 14,8% andam com o auxílio de muletas, 13,1% se locomovem porque são carregados por alguém e respectivamente 1,6% utilizam aparelho ortopédico ou precisam de prótese para se locomover.

TABELA 07 - Distribuição das PDF, na instituição participante do estudo, com relação à deficiência, em Fortaleza, 2001.

TIPO DE DEFICIÊNCIA	FREQ.	%
Hemiplegia	43	70,5
Paraplegia	5	8,2
Tetraplegia	1	1,6
Amputação	5	8,2
Hemiparesia	1	1,6
Tetraparesia	2	3,3
Diplegia	1	1,6
Ataxia de membros superiores e inferiores	3	4,9
TOTAL	61	100,0
CAUSAS DA DEFICIÊNCIA	FREQ.	%
Acidente de Trânsito	4	6,6
Acidente Doméstico	1	1,6
Agressão por Arma de Fogo	2	3,3
Agressão por Arma Branca	1	1,6
Acidente de Trabalho	1	1,6
Congênita	5	8,2
Doença Vascular Primária ou Secundária	44	72,1
Neurológica	3	4,9
TOTAL	61	100,0
REVERSIBILIDADE DA DEFICIÊNCIA	FREQ.	%
Irreversível	25	41,0
Reversível	21	34,4
Situação Indefinida	9	14,8
Não sabe informar	6	9,8
TOTAL	61	100,0

MEIO DE LOCOMOÇÃO NA VIDA DIÁRIA	FREQ.	%
Cadeira de rodas	19	31,1
Muletas	9	14,8
Carregado por Alguém	8	13,1
Aparelho Ortopédico (Tutor)	1	1,6
Anda com Prótese	1	1,6
Anda Sozinho sem qualquer ajuda (independente)	23	37,7
TOTAL	61	100,0

A descrição dos resultados a partir da distribuição das informações encontradas através das variáveis que representam os óbices, os fatores de facilitação do acesso, bem como os mecanismos pessoais usados por estes PDF que conseguiram ter acesso ao referido serviço estão sistematizadas:

a) De acordo com o Processo de Reabilitação: (tabela 8)

Com relação à orientação sobre a necessidade da participação de um programa de reabilitação, 96,7% receberam este tipo de orientação e apenas 3,3% não receberam orientação nenhuma.

Dentre os PDF que receberam a orientação, desconsiderando os 3,3% que não responderam ou não sabiam informar, 75,4% foram orientados no sentido de procurar assistência fisioterapêutica e 11,5% receberam orientação médica, respectivamente, 1,6% receberam orientação para procurar assistência fonoaudiológica, fisioterapêutica, terapêutica ocupacional de forma associada, somente fisioterapêutica e terapêutica ocupacional também de forma associada, e, para procurar um serviço de reabilitação.

A variável orientação citada acima foi dada em 80,3% dos casos por profissionais de saúde, 8,2% por amigos, 4,9% por familiares e 3,3% por companheiros da enfermaria/outros.

Quanto ao encaminhamento a um serviço de reabilitação, 93,4% dos PDF foram encaminhadas de alguma forma a um serviço de reabilitação e 6,6% não foram encaminhados por ninguém.

Da proporção de PDF encaminhadas, 57,3% foram encaminhados por médicos através de guias, 14,7% foram encaminhadas por médicos sem guias.

Encontramos outros profissionais que fizeram encaminhamento sem guias, o fisioterapeuta (3,3%), o assistente social (3,3%), o educador físico (1,6%). Também houve respondentes que não informaram o tipo de encaminhamento (9,8%) e curiosamente um PDF (1,6%) disse não necessitar de encaminhamento porque já era o 2º AVC (SIC).

Como podemos constatar, a maioria dos encaminhamentos de maneira formal ou informal foi conduzida por um profissional de saúde (85,2%).

Porém, não podemos deixar de citar outras pessoas que também encaminharam os PDF, de uma forma ou de outra, tais como familiares (6,6%), amigos (1,6%) e até um PDF (6,6%) que se auto-encaminhou.

A respeito de terem recebido a assistência reabilitatória ainda no hospital, 54,1% dos PDF não a receberam, 42,6% a receberam e apenas 3,3% não lembram de ter recebido.

Para estes que não receberam assistência (54,1%) no hospital, foi investigado o motivo para tal. Alguns, 9,8%, justificaram por não terem sido hospitalizados, e a maioria disse não conhecer o motivo.

TABELA 08 - Distribuição de frequência, dos aspectos vinculados ao processo de reabilitação, de acordo com os PDF da instituição participante do estudo, em Fortaleza, 2001.

ORIENTAÇÃO SOBRE A NECESSIDADE DA REABILITAÇÃO	FREQ.	%
Sim	59	96,7
Não	2	3,3
TOTAL	61	100,0
TIPO DE ORIENTAÇÃO	FREQ.	%
Procurar Assistência Fisioterapêutica	46	75,4
Orientação Médica (SIC)	7	11,5
Procurar Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia	1	1,6
Procurar Fisioterapia e Terapia Ocupacional	1	1,6
Procurar um Serviço de Reabilitação	1	1,6
Não souberam informar/ Não responderam	2	3,3
Não receberam orientação	2	3,3
TOTAL	61	100,0

QUEM DEU A ORIENTAÇÃO	FREQ.	%
Profissional de Saúde	49	80,3
Amigos	5	8,2
Familiares	3	4,9
Companheiros de Enfermaria/Outros	2	3,3
Ninguém orientou	2	3,3
TOTAL	61	100,0
ENCAMINHAMENTO PARA UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	FREQ.	%
Sim	57	93,4
Não	4	6,6
TOTAL	61	100,0
QUEM FEZ ESTE ENCAMINHAMENTO	FREQ.	%
Profissional de saúde	52	85,2
Familiares	4	6,6
O próprio	4	6,6
Amigos	1	1,6
TOTAL	61	100,0
COMO FOI FEITO O ENCAMINHAMENTO	FREQ.	%
Através do Médico com guia	35	57,3
Através do Médico sem guia	9	14,7
Através do(a) Fisioterapeuta	2	3,3
Através do(a) Assistente Social	1	1,6
Através do(a) Assistente Social e do (a) Médico(a)	1	1,6
Através do Educador (a) Físico(a)	1	1,6
O PDF se auto encaminhou	1	1,6
Não informaram	6	9,8
Não foram encaminhados	4	6,6
TOTAL	61	100,0
ASSISTÊNCIA REABILITATÓRIA AINDA NO HOSPITAL	FREQ.	%
Sim	26	42,6
Não	33	54,1
Não lembra	2	3,3
TOTAL	61	100,0

c) Sobre a assistência (tratamento) na instituição: (tabela 9)

Em nossa amostra existiam 42,6% de PDF que já tinham estado em outras instituições diferentes da instituição em foco, e não permaneceram nelas pelos mais diversos motivos, especialmente: 8,2%, por não estarem evoluindo; 4,9%, por falta de dinheiro para o transporte.

Já do total de 57,4% que ainda não tinham estado em nenhuma outra instituição, quando investigamos as razões pelas quais não procuraram outra instituição, quase a metade dos PDF (24,6%) relataram terem sido encaminhados diretamente para a instituição em questão. Coincidentemente, estes indivíduos (24,6%) representam o mesmo percentual anterior proporcional de PDF que, de uma forma ou de outra, tinham sido encaminhados a um serviço de reabilitação (93,4%).

Os PDF comparecem à instituição, de um a cinco dias por semana para realizarem o tratamento. Contudo, 52,5%, mais da metade dos indivíduos em estudo, vêm dois dias por semana seguidos por 36,1% dos PDF que vêm três dias na semana.

O tempo médio em minutos de permanência, por dia de atendimento, na instituição é de 133,52 minutos (n válido = 61, desvio padrão = 54,75 minutos e amplitude de 30 a 240 minutos) apresenta-se com grande variabilidade, ou seja a média de permanência é de cerca de duas horas e vinte e dois minutos.

Para uma melhor compreensão acerca do tempo de permanência na instituição, atribuímos categorias e verificamos que a grande maioria (45,9%) dos PDF, permanece de uma até duas horas na instituição por dia de atendimento.

Uma pequena parte de respondentes (9,8%) relata não saber o porquê de tanto tempo ou não ter informado, muito embora 90,2% dos casos atribuam este tempo à soma do tempo de espera para o tratamento com o tempo de atendimento. Assim, tudo indica que o tempo aumenta à medida em que as modalidades terapêuticas como a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia são associadas.

TABELA 09 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos relacionados à assistência reabilitatória em instituições especializadas, em Fortaleza, 2001.

FREQÜÊNCIA DO TRATAMENTO EM DIAS NA SEMANA	FREQ.	%
Um dia	2	3,3
Dois dias	32	52,5
Três dias	22	36,1
Quatro dias	2	3,3
Cinco dias	3	4,9
TOTAL	61	100,0
TEMPO DE PERMANÊNCIA POR DIA DE TRATAMENTO	FREQ.	%
30 a 60 minutos	9	14,8
61 a 120 minutos	28	45,9
121 a 180 minutos	16	26,2
181 a 240 minutos	8	13,1
TOTAL	61	100,0
TRATAMENTO ANTES EM OUTRA INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Sim	26	42,6
Não	35	57,4
TOTAL	61	100,0
MOTIVOS PELOS QUAIS NÃO PERMANECERAM EM OUTRA INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Não evoluíam/ melhoravam	5	8,2
Falta de dinheiro para o transporte	3	4,9
Férias dos profissionais	2	3,3
Alta hospitalar	2	3,3
Clínica fechou	2	3,3
Distância de casa	2	3,3
Tratamento temporário/Tratamento para outro diagnóstico	2	3,3
Limitação do nº de atendimentos pelo plano de saúde	1	1,6
Falta de acompanhante e transporte	1	1,6
Melhora no quadro	1	1,6
Mudança de residência (outro estado)	1	1,6
Ausência de Fonoaudiologia	1	1,6
Tratamento era particular	1	1,6
Burocracia para renovação de guias	1	1,6
Não informou	1	1,6
TOTAL	26	42,6

RAZÕES PELAS QUAIS NÃO PROCUROU A INSTITUIÇÃO EM ESTUDO	FREQ.	%
Encaminhamento direto para a instituição	15	24,6
A instituição era próxima a sua residência	2	3,3
Assistência hospitalar/particular	4	6,5
Conseguiram vaga e /ou bom atendimento	3	4,9
Não sabiam onde procurar/ não necessitavam/procuraram em hospitais	4	6,5
Não procuraram outro lugar/ não sabem/ não informaram	10	11,6
TOTAL	35	57,4

d) De acordo com o acesso dos PDF ao serviço do estudo: (tabela 10)

Dentre os PDF, 75,4% referem ter passado algum tempo em casa, desde o agravo/doença até conseguir ter acesso ao tratamento (tempo para o acesso) e 24,6% não fizeram referência a tal tempo.

O tempo em dias, tratado acima, apresentou uma média de 280,34 dias (n válido = 41; desvio padrão = 800,44 dias e amplitude de 02 a 4.745 dias), embora não tenha sido possível fazer todos os registros, pois vinte entrevistados não responderam esta pergunta.

Os motivos principais, com relação às maiores proporções, pelos quais este tempo para o acesso ocorreu, estão relacionados em 16,4% com o período necessário para conseguir vaga na instituição, 14,8% atribuíram ao fato de que não tinham condições físicas para ir ao tratamento, 8,2% por dificuldade de locomoção, 6,6% por comodismo pessoal ou por opção própria ou por ter começado tarde o tratamento e 4,9% por falta de vaga devido às férias dos profissionais.

Com relação aos que não passaram nenhum tempo em casa antes de conseguir ter acesso ao tratamento (24,6%), a razão de maior destaque se refere ao encaminhamento e vagas imediatas em 11,5% das respostas.

A dificuldade de arranjar o tratamento em um serviço de reabilitação (dificuldade para o acesso) se dividiu entre 77% dos PDF que relataram não ter tido nenhum tipo de dificuldade e 23% que tiveram tal tipo de dificuldade.

As causas de tal dificuldade para o acesso foram para 14,8% dos PDF falta de vaga na instituição procurada e para 1,6%, respectivamente, burocracia, falta de dinheiro para o transporte e residência no interior.

Os mecanismos encontrados pelos PDF que tiveram algum tipo de dificuldade para conseguirem a vaga (tratamento) foram os seguintes: 8,2% esperaram a vaga, 6,6% fizeram uso da rede de relações sociais, e 1,6% conseguiu através do Serviço Social da própria instituição.

Queremos destacar, também, os mecanismos pessoais pelos quais os PDF, que relataram não ter tido dificuldade de arranjar vaga, conseguiram acesso ao tratamento.

Considerando as maiores proporções, 19,7% fizeram uso de sua rede de amizades, 18% atribuíram o acesso à disponibilidade de vaga na instituição e 11,5% ao pronto atendimento da instituição participante do estudo.

Os demais mecanismos, em proporções menores, se encontram listados na tabela abaixo.

TABELA 10 - Distribuição de frequência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos relacionados ao acesso à assistência reabilitatória no serviço em questão, em Fortaleza, 2001.

TEMPO EM CASA ANTES DE TER ACESSO	FREQ.	%
Sim	46	75,4
Não	15	24,6
TOTAL	61	100,0
MOTIVOS PARA O ACESSO IMEDIATO	FREQ.	%
Encaminhamento e vaga imediatos	7	11,5
Esteve primeiro em outra ABCR (José Walter)	1	1,6
Recebeu assistência desde o hospital	1	1,6
Devido ao convênio	1	1,6
Recebeu assistência em domicílio	1	1,6
Não informaram	4	6,6
TOTAL	15	24,6

MOTIVOS PELOS QUAIS NÃO TEVE ACESSO IMEDIATO	FREQ.	%
Tempo para conseguir a vaga	10	16,4
Sem condições físicas	9	14,8
Dificuldade de locomoção	5	8,2
Comodismo pessoal/opção própria/ começou tarde o tratamento	4	6,6
Falta de vaga devido as férias dos profissionais	3	4,9
Dificuldade de locomoção e financeira	2	3,3
Dificuldade financeira	1	1,6
Demora no resultado dos exames	1	1,6
Esqueceu que a instituição prestava este serviço	1	1,6
Falta de orientação	1	1,6
Medo da terapia	1	1,6
Não conhecia a instituição	1	1,6
Não encontrava local para o tratamento	1	1,6
Procurou uma instituição mas não oferecia o que precisava	1	1,6
Recebeu assistência particular em domicílio	1	1,6
Não informaram	4	6,6
TOTAL	46	75,4
DIFICULDADE EM CONSEGUIR O TRATAMENTO	FREQ.	%
Sim	14	23,0
Não	47	77,0
TOTAL	61	100,0
CAUSAS PARA A DIFICULDADE EM CONSEGUIR O TRATAMENTO	FREQ.	%
Falta de vaga	9	14,8
Falta de dinheiro para o transporte	1	1,6
Burocracia	1	1,6
Morava no interior	1	1,6
Não responderam/não sabem	2	3,3
TOTAL	14	23,0
MECANISMOS PARA CONSEGUIR A VAGA / ASSISTÊNCIA	FREQ.	%
Esperaram vaga	5	8,2
Através de amizades	4	6,6
Através do Serviço Social da própria instituição	1	1,6
Não responderam	4	6,6
TOTAL	14	23,0

MOTIVOS PARA A NÃO DIFICULDADE EM CONSEGUIR A VAGA NA INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Conhecia alguém	12	19,7
Disponibilidade de vaga	11	18,0
Pronto atendimento da instituição	7	11,5
Vieram encaminhados	2	3,3
Sorte	1	1,6
Convênio interinstitucional	1	1,6
Problema era sério	1	1,6
Ex-cliente (2ºAVC)	1	1,6
Esperou um tempo	1	1,6
Não conseguiu explicar	1	1,6
Não responderam/Não sabiam informar	9	14,8
TOTAL	47	77,0

e) Acesso de acordo com os aspectos sócio-econômicos : (tabela 11)

O instrumento de coleta de dados revelou que 49,2% dos PDF tinham algum tipo de dificuldade para comparecer ao tratamento, ou seja, vir até a instituição, contra 50,8% que não tinham qualquer dificuldade.

Encontramos maiores representatividades percentuais, para tais dificuldades no que se refere à dificuldade financeira para o deslocamento (18%), ao ato de apanhar ônibus (11,5%) e à dificuldade de locomoção (9,8%).

Dentro dos mecanismos encontrados pelos PDF para vencer estas dificuldades, os resultados, embora que tímidos, incluem a rede de relações sociais em torno destes indivíduos, como p. ex., o fato de pedir ajuda a amigos (3,3%) ou a familiares (1,6%), juntar-se com PDF que moram próximos uns dos outros e fretarem um carro (1,6%).

Ainda para cobrir as despesas de deslocamento para o tratamento, outra dificuldade já citada, eles trabalham (3,3%), tiram da aposentadoria (1,6%), pedem dinheiro emprestado (1,6%) ou ainda, vão a pé (1,6%).

Exploramos, também, o fato de alguns PDF afirmarem não terem dificuldade em vir à instituição. Os motivos pelos quais isto ocorreu, de acordo com as maiores frequências, são devido em 13,1% das respostas à independência para

locomoção (andam sem ajuda de ninguém), 11,5% porque vêm de carro e 6,6% por possuírem transporte próprio.

A forma de deslocamento que os PDF fazem uso para vir ao tratamento é 49,2% através de transporte coletivo (ônibus, transporte alternativo etc.), 23% através de carro de aluguel (táxi, fretamento etc.), 13,1% em carro próprio, 4,9%, respectivamente em carro de amigos ou familiares, 3,3% eram transportados por carros de alguma instituição e apenas 1,6% era transportado em um carro da instituição do estudo não se sabe por qual razão, já que a mesma não possui, atualmente, um veículo para o transporte de clientes.

O tempo de deslocamento, em minutos, que os PDF gastam, em média, para virem de suas residências até a instituição, foi de 37,12 minutos (n válido = 57; desvio padrão = 23,58 minutos, amplitude de 5 minutos a 2 horas).

Quanto ao financiamento deste tipo de deslocamento dos PDF do estudo, em sua maioria é feito, 41% pela família, 39,1% pelo próprio PDF, 18% por alguma instituição, incluindo a do estudo, que fornece vales transporte para seus clientes carentes (via Serviço Social), e respectivamente 3,3% por amigos com doações ou outros tipos de financiamento de tal custo.

Trabalhamos a descrição das despesas de custeio de duas maneiras: uma através do custo médio, em reais, por dia em que o PDF vinha para o tratamento, que foi de R\$ 8,51 (n válido = 46; desvio padrão = R\$10,61 e amplitude de R\$ 1,25 a R\$ 50,00) e a outra maneira foi através das categorias, denominadas custo baixo (inferior ou igual a R\$ 2,00), médio (entre R\$ 2,01 e R\$ 10,00) e alto (igual ou superior a R\$ 10,01). O ponto de corte foi em torno de R\$ 2,00, ou seja, aproximadamente o custo de dois vales transporte.

Assim, a distribuição se delineou da seguinte maneira: 39,1% na categoria custo baixo, 41,3% na categoria custo médio e 19,6% na categoria considerada como custo alto.

TABELA 11 - Distribuição de frequência dos PPD da instituição em estudo, de acordo com os aspectos sócioeconômicos do acesso, em Fortaleza, 2001.

ALGUM TIPO DE DIFICULDADE PARA VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
Sim	30	49,2
Não	31	50,8
TOTAL	61	100,0
TIPO DE DIFICULDADE PARA VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
Apanhar ônibus	7	11,5
Dificuldade de locomoção	6	9,8
Dificuldade Física	1	1,6
Distância	1	1,6
Falta de transporte próprio	2	3,3
Financeira para o deslocamento	11	18,0
Transporte, financeira e a distância	1	1,6
Não respondeu	1	1,6
TOTAL	30	49,2
MECANISMOS PARA VENCER A DIFICULDADE DE VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
As enfrentam	3	4,9
Está melhorando	1	1,6
Junta-se com pacientes que moram perto e fretam um carro	1	1,6
Não vem quando não tem dinheiro	1	1,6
Trabalha	2	3,3
Os familiares ou amigos ajudam	3	4,9
Pede dinheiro emprestado	1	1,6
Tira da aposentadoria	1	1,6
Vem a pé	1	1,6
Só vem porque precisa	3	4,9
Não responderam	13	21,3
TOTAL	30	49,2

MOTIVOS PELOS QUAIS NÃO TIVERAM DIFICULDADE DE VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
Andam sozinho	8	13,1
Não sente dificuldade	2	3,3
Paradas de ônibus próximas a residência e a instituição	2	3,3
Recebem ajuda de familiares e amigos	2	3,3
Transporte próprio	4	6,6
Vem de carro para o tratamento	7	11,5
Não responderam	6	9,8
TOTAL	31	50,8
FORMA DE DESLOCAMENTO PARA VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
Transporte coletivo	30	49,2
Carro de aluguel	14	23,0
Carro próprio	8	13,1
Carro de amigos	3	4,9
Carro de familiares	3	4,9
Num transporte da instituição	1	1,6
Transporte de uma instituição (outra)	2	3,3
TOTAL	61	100,0
QUEM FINANCIAM O DESLOCAMENTO PARA VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
O próprio PDF	21	34,4
A família	25	41,0
Doações de amigos	2	3,3
Alguma instituição	11	18,0
Outros	2	3,3
TOTAL	61	100,0
CUSTO DIÁRIO DO DESLOCAMENTO PARA VIR AO TRATAMENTO	FREQ.	%
Baixo custo com valores menores ou iguais a R\$ 2,00	18	39,1
Médio custo com valores entre R\$ 2,01 a R\$ 10,00	19	41,3
Alto custo com valores acima ou iguais a R\$ 10,01	9	19,6
TOTAL	46	100,0

f) Referente ao acesso físico (arquitetônico) e geográfico:

Questionamos quanto à existência de algum obstáculo físico que impedisse ou dificultasse a locomoção dos PDF de sua residência até a instituição deste estudo, 57,4% responderam de forma negativa e 42,6% de forma positiva.

O tipo de obstáculo em maior proporção (14,8%) foi o de subir e descer do ônibus. No entanto, 6,6% mencionaram dificuldades com o espaço urbano para locomoção com a cadeira de rodas e 3,3% reclamaram das calçadas altas e mal feitas.

Surgiram também outros obstáculos com proporções de 1,6%, respectivamente, tais como: a movimentação dentro do ônibus, o calçamento e o trânsito, as escadas e as calçadas sem rampas, a falta de transporte coletivo adaptado, os batentes, o peso da cadeira de rodas, dentre outros.

Chamou-nos atenção apenas uma única referência (1,6%) relacionada ao preconceito das pessoas (barreiras invisíveis) no tocante à condição de ser diferente da maioria das pessoas que são consideradas normais para os padrões da sociedade.

Questionamos também quanto à existência de obstáculos dentro da instituição do estudo, onde 88,5% das respostas foram negativas e 11,5% foram positivas, excluindo os 4,9% que não responderam qual era o obstáculo, se dividiram em 1,6%, respectivamente: deslocamento com a cadeira de rodas; dor ao subir rampa; ausência de corrimão na rampa; o tipo de piso de um dos pavimentos; e a subida na rampa em cadeira de rodas sem auxílio de um funcionário da instituição.

Indagamos sobre o conhecimento da existência de alguma instituição que oferecesse serviço de recuperação física aos PDF, a maioria (62,3%) respondeu desfavoravelmente e o restante (37,7%) favoravelmente.

Os motivos de não estarem realizando o tratamento em tais instituições foram os mais variados possíveis. Dentre eles, 11,5% consideram que o serviço da instituição deste estudo era melhor, 8,2% consideraram que o outro serviço mais próximo de suas residências não atendia às necessidades do tratamento, 3,3%, respectivamente, consideraram difícil o acesso e o serviço era particular.

TABELA 12 - Distribuição de freqüência dos PDF da instituição em estudo, de acordo com os aspectos geográficos do acesso, em Fortaleza, 2001.

EXISTÊNCIA DE ALGUM OBSTÁCULO QUE IMPEÇA OU DIFICULTE A LOCOMOÇÃO DE CASA ATÉ A INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Sim	26	42,6
Não	35	57,4
TOTAL	61	100,0
TIPO DE OBSTÁCULO QUE IMPEÇA OU LIMITE A LOCOMOÇÃO DE CASA ATÉ A INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Espaço físico para locomoção com cadeira de rodas	4	6,6
Subir e descer do ônibus	9	14,8
Calçadas altas e mal feitas	2	3,3
Calçamento e trânsito	1	1,6
Deslocamento dentro do ônibus	1	1,6
Escadas/Calçadas sem rampas	1	1,6
Falta da Prótese	1	1,6
Falta de transporte coletivo	1	1,6
Os batentes	1	1,6
Peso da cadeira de rodas	1	1,6
Ruas não apropriadas e o preconceito das pessoas	1	1,6
Subir nos ônibus e os batentes nas calçadas	1	1,6
Não respondeu	1	1,6
Não existe obstáculo	36	59,0
TOTAL	61	100,0
EXISTÊNCIA DE ALGUM OBSTÁCULO QUE IMPEÇA OU DIFICULTE A LOCOMOÇÃO DENTRO DA INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Sim	7	11,5
Não	54	88,5
TOTAL	61	100,0
TIPO DE OBSTÁCULO QUE IMPEÇA OU LIMITE A LOCOMOÇÃO DENTRO DA INSTITUIÇÃO	FREQ.	%
Deslocamento com a cadeira de rodas	1	1,6
Dor nos joelhos durante a subida na rampa	1	1,6
Falta de corrimão na rampa e o tipo de piso do sub-solo	1	1,6
Subir e descer rampas sozinho na cadeira de rodas	1	1,6
Não responderam	3	4,9
Não existe obstáculo	54	88,5
TOTAL	61	100,0

CONHECIMENTO SOBRE OUTRO SERVIÇO NO BAIRRO DE RESIDÊNCIA	FREQ.	%
Sim	23	37,7
Não	38	62,3
TOTAL	61	100,0
MOTIVOS PARA NÃO UTILIZAREM OS SERVIÇOS EXISTENTES NO BAIRRO DE RESIDÊNCIA	FREQ.	%
O Serviço da instituição é melhor	7	11,5
Não atende as necessidades do tratamento	5	8,2
Difícil acesso	2	3,3
É particular	2	3,3
Espaço pequeno e grande volume de clientes para um profissional	1	1,6
Por não conhecer ninguém na clínica	1	1,6
A instituição na época estava em reforma	1	1,6
Outra filial da instituição não oferece o que a mesma oferece	1	1,6
Não sabe a razão	1	1,6
Não responderam	2	3,3
Não conhece nenhum serviço no seu bairro	38	62,3
TOTAL	61	100,0

7.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo aborda, essencialmente, a acessibilidade em seus aspectos sócio-econômicos e geográficos de portadores de deficiência física (PDF) a uma Instituição que oferece serviços de reabilitação com uma equipe completa de profissionais de saúde.

Considerando os objetivos da pesquisa de campo, reconhecendo a limitação do estudo e sabendo da impossibilidade de extrapolar os achados desta pesquisa ou de realizar uma análise inferencial, dada a técnica amostral, por conveniência (intencional), com um número muito reduzido na amostra ($n = 61$), resolvemos explorar as variáveis que se mostraram relevantes, principalmente de acordo com algumas publicações que conseguimos obter, as quais utilizamos para nortear a discussão dos resultados desta pesquisa somada à nossa experiência profissional na prestação de serviços assistenciais de Fisioterapia para com o cliente

Portador de Deficiência Física (PDF) e ao longo de oito anos na Direção Executiva do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Sexta Região sediado em Fortaleza-CE .

Contudo, devemos considerar o que foi relatado no primeiro capítulo desta dissertação a respeito do não conhecimento do número exato de pessoas portadoras de deficiência, nem tampouco daquelas pessoas com deficiência física, fato que dificultou a investigação sobre este tema.

Considerar, ainda, que os entrevistadores somente conseguiram ter acesso, durante os quatro (04) meses de coleta de dados, a apenas sessenta e um (61) portadores de deficiência física (PDF), o que possivelmente caracterize um baixíssimo número de atendimento para o porte da Instituição em questão.

Através da condução e análise do inquérito, acreditamos que foi possível conhecer o perfil populacional dos referidos PDF, descrever os óbices para o acesso e elucidar os mecanismos que os levaram a acessar o serviço em questão.

A discussão de todos os aspectos inerentes ao acesso destes PDF a serviços especializados de reabilitação tornou-se difícil, pois não conseguimos encontrar, apesar de uma exaustiva procura, nenhum estudo com plena semelhança a este que elaboramos.

Conseguimos apenas estudos que investigassem o acesso a serviços de saúde, sem que, na maioria deles, o cliente/usuário fosse um portador de deficiência física.

Um estudo realizado por EL – KATHIB (1994) mostrou questionamentos sobre as dificuldades enfrentadas por pessoas portadoras de deficiência ao acessarem serviços de saúde de um modo geral.

Neste estudo o autor referiu acreditar que as soluções destas dificuldades não poderiam ser alcançadas fora do próprio contexto social que as ajudou a serem geradas.

Analisando os aspectos sociais da população estudada, iniciaremos pela variável bairro, ou seja, onde residiam os PDF que vinham para o tratamento na instituição localizada no centro da cidade, conforme a referência feita na seção anterior (análise descritiva).

A descrição desta variável demonstrou que os mesmos vinham dos mais diversos bairros de Fortaleza, fato que demonstra uma triagem débil no encaminhamento.

Relacionando tais bairros com as clínicas filiadas da instituição detectamos e inferimos que talvez fosse possível, com a orientação e encaminhamento devidos, o atendimento de 52,45% (32) destes PDF em outras clínicas da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação localizadas na periferia de Fortaleza e na Região Metropolitana, distribuídas na tabela 13, considerando as seguintes abreviaturas:

- ◆ Barra do Ceará – BC
- ◆ Centro – Ce
- ◆ Conjunto Ceará - CC
- ◆ Jacarecanga/ Morro do Ouro -MO
- ◆ José Walter - JW
- ◆ Jurema - Ju
- ◆ Messejana - Me
- ◆ Mucuripe - Mu
- ◆ Pirambu - Pi
- ◆ Serrinha – Se

TABELA 13 - Distribuição de frequência dos PDF, de acordo com os bairros de moradia e as possibilidades de atendimento nas clínicas da instituição do estudo, em Fortaleza, 2001.

BAIRRO DE MORADIA	FREQ.	%	CLÍNICAS FILIADAS
Aerolândia	1	1,6	Me
Aldeota	3	4,9	Ce
Autran Nunes	1	1,6	Ju / CC
Bairro Ellery	1	1,6	Mo / Ce
Benfica	2	3,3	Ce
Bom Jardim	1	1,6	CC
Canindezinho	1	1,6	Me

Castelão	1	1,6	Se
Caucaia	2	3,3	Ju
Centro	7	11,5	Ce
Cidade dos Funcionários	1	1,6	Me
Colônia	1	1,6	BC / Pi
Conjunto Barroso	1	1,6	Me
Conjunto Castelo de Castro	1	1,6	Me
Conjunto Palmeira	1	1,6	Me
Couto Fernandes	1	1,6	Ce
Cristo Redentor	1	1,6	BC / Pi
Edson Queiroz	1	1,6	Me
Henrique Jorge	1	1,6	CC
Itaperi	2	3,3	Se
Jangurusu	1	1,6	JW
Jardim América	1	1,6	Ce
Jardim das Oliveiras	1	1,6	Ce
João Paulo II	1	1,6	Me
João XVIII	1	1,6	CC
Joaquim Távora	1	1,6	Ce
José Walter	2	3,3	JW
Maracanaú	1	1,6	JW
Monte Castelo	1	1,6	Mo / Ce
N.S. das Graças	1	1,6	BC / Pi
Nova Metrópole	1	1,6	Ju
Olavo Oliveira	1	1,6	BC ou Pi
Pan Americano	1	1,6	Ce
Parangaba	2	3,3	Se
Parque Araxá	1	1,6	Ce
Parque Genibaú	1	1,6	Ju / BC
Parque São João	1	1,6	JW
Paupinas	1	1,6	Me
Piedade	3	4,9	Ce
Pio XII	2	3,3	Ce
Planalto do Pici	1	1,6	BC / Pi
Quintino Cunha	1	1,6	BC / Pi
Rodolfo Teófilo	1	1,6	Ce
São João do Tauape	2	3,3	Ce
TOTAL	61	100,0	

Então analisamos os aspectos relacionados com a deficiência e com as condições sócioeconômicas dos PDF.

Os tipos de deficiências apresentaram causas diversas nas seguintes proporções:

- ◆ as hemiplegias (70,5%) se originaram, em 90,7% (39) dos casos estudados, devido a doença vascular primária ou secundária (72,1%), em 4,7% (2) respectivamente, por acidente de trânsito (6,6%) e de forma congênita (8,2%);
- ◆ as paraplegias (8,2%) se originaram em 40% dos casos (2) devido a agressão por arma de fogo (3,3%), em 20% (1), respectivamente, dos casos por acidente de trânsito (6,6%), por doença vascular primária e/ou secundária (72,1%) e de forma congênita (8,2%);
- ◆ a tetraplegia (1,6%), caso único, se originou de forma congênita (8,2%);
- ◆ as amputações (8,2%) tiveram sua origem em 40% dos casos (2) devido a doença vascular primária e/ou secundária (72,1%), e em 20% dos casos (1), respectivamente, devido a acidente de trânsito (6,6%), agressão por arma de fogo (3,3%) e acidente de trabalho (1,6%);
- ◆ a hemiparesia (1,6%), caso único, teve sua origem na doença vascular primária e/ou secundária (72,1%);
- ◆ as tetraparesias (3,3%), tiveram como causas em 50% dos casos (1), respectivamente, os acidentes domésticos (1,6%) e os acometimentos neurológicos (4,9%);
- ◆ a diplegia (1,6%), caso único, teve como causa o acometimento neurológico (4,9%);
- ◆ as ataxias de membros (4,9%) tiveram como causas, em 33,3% dos casos (1), respectivamente, a doença vascular primária e/ou secundária (72,1%), o acometimento neurológico (4,9%) e de origem congênita (8,2%).

O quadro acima delineado confirma, pelo menos para esta amostra, fatos já conhecidos, estudados e esperados, no que se refere às más condições de

saúde, à educação, ao acometimento das doenças em pessoas jovens e a presença das doenças congênitas.

Durante o ano de 2000, segundo informações do Centro de Processamento de Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA/DECAS), foram feitas seis mil e setenta e duas (6.072) internações via Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que 84,03% (5.102) destes clientes sobreviveram à patologia e provavelmente alguns destes tornaram-se portadores de hemiplegia.

Devemos destacar também que, dentre os tipos de portadores de deficiência física, os que mais acessaram o serviço deste estudo foram os portadores de hemiplegia, que segundo o censo do IBGE de 1991 não constituíam o percentual maior de PDF (9,8%) na população cearense, já que os detentores desta posição foram os portadores de paraplegia (15,25%).

Com relação à ocupação dos PDF, 95,1% deles tinham alguma ocupação antes de serem portadores da deficiência e apenas 14,8% atualmente possuem algum tipo de ocupação, dado que nos fez refletir sobre a ressocialização e reinserção no mercado de trabalho, que aparentemente, com relação a esta pequena amostra, pode não estar funcionando como deveria e nem como preconiza a Reabilitação Profissional do Ministério da Previdência Social.

Por outro lado, pode mostrar também desinteresse ou falta de informação por parte do Portador de Deficiência Física quanto aos seus direitos para a reintegração no mercado de trabalho.

Entretanto, mais da metade dos PDF (57,3%), participam economicamente da renda familiar, principalmente com a aposentadoria ou com o auxílio doença (37,6%) que recebem da Previdência Social.

Constatamos a ausência de cobertura assistencial de saúde através de planos privados em 77% dos PDF, possivelmente relacionada à condição sócio-econômica destes indivíduos.

Os PDF que possuíam algum tipo de plano de saúde privado se concentraram em sua maioria (54,5%) na faixa de renda familiar (tabela 14) maior do que R\$ 901,00 (mais de cinco salários mínimos), muito provavelmente mostrando que a cobertura com plano de saúde é dependente da renda, sendo

expressivamente maior no grupo de maior poder aquisitivo, já que a maioria (54,8%) dos que não têm plano de saúde se encontram na faixa entre R\$ 181,00 (mais de um salário mínimo) até R\$ 540,00 (três salários mínimos).

TABELA 14 - Distribuição de PDF na instituição participante do estudo, segundo plano de saúde e as categorias de rendimento mensal de suas famílias, em Fortaleza, 2001.

RENDIMENTO MENSAL	PLANO DE SAÚDE		TOTAL
	SIM	NÃO	
Menor ou igual a R\$180,00		11 (26,2%)	11 (20,8%)
Entre R\$181,00 até R\$540,00	2 (18,2%)	23 (54,8%)	25 (47,2%)
Entre R\$ 541,00 até R\$ 900,00	3 (27,3%)	6 (14,3%)	9 (17,0%)
Maior ou igual a R\$ 901,00	6 (54,5%)	2 (4,8%)	8 (15,1%)
TOTAL	11 (100,0%)	42 (100,0%)	53 (100,0%)

Analisaremos e discutiremos, daqui por diante, o acesso dos PDF ao serviço do estudo (acesso à assistência reabilitatória no serviço) e de acordo também com aspectos relacionados ao processo de reabilitação.

O comportamento da variável encaminhamento demonstrou que 93,4% dos PPD que compareceram à instituição com encaminhamentos, em sua maioria, (57,3%) foram do tipo formal, ou seja, com guias emitidas por profissionais de saúde de outros serviços.

Verificando o tempo para o acesso ao serviço com relação ao tipo de deficiência, encontramos que a maior média de tempo, ocorreu entre os portadores de paraplegia, 1.713,33 dias (n =3; desvio padrão = 2.630,84 dias, ou seja, algo em torno de 5 (cinco) anos, seguida imediatamente por um portador de hemiparesia, com um tempo para o acesso de 1.460 dias, ou seja 04 (quatro) anos, o que representa uma diferença nas médias, entre os dois tipos de deficiência, de 253,33 dias. (v. tabela 15)

Este tempo para o acesso pode ter alguma ligação com o fato de que os portadores de paraplegia têm grande dificuldade de locomoção, sem contar com o fato de que, geralmente, a etiologia desta modalidade de incapacidade funcional é fundamentada em acidentes inesperados que modificam dramaticamente a vida destes seres humanos, podendo gerar algum tipo de "complexo", ou seja, a não aceitação da nova condição de vida que os impedem de se reintegrar na sociedade.

TABELA 15 - Análise descritiva do tempo que os PDF permaneceram em casa desde o agravo/doença até conseguir ter acesso ao serviço de reabilitação (tempo para o acesso) por tipo de deficiente, entre os entrevistados na instituição do estudo, em Fortaleza, 2001.

TIPO DE DEFICIÊNCIA	N	TEMPO PARA O ACESSO			
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Hemiplegia	27	130,07	336,89	2	1460
Paraplegia	3	1713,33	2630,84	30	4745
Tetraplegia	1	30,00	--	--	--
Amputação	5	239,00	302,25	15	730
Hemiparesia	1	1460,00	--	--	--
Tetraparesia	2	18,50	16,26	7	30
Diplegia	1	30,00	--	--	--
Ataxia de Membros	1	90,00	--	--	--
TOTAL	41	280,34	800,44	2	4745

Aproximadamente a metade dos PDF (42,6%) tiveram acesso à assistência reabilitatória desde a sua internação no hospital.

Quanto ao fato dos PDF terem percebido alguma dificuldade na tentativa de conseguirem a vaga na instituição em questão, curiosamente 77% dos mesmos não referiram nenhum tipo de dificuldade neste intento.

As razões principais para tal "facilidade" foram atribuídas em parte (18%) à disponibilidade de vaga, entretanto uma maior proporção (19,7%) referiram "*conhecer alguém*", onde aparece claramente uma rede de relações sociais em torno de si mesmo ou em torno da instituição.

Este mecanismo também foi observado por FRANCO & CAMPOS (1998), ou seja, o modo pelo qual pacientes tiveram acesso ao serviço de seu estudo (um hospital universitário) através de amizades com funcionários ou por outras maneiras não institucionais.

UNGLERT et al (1987) enfatizou que "*a acessibilidade deve ser considerada sob os aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais*", em sua pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde, usando uma abordagem de geografia em Saúde Pública .

Analisamos, a partir de então, os aspectos do acesso sócioeconômico relacionados ao tempo e ao custo de deslocamento dos PDF de suas residências até a instituição em questão, por dia de tratamento, aspectos também destacados por ABEL-SMITH & LEISERSON (1978), em um estudo com um objeto de estudo semelhante ao acima citado.

Dentre os PDF quase a metade (49,2%) tinha algum tipo de dificuldade em vir para a instituição, principalmente no que se referia ao aspecto financeiro (18%) deste deslocamento.

Mais uma vez, estas pessoas elucidaram que o mecanismo encontrado para vencer tais óbices era fazer uso de uma rede de relações sociais. Neste caso não só em torno de si ou da instituição, mas também em torno de um cooperativismo para alcançar um objetivo comum que se resumia em conseguir acessar diariamente o tratamento. (v. tabela 11)

A forma de deslocamento que os PPD mais fizeram uso foi o transporte coletivo (49,2%), sendo que o ato de apanhar ônibus (11,5%) apareceu como uma das principais dificuldades que os PPD enfrentam diariamente para ir à instituição.

A Empresa de Trânsito e Transportes Urbanos S.A. (ETTUSA) forneceu a informação de que, em fevereiro de 2000, transitavam por Fortaleza apenas oito (08) veículos de transporte coletivo adaptados.

Em maio de 2000 ocorreu um aumento para o dobro de veículos adaptados nas frotas de Fortaleza em novas rotas. A partir deste período, a ETTUSA elaborou um projeto de expansão da frota para cinquenta e seis (56) veículos em diferentes rotas a ser ainda implementado.

Outra dificuldade citada para o acesso diário dos PDF ao tratamento foi o fator econômico (18,0%) relacionado à falta de condições financeiras para o deslocamento até a instituição.

Esta dificuldade relatada poderia não existir em Fortaleza, se a Lei n.º 8.356 de 26 de outubro de 1999 (já assinada) tivesse sido implementada, pois dispõe sobre transporte urbano gratuito para a pessoa portadora de deficiência.

O custo deste deslocamento por dia de tratamento, em geral, para a maior proporção de PPD (41,3%) varia de R\$ 2,01 até R\$ 10,00, com valor médio, considerando todas as categorias de renda, de oito reais e cinquenta e um centavos (R\$ 8,51), quantia que pode ser considerada como alta, uma vez que 68% destes possuem renda familiar menor ou igual a R\$180,00 até R\$ 540,00 (v. tabela 6) e que a grande maioria dos PPD (88,6%) freqüentava de 2 a 3 três dias a instituição por semana (v. tabela 9), fatores que, somados, possivelmente aumentam a dificuldade para o acesso diário ao tratamento devido à carência financeira.

Para vencer tal obstáculo, os PPD demonstraram ativar o mecanismo de superação individual dos problemas, talvez ligado à grande necessidade do tratamento.

Esta inferência está em sintonia com o estudo de FRANCO & CAMPOS (1998) que também fizeram alusão à superação das dificuldades de deslocamento por pacientes, provavelmente porque os mesmos percebiam a gravidade ou a complexidade de suas patologias.

Um dos fatores citados por UNGLERT et al (1987) como aspecto importante para o real acesso é a distância que o cliente tem que percorrer de sua residência até o serviço.

Com base nesta afirmação, procuramos investigar através da possibilidade de um conhecimento por parte dos PDF sobre a existência de alguma outra instituição que oferecesse serviços de reabilitação em seu próprio bairro de

residência ou pelo menos próximo a ele, na tentativa de conhecer os reais motivos que o impulsionavam a ir para um serviço mais distante de suas residências.

Porém o que se apresentou, intrigantemente, foi que um pouco mais da metade dos PDF (62,3%) não tinha sequer o conhecimento sobre a existência de nenhum outro serviço ou ainda de outras clínicas da própria ABCR próximas de suas residências.

Todavia, aqueles que sabiam da existência de uma instituição próxima a sua residência (37,7%) listaram como principais motivos para não receber o tratamento nela: o serviço da ABCR era melhor (11,5%) ou por não suprir completamente a necessidade terapêutica (8,2%) para a melhora de seu estado de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira parte deste estudo procurou fornecer um panorama amplo de toda a problemática que envolve a população portadora de deficiência, dando ênfase aos aspectos relacionados com a assistência para a recuperação da saúde destas pessoas dentro de um processo maior de Reabilitação.

Inúmeras foram as dificuldades encontradas para a montagem deste panorama, pois confrontamo-nos com uma barreira na obtenção das informações mais atualizadas.

Inicialmente, quando fomos descrever a situação epidemiológica da população em estudo, procuramos o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a coleta dos dados.

Tivemos uma surpresa, pois apesar do Censo do ano 2000 referente a toda a população ter sido divulgado, de acordo com seus representantes no Ceará, não existem, até o momento, dados atualizados disponíveis referentes às Pessoas Portadoras de Deficiência.

Assim, fomos obrigados a delinear o capítulo I desta dissertação com base no Censo de 1991, no qual foi agregado um estudo específico para esta população.

Devido à dificuldade de encontramos os dados referentes aos outros capítulos, bem como a disponibilidade dos mesmos, tivemos que recorrer muitas vezes à Internet, sempre tendo o cuidado de ater-nos somente a Sites Oficiais para a catalogação dos dados necessários, principalmente no que diz respeito à legislação em todas as esferas administrativas de governo e às entidades

governamentais e não-governamentais que se ocupam dos direitos dos cidadãos Portadores de Deficiência.

O que se pode perceber, depois da montagem do panorama da acessibilidade à saúde como um todo, propositadamente abrangente, é que não existe ainda uma política sustentável para a implementação de estratégias para a atenção à saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, podendo ter como causa o desconhecimento real da situação da população brasileira que apresenta esta característica, considerando que atualmente todo o planejamento é feito pautado em estimativas.

Uma outra questão diz respeito à legislação que, em nossa opinião, é bem intencionada e realmente procura garantir os direitos destes cidadãos, o problema se resume no não cumprimento da lei e na impunidade para quem não a cumpre.

Outro aspecto facilmente detectável é o desconhecimento dos direitos por parte da população em foco, bem como a pouca integração entre as entidades governamentais, não-governamentais e as Pessoas Portadoras de Deficiência.

Considerando o termo Pessoa Portadora de Deficiência (PPD), pode-se constatar, na prática, o resgate da cidadania destas pessoas e que, para fortalecer e popularizar este termo, bastariam campanhas de orientação através dos meios de comunicação, visando instaurar uma mudança definitiva no pensamento e na ação, minimizando, ao máximo, as barreiras sociais denotadas através do preconceito da sociedade denominada de "normal" no que se refere aos padrões estéticos que devem ser mais agradavelmente visualizados.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência não está ainda divulgada como deveria ser. Talvez se assim fosse, despertasse um maior interesse e participação da sociedade, especialmente dos profissionais da Área de Saúde.

A Formação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Portador de Deficiência Física é essencial, uma vez que visa promover o atendimento especializado de que tanto necessitam estas pessoas, bem como abre possibilidades de articulação entre estes serviços e outros programas, principalmente com o Programa de Saúde da Família (PSF).

No tocante à Reabilitação Baseada na Comunidade, preconizada pelas políticas internacionais, desconhecemos ações abertas por parte do governo dirigidas para tal, apenas tomamos conhecimento de ações de entidades não-governamentais isoladas, como é o caso da Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), principalmente direcionadas para pessoas portadoras de deficiência mental.

Realmente, são claras e objetivas as dificuldades de se pesquisar tomando como objeto de estudo a problemática em torno dos PPD, demonstrando a necessidade de um número muito maior de pesquisas cada vez mais pontuais e articuladas entre si, com suporte integral do governo nas três esferas político-administrativas, a fim de subsidiar melhor o planejamento e a execução das ações em prol da saúde destes cidadãos que, em pleno terceiro milênio, enfrentam barreiras físicas e sociais para o simples exercício do direito de viver em sociedade.

Já a segunda parte deste estudo pretendeu mostrar o itinerário percorrido por algumas pessoas, desde que sofreram um agravo à saúde ou foram acometidas de uma patologia incapacitante, que as tornou portadoras de algum tipo de deficiência física até o momento em que conseguiram uma vaga, decorrente do acesso a uma instituição que ofertasse serviços especializados em reabilitação.

Neste percurso descobrimos fatores que poderiam ter obstado este acesso, denotando que o mesmo pode não ser tão universal e nem tampouco com tanta equidade, como preconiza o Sistema Único de Saúde e a Constituição Federal que amparam e resguardam como um direito líquido e certo.

As conclusões que se seguem foram delineadas, para maior compreensão do(a) leitor(a), respeitando a ordem dos objetivos específicos desta pesquisa, apresentados anteriormente.

Considerando sempre a maior proporção de portadores de deficiência física (PDF) que acessaram o referido serviço do estudo, no perfil da população estudada, observa-se maior número de indivíduos do sexo masculino, numa faixa etária considerada produtiva entre 40 e 59 anos independente do sexo, procedentes de Fortaleza, com ensino fundamental incompleto e com renda familiar entre um e três salários mínimos.

Estes indivíduos referem que antes de serem PDF, possuíam algum tipo de ocupação, porém, atualmente, a grande maioria não se encontra mais no

mercado de trabalho, embora, participem economicamente da renda familiar através do auxílio doença ou da aposentadoria que recebem da previdência.

Alguns PDF que recebem assistência reabilitatória na instituição envolvida na pesquisa, que é conveniada ao Sistema Único de Saúde, poderiam estar recebendo-a em outras instituições, acobertados por seus convênios ou por planos privados de saúde, no entanto não é o que se observa no estudo.

Todavia, na prática, tais convênios ou planos limitam a assistência, com um número pré-fixado de atendimentos ou não dão cobertura a determinados serviços especializados, sobretudo na área da recuperação da saúde, gerando este fluxo em direção aos serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Os portadores de hemiplegia, destacaram-se como os que mais acessaram o serviço no período do estudo. Talvez este acesso maior tenha ocorrido pelo fato de deambularem sozinhos ou se locomoverem com pouco auxílio, demonstrando uma certa independência.

Na maioria dos casos, este tipo de deficiência ocorreu por Acidente Vascular Cerebral (AVC), ligado a distúrbios vasculares primários ou secundários, possivelmente guardando uma relação de confirmação com os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), no que diz respeito à situação de internação hospitalar por Acidente Vascular no Ceará (v. capítulo VIII).

Percebe-se que os PDF que tiveram acesso à prestação dos serviços especializados de reabilitação, desde a internação em unidades hospitalares ou no próprio domicílio, receberam alguma orientação no sentido da necessidade de integração a um programa de reabilitação, dada a gravidade do caso e a importância de se prevenir novas incapacidades.

O encaminhamento destes PDF aos serviços de reabilitação, de uma forma ou de outra, ocorria e, normalmente eram formais, ou seja, através de guias de encaminhamento.

Mas, será que é o bastante para garantir o acesso deste cliente, o fato do mesmo receber uma guia de encaminhamento cujo teor, em geral, restringe-se apenas ao diagnóstico e indica a modalidade terapêutica à qual o PDF necessita se submeter, sem constar nenhum tipo de orientação quanto ao endereço da instituição

que ofereça este tipo de serviço, nem tampouco o itinerário do transporte coletivo adaptado que passe pelo menos próximo à instituição?

Abre-se, então, uma lacuna de conhecimento, passível de uma investigação mais apurada e mais pontual, mostrando que os profissionais de saúde não têm a menor noção da problemática como um todo.

No que diz respeito à assistência fornecida pela instituição em questão, os PDF consideram que a mesma atende a todas suas necessidades terapêuticas, especialmente na opinião daqueles que estiveram em outras instituições que não conseguiram suprir tais demandas assistenciais.

Possivelmente, é a restrição sócioeconômica que faz com que grande parte dos entrevistados apenas recebam assistência na instituição com frequência de dois a três dias por semana, lá permanecendo cerca de duas horas, por dia de atendimento, especialmente quando necessitam de mais de um tipo de terapia (p.ex. Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia).

O acesso dos PDF a este ou a outros serviços de reabilitação não ocorreu de modo imediato, já que, praticamente, todos os PDF relataram ter passado um período de tempo, em média de 280 dias, antes de conseguirem acessar tais serviços.

Este resultado vai de encontro aos nossos conhecimentos técnico-científicos, pois este acesso deveria ter sido imediato, com a finalidade de impedir ou retardar seqüelas, evitar ou minimizar maiores incapacidades.

Segundo informações dos próprios respondentes, entre as razões pelas quais não tiveram tal acesso imediato estão o tempo para conseguir vaga na instituição, a dificuldade de locomoção e a falta de condições físicas individuais.

Estas informações nos levaram a refletir e um novo questionamento vem à tona.

Será que não seria mais adequado nos casos mais extremos, inicialmente, ocorrer um contrafluxo na via atual de acesso, ou seja, o profissional que presta serviços com a finalidade de recuperar a saúde física e/ou mental ir de encontro ao indivíduo que necessita daquele serviço, assim como preconizar a

Reabilitação Baseada na Comunidade e o Programa de Saúde da Família, apesar deste último se destinar à atenção primária à Saúde?

Outro aspecto do estudo é que, curiosamente, o maior percentual de PDF não referiu nenhum tipo de dificuldade para conseguir uma vaga na instituição para o tratamento.

Com o decorrer da investigação, após a análise de outros dados, surge o principal motivo para esta "falta de dificuldade", que tem como justificativa o uso de uma rede de relações sociais ("amizades" ou "conhecidos") em torno do próprio PDF ou em torno do serviço.

Ao contrário do esperado para justificar a "falta de dificuldade", pautada na responsabilidade e a execução de tal acesso fosse, de fato e de direito, do Serviço Social do hospital ou unidade de saúde de onde parte o encaminhamento do cliente, ou em último caso e de maneira invertida, o Serviço Social da instituição receptora?

A ida à instituição, com base nas respostas da metade dos respondentes, constitui para os PDF uma fonte de óbices para outro aspecto do acesso, a frequência diária à instituição, para a realização do tratamento.

A "falta de dinheiro" para o deslocamento e o ato de "apanhar ônibus" são os principais obstáculos enfrentados pelos PDF, para conseguirem ter acesso frequente, durante alguns dias da semana, à assistência terapêutica.

Parece que os PDF só conseguem vencer estes tipos de dificuldades, porque reconhecem a necessidade, de acordo com a gravidade de seus problemas físicos e as conseqüências que podem advir com a ausência da assistência terapêutica.

Além disso, fazem uso também de uma relação de cooperação mútua entre eles e contam especialmente com o apoio financeiro de familiares e amigos.

Já entre os PDF, que não apontaram dificuldade com a frequência ao tratamento, existe uma boa representatividade deles, que são independentes (deambulam sozinhos) ou vão de carro para a instituição.

Realmente, o transporte coletivo é a forma de deslocamento mais usada pelos PDF que tinham acesso diário à assistência terapêutica.

No entanto, será que estes PDF conhecem todos os seus direitos em relação à utilização dos transportes coletivos e será que estes transportes atendem as normas direcionadas a esta população?

Apreciando a quantia gasta pelos PDF com o deslocamento para o tratamento e relacionando com as faixas de renda familiar encontradas no estudo, as quantias gastas podem representar um custo muito alto para quem, em geral e além do mais, pode necessitar gastar com medicamentos, com implementos para a locomoção (prótese ou órtese) ou para a alimentação (órteses que facilitam tal atividade), não esquecendo de considerar outras necessidades ligadas ao auto sustento.

Dentre as principais barreiras visíveis (obstáculos físicos) que os PPD referem ter de enfrentar na sua luta de vida diária, no tocante ao acesso ao serviço em questão, estão as calçadas altas e sem rampas, a dificuldade de subida nos transportes coletivos comuns (não adaptados) e ainda, o espaço físico para deslocamento dentro do próprio transporte (adaptado ou não).

Tais barreiras mostram que ainda não existe em Fortaleza, a aplicação irrestrita do desenho universal para a acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência, diante da dificuldade de implementação das leis já editadas, apesar da preocupação e atuação de alguns parlamentares municipais e da pressão de entidades sociais não-governamentais que se ocupam dos direitos destes cidadãos nesta capital.

Já a falta de conhecimento de outros serviços no próprio bairro de moradia do PDF demonstra, claramente, a necessidade de um sistema de referência e contra-referência para os serviços do Sistema Único de Saúde.

Os motivos pelos quais os PDF têm o conhecimento da existência de tais serviços e não realizam seu tratamento nestas instituições, ou seja, não os acessam, estão ligados ao fato de que estes serviços não possuem uma equipe multidisciplinar completa que pudesse dar a assistência integral que estes PDF necessitam, para conviver melhor com suas incapacidades, prevenir novas incapacidades, melhorar a sua qualidade de vida e aumentar a expectativa de vida.

SUGESTÕES PARA SOLUCIONAR POSSÍVEIS PROBLEMAS RELATIVOS AO ACESSO DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

As sugestões a seguir não estão em ordem de prioridade e referem-se ao último objetivo desta pesquisa, que era "propor estratégias político-administrativas que pudessem viabilizar ou ampliar o acesso do portador de deficiência física (PDF) a instituições que oferecem serviços semelhantes aos da instituição participante do estudo".

- 1) Veiculação de campanhas de conscientização pública, com a finalidade de sensibilizar a população, em geral, quanto à correta nomenclatura e aos direitos da pessoa portadora de deficiência (PPD) relacionados aos transportes coletivos e ao espaço urbano, assim como, indiretamente, pressionar os donos de empresa de transporte coletivo de Fortaleza a acatarem a Lei n.º 8.356 de 26/10/99, que garante o transporte gratuito da PPD.
- 2) As autoridades parlamentares devem ser incentivadas, através de propostas de projeto de lei, a fomentarem pesquisas, mais aprofundadas sobre as reais necessidades dos PDF em parceria com as associações de PDF e com as universidades ou faculdades que têm cursos na área de reabilitação, a legislarem sobre o aumento obrigatório da frota de veículos adaptados e de suas rotas, de acordo com o número de PDF em Fortaleza, como também implementar as leis já existentes.
- 3) Elaboração e confecção de um livro de consulta, do tipo guia de serviços, para os PDF, semelhante aos oferecidos pelos planos de saúde privados, contendo informações sobre as instituições que oferecem serviços de saúde por especialidade, endereço completo das instituições, bem como o itinerário dos transportes coletivos adaptados.

Este livro poderia estar disponível gratuitamente, de preferência, em cada unidade de saúde, seja ela ambulatorial ou hospitalar e/ou nas Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza.

Tal sugestão seria viabilizada através de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, os Conselhos Regionais de Saúde, sobretudo dos profissionais que labutam, também, na área da Recuperação da Saúde, e a empresa que administra o trânsito e os transportes urbanos em Fortaleza.

- 4) Criação e implantação de um sistema de informações nas unidades de saúde municipais (ambulatoriais ou hospitalares) e veiculação de informações entre os Serviços Sociais, os serviços ligados a área de recuperação da saúde (reabilitação) e as unidades de saúde.

Tal medida poderia ser viabilizada novamente através de parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde e os Conselhos Profissionais da Saúde, com base na responsabilidade social de tais autarquias regionais, que poderiam fornecer dados complementares, além dos registros cadastrais que a secretaria já dispõe para a formação de um completo banco de dados.

A veiculação de informações estaria condicionada à verificação de vagas disponíveis no sistema em serviços o mais próximo possível do cliente PDF.

Enquanto que, se as unidades estivessem equipadas adequadamente com computadores ligados à Internet, forneceriam relatórios mensais sobre a disponibilidade de vagas em cada especialidade

- 5) Implantação de novos serviços especializados em reabilitação nas unidades de saúde, inserindo os profissionais que, também, atuam nesta área, de acordo com as necessidades terapêuticas dos PDF, previamente levantadas através de pesquisas.
- 6) O Ministério da Saúde poderia estudar e considerar uma expansão na equipe básica do Programa de Saúde da Família (PSF), tal qual o fez, quando da inserção do profissional odontólogo, incluindo novos, sobretudo aqueles que, teoricamente, estariam atuando apenas no nível terciário de atenção à saúde, onde está alocada a Reabilitação.

Já que existem alguns vestígios encontrados neste estudo que, embora metodologicamente limitado, procura mostrar a necessidade de se iniciar uma inversão na via de acesso, através da idéia do *contrafluxo de acesso* (o grifo é nosso), ou seja, o profissional iria ao encontro daquele PDF que, inicialmente,

não tem condições físicas para o acesso na via normal aos serviços de reabilitação que necessita.

Tal idéia poderia melhorar o indicador de saúde EVSI (Esperança de Vida Sem Incapacidade), citado por GABRIEL et al (2001).

A possibilidade da presença de novos profissionais no Programa de Saúde da Família poderia não só fornecer a prestação de serviços "in loco" como orientar os familiares e cuidadores quanto às atividades de vida diária (AVD) destes clientes, assim como poderiam proceder a uma triagem dos que têm, realmente, condições de acesso às instituições, encaminhando-os devidamente às unidades de saúde daquela região de atuação da equipe.

- 7) Implantação e implementação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Fortaleza, cujo objetivo geral é reduzir a incidência das deficiências e a garantia de atenção integral às pessoas portadoras de deficiência na rede de serviços do Sistema Único.

Todas estas sugestões foram geradas a partir de profundas reflexões ao longo da revisão de literatura e da análise e discussão dos resultados, associadas aos conhecimentos técnico-científicos e à nossa experiência profissional.

Entendemos que o acesso dos PPD aos serviços de reabilitação, devem ocorrer com equidade, no qual o PDF mais carente tenha o mesmo acesso que o mais abastado e que este cidadão não só tenha o direito de acesso aos serviços gerais de saúde, como também aos serviços especializados.

O ideal seria que não existisse nenhum tipo de violência, que as incapacidades não acontecessem, muito menos, que não houvesse as desigualdades sociais, que direta ou indiretamente afetam o estado de saúde das pessoas.

Na busca do ideal, confrontamo-nos com uma realidade se apresenta de forma cruel e diferente deste ideal.

Mas esta realidade pode ser modificada, desde que, conjuntamente, revestida com o verdadeiro espírito humanístico, com responsabilidade,

solidariedade, seriedade e cooperação mútua, agentes de transformação, tais como políticos, empresários, profissionais de saúde, cientistas sociais, cidadãos de uma maneira geral, se engajem e atuem efetivamente neste processo de exclusão das barreiras sociais que tão duramente impedem a acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência às mais simples atividades da vida.

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL-SMITH, B. & LEISERSON, A. **Pobreza, desarrollo y política de salud**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978. (OMS - Cuad. Salud. Publ.,69)

ARAÚJO, Luís Alberto David. **A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: **Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e equipamentos Urbanos**. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – CORDE. **Município e Acessibilidade/** coordenação BAHIA, S.R. et al. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

BOCCOLINI, Fernando. **Tratamento Fisiátrico**. São Paulo: Sarvier, 1986.

BOYLECA, BRANNEA & the Selected Cancers Cooperative Study Group. **Proxy respondents and the validity occupational and the others exposure data**. In PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1988.

_____. Leis etc. Decreto n.º 3.298 de 20 de Dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7853 de 24 de outubro de 1989 Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sndh/corde.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2000.

BRASIL. Decreto n.º 3.691 de 19 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o transporte de Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema de Transporte Coletivo Interestadual. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/passe livre.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2002.

_____. Decreto n.º 3.956 de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/con-oea.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2002.

_____. Decreto n.º 49.974 – A de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei n.º 2.321, de 3 de setembro de 1954, de "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde". In: CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. **Coletânea da Legislação Referente aos direitos da Pessoa Portadora de Deficiência**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná/ Secretaria de Estado da Educação, 1997.

_____. Lei n.º 7.853 de 24 de Outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sndh/corde.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2000.

_____. Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sndh/cedipod_f.htm>. Acesso em: 4 mar. 2000.

_____. Lei n.º 8.742 de 7 de Dezembro de 1993. Lei Orgânica Assistência Social - LOAS. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6ddpd.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2000.

_____. Lei n.º 8.899 de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema de Transporte Coletivo Interestadual. In: CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. **Coletânea da Legislação Referente aos direitos da Pessoa Portadora de Deficiência**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná/ Secretaria de Estado da Educação, 1997.

_____. Lei n.º 10.048 de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade às pessoas que especifica e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/lei10048.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2002.

BRASIL. Lei n.º 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/lei10098.html>>. Acesso em: 17 jan. 2002.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Portaria n.º 1.793 de 24 de dezembro de 1994. Recomenda a inclusão da disciplina "Aspectos Éticos Políticos Educacionais da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais", nos cursos de Pedagogia, Psicologia, e em todas as licenciaturas e conteúdos relativos nos cursos superiores que especifica. In: CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. **Coletânea da Legislação Referente aos direitos da Pessoa Portadora de Deficiência**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná/ Secretaria de Estado da Educação, 1997.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – CORDE. **Município e Acessibilidade/ coordenação BAHIA**, S.R. et al. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

_____. **Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência**. Assembléia Geral das Nações Unidas. 2ed. Brasília: CORDE, 2001. 70p; 21cm. Autor sec: Cunha, Edilson Alkimin da, trad., Autor sec: Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; Organização das Nações Unidas; Nações Unidas. Assembléia Geral 30: 3. 12. 1982: New York.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. DIRETORIA DE BENEFÍCIOS. **Manual Técnico de Atendimento da Área de Reabilitação**. Brasília: Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Proposta para o Novo Modelo de Reabilitação Profissional**. Brasília, sem data.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência**. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/04_02_05.htm>. Acesso em: 16 fev. 2002.

_____. **Manual Operacional para Elaboração de Projetos Destinados à Atenção da Pessoa Portadora de Deficiência pela Assistência Social** (versão preliminar). Brasília: Gerência de Projetos de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, [2001].

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SEAS. **Programas e Projetos**. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/04_02_05_01.htm>. Acesso em: 16 fev. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 185 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) de 05 de junho de 2001. Resolve alterar a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS... Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 110, p. 42, 07 de jun. 2001. Secção 1.

_____. Portaria n.º 298 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) de 09 de agosto de 2001. Resolve instituir, na forma do anexo desta portaria, o Atestado da Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS, a ser utilizado para a identificação das Pessoas Portadoras de Deficiência ... In: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – Fundamentação Legal, [2001].

_____. Portaria n.º 818 do Gabinete do Ministro (GM) de 05 de junho de 2001. Resolve criar, na forma do disposto nesta Portaria, mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais da Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física ... In: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – Fundamentação Legal, [2001].

_____. Portaria n.º 1.884 de 11 de novembro de 1994. Aprova normas com que estas baixam destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde... Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 132, n.237, p. 19. 523 - 19 – 549, 15 de dez. 1994. Secção 1. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – CORDE. **Município e Acessibilidade/** coordenação BAHIA, S.R. et al. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

_____. Portaria Técnica n.º 3.554 do Gabinete do Ministro (GM) de 02 de setembro de 1998. Institui o Comitê Técnico-Científico - CTC de Assessoramento ao Grupo de Atenção à Saúde do Deficiente. Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6ddppd.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2000.

_____. Programa de Atenção a Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO A GRUPOS ESPECIAIS/ DEPROG/ SAS, [2001]. (Folder)

_____. Resolução n.º 196 de 1996 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. In: Informe Epidemiológico do SUS (IESUS) – Suplemento 3. Centro Nacional de Epidemiologia, coord. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ano\,V, n.2, p.13-41, Abr./Jun., 1996.

BRUNDTLAND, Gro Harlem. Le Directeur General de L'OMS Demande un Programme D'action Complet Sur Les Incapacités – **Communiqué de Presse OMS/68**. França, 03 de dez. de 1999 . Disponível em: <http://www.who.int/inf_pr_1999/fr/cp99_68.html>. Acesso em: 21 mar. 2000.

CARNEIRO, João Marinônio Aveiro. Ofício COFFITO GAPRE n.º 040/2001. Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, 04 de abril de 2001.

CARVALHO, José André. **Amputações de Membros Inferiores: Em busca da Plena Reabilitação.** São Paulo: Manole, 1999.

CEARÁ. Constituição, 1989. **CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ.** Artigos relacionados às múltiplas deficiências. Fortaleza, 1989.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Ofício 102/02 de 21 de fevereiro de 2002. Relatório de Atividades. Fortaleza: Grupo de Apoio ao Portador de Deficiência da SESA, 2002.

_____. Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física / Ceará. Fortaleza: Coordenadoria de Vigilância, Avaliação e Controle; Célula de Avaliação e Auditoria e Serviços de Atenção Terciária, agosto de 2001.

_____. Situação do AVC no Ceará com Relação às Internações pelo SIH/SUS no Período de 1999 a abril de 2001. Fortaleza: SESA/DECASS/CPD - Sistema de Informações Hospitalares -SIH/SUS, 2001.

CEDIPOD - Centro de Documentação do Portador de Deficiência. **Deficientes no Brasil.** Disponível em: <[http:// www.mbonline.com.br/cedipod/estatist.htm](http://www.mbonline.com.br/cedipod/estatist.htm)>. Acesso em: 4 mar. 2000.

CEDIPOD. **Pessoas Portadoras de Deficiência.** Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6causas.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2000.

CHAGAS, Ana Maria de Resende. **O Portador de Deficiência no Brasil, 1991.** Brasília: CORDE, 1998: xvii, pp. 1981-2054: tab.; 21cm. (Série Estatística Especializada, v.6)

_____. **O Portador de Deficiência no Brasil, 1991.** Brasília: CORDE, 1998: xvii, 38 p.: tab., Graf.; 21cm. (Série Estatística Especializada, v.7)

CHOAY, Françoise; MERLIN, Pierre. **Dictionnaire de L'Urbanism et de L'Aménagement.** In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – CORDE. **Município e Acessibilidade/** coordenação BAHIA, S.R. et al. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

COBB, S. & ROSENBAUM, J. A. **A comparison of specific symptom data obtained by nonmedical interviewers and physicians.** In: PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

COHEN, Regina. **Acessibilidade e integração sócio-espacial das pessoas com dificuldade de locomoção**. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998 (em fase de elaboração).

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA SEXTA REGIÃO (CREFITO-6). **Cadastro de Endereços**. Relatório do dia 19 de junho de 2001. Fortaleza: CREFITO-6, 2001.

_____. DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFIS). **Relatório de Fiscalização**. Fortaleza: CREFITO-6, 1999.

EL - KATHIB, Umaia. **As dificuldades das pessoas portadoras de deficiência física: quais são e onde estão**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

ENGLAND, G. W. & LOFQUIST, L. L.. **A Survey of the Physically Handicapped in Minesota**. Minesota Studies in Vocational Rehabilitation Bulletin 26, pp. 1 -54, Industrial Relations Center, University of Minesota, 1958.

EMPRESA TÉCNICA DE TRANSPORTES URBANOS S.A (ETTUSA). **Programa de Integração do Deficiente Físico (PRODEF)**. Disponível em: <<http://www.ettusa.ce.gov.br/prodef.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Cândido. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 14.ed. Lisboa: Livraria Bertrand, sem data.

FORTALEZA. Leis etc. Lei n.º 3.333. Considera de Utilidade Pública a Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR). Diário Oficial do Município. Fortaleza, n.º 3.604, mensagem n.º 109, de 24 de jan. 1967

_____. Lei n.º 5.710 de 15 de junho de 1983. Dispõe sobre o direito das mulheres grávidas e dos deficientes físicos, usarem a porta dianteira dos transportes coletivos, e dá outras providências. In: **Proposta de Adequação do Sistema Integrado de Ônibus de Fortaleza ao Usuário Portador de Deficiência**. ETTUSA/DITEC/DIPLA. Fortaleza: maio, 2000.

_____. Lei n.º 6.135 de 08 de outubro de 1986. Determina a parada de obrigatória dos transportes coletivos fora dos locais indicados para atender pessoas deficientes, na forma que indica. In: **Proposta de Adequação do Sistema Integrado de Ônibus de Fortaleza ao Usuário Portador de Deficiência**. ETTUSA/DITEC/DIPLA. Fortaleza: maio, 2000.

FORTALEZA. Lei n.º 6.918 de 05 de julho de 1991. Autoriza para cada linha de ônibus de Fortaleza, seja destinado pelo menos um veículo adaptado com rampa de acesso aos deficientes, na forma que indica. In: **Proposta de Adequação do Sistema Integrado de Ônibus de Fortaleza ao Usuário Portador de Deficiência**. ETTUSA/DITEC/DIPLA. Fortaleza: maio, 2000.

_____. Lei Orgânica do Município de Fortaleza. **Legislação Básica Atualizada**. Fortaleza: abr. 1991.

_____. Lei n.º 8.149 de 30 de abril de 1998. Dispõe sobre a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência aos edifícios de uso público, ao espaço e mobiliário urbano no município de Fortaleza. In MACHADO NETO, Antônio da Silveira. **Acessibilidade**. (diapositivos). Fortaleza, 2000. 22 diapositivos, color.

_____. Lei n.º 8.245 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade de utilização do símbolo internacional de acesso e dá outras providências. In MACHADO NETO, Antônio da Silveira. **Acessibilidade**. (diapositivos). Fortaleza, 2000. 22 diapositivos, color.

_____. Lei n.º 8.356 de 26 de outubro de 1999. Dispõe sobre a concessão de transporte gratuito às Pessoas Portadoras de Deficiência e dá outras providências. In MACHADO NETO, Antônio da Silveira. **Acessibilidade**. (diapositivos). Fortaleza, 2000. 22 diapositivos, color.

FRANCO, S. C. & CAMPOS, G. W. de S. **Acesso ao Ambulatório Pediátrico de um Hospital Universitário**. Revista Saúde Pública, 32 (4): 352-60, 1998.

GABRIEL, M.R.; PETIT, J.D.; CARRIL, M.L. de S. **Fisioterapia em Traumatologia Ortopédia e Reumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GALVANI, Cláudia. **Reabilitação e Educação não Formal: Um Trabalho Comunitário (RBC)**. In: XX Congresso Nacional das APAEs. I Fórum Nacional de Autodefensores. Anais. Brasília: Federação Nacional das APAEs, 2001.

GARCIA, Mariano Tomás Flórez. **Medida de Deficiencia y Discapacidad en Rehabilitación. Perspectivas Investigadoras**. In: JORNADAS CIENTÍFICAS DE INVESTIGACIÓN SOBRES PERSONAS COM DISCAPACIDAD, II. Salamanca, 20, 21 e 22 de março de 1997. Atas. Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 1997. Disponível em: <<http://www3.usal.es/inico/investigacion/jornadas/jornada2/jornadas2.html>>. Acesso em: 23 mar. 2000.

GORGOCENA M. A.; CASTILLO M.; CASAJUANA J. & JOVÉ F. A. **Accessibility to Primary Health Care Centres: Experience and Evaluation of an Appointment System program**. In PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Popclock População Estimada. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo2000/universo/.php?tipo=31&paginaatual=1&uf=23&letra=F>>. Acesso em: 23 jan. 2002.

ITOH, M.; LEE, M. H. **The Future Role of Rehabilitation Medicine in Community Health.** In KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de KRUSEN**, 4.ed.. São Paulo: Manole, 1994. Vol.I.

KAMPER-JORGENSEN, Finn. **Causes of Differences in Utilization of Health Services.** In PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

KATZ, S.; BRANCH, L. G.; BRANSON, M. H.; PAPSIDERO, J.; BECK, J.C. and GREE, D. S.. **Active Life Expectancy.** *New England Journal of Medicine*, 309: 1218 - 1224, 1983.

KOTTKE, F. J. **Philosophic Considerations of Quality of Life for the Disable.** In KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de KRUSEN**, 4.ed.. São Paulo: Manole, 1994. Vol.I.

KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de KRUSEN**, 4.ed.. São Paulo: Manole, 1994. Vol.I.

LEAVEL, H.; CLARK, EG. **Medicina Preventiva.** In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde.** 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

LIANZA, Sergio. **Medicina de Reabilitação.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LOURENÇO, C.; MIYAZAKI, M. H.; BATTISTELA, L. R. **O Centro de Reabilitação.** In LIANZA, Sergio. **Medicina de Reabilitação.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LUTA para evitar novas barreiras na cidade. *O POVO*, Fortaleza, 25 jun. 2000. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/200006/25/cidades/25CD0501.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2000.

MALTINSKIS, K. **Rehabilitación.** Córdoba: ECTA, 1972. In STRUFALDI, M. C. B. **Reabilitação Profissional: Características, Conhecimentos e Opiniões de Trabalhadores Acidentados.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

MOSELY, R.R. & WOLINSKY, F.D. **The use of proxies in health surveys: substantive and policy implications.** In PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

NIAPPD - Núcleo Interdisciplinar de Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência da UFPE. Programa de Atenção a Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <<http://www.cac.ufpe.br/niappd>>. Acesso em: 5 mar. 2000.

OLIVEIRA, Cândido de. **Dicionário Mor da Língua Portuguesa**. São Paulo: Livro Mor Editora LTDA, s/d.

OLIVIER, Fátima Correa. **A Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema de Saúde do Município de São Paulo: uma Questão de Cidadania**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990. 150f.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A carta dos anos oitenta**. Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6ddppd.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2000.

_____. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**, 1975. Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6ddppd.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2000.

_____. **Resolução n. 37/52 de 3 de dezembro de 1982**. Dispõe sobre o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. Disponível em: <<http://www.mbonline.com.br/cedipod/w6ddppd.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2000.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. **Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas Portadoras de Deficiência**. Guatemala: 1999. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/con_oea.htm>. Acesso em: 17 jan. 2002.

O'SULLIVAN, Susan B.; CULLEN, Karen E.; SCHMTZ, Thomas J. **Fisioterapia: Tratamento - Procedimentos e Avaliação**. São Paulo: Manole, 1983.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PONTES, José Maria. **Diagnóstico da Saúde Pública no Ceará**. Comissão Especial para Investigação do Funcionamento das UTUs e UTIs dos Hospitais Públicos de Fortaleza (Relatório). Fortaleza: Gabinete do Vereador José Maria Pontes. Cadernos da Cidadania 01, 2001.

REDE SARAH. **Assistência Médica/ Reabilitação**. Disponível em: <http://www.sarah.br/2001/htmls/A-P00-Page-04_assistencia.html>. Acesso em: 16 fev. 2002.

_____. Disponível em: <<http://www.sarah.br/2001>>. Acesso em: 16 fev. 2002.

REDE SARAH. Disponível em: <http://www.sarah.br/2001/htmls/A-P00-Page-12-A_rede.html>. Acesso em: 16 fev. 2002.

REHABILITATION INTERNACIONAL. *Carta para o Terceiro Milênio*. Londres: 1999. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/carta_terceiro_mil.htm> Acesso em: 17 jan. 2002.

RIBAS, J. B. C.. *O Que são Pessoas Deficientes*. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos, 89)

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

RUSK, H. *Rehabilitation Medicine*. In: KOTTKE, Frederic J.; Lehmann, Justus F. *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de KRUSEN*, 4.ed.. São Paulo: Manole, 1994. Vol.I.

SILVA, Adalberto Prado e. *Novo Dicionário Melhoramentos Ilustrado*, 7.ed. São Paulo: Ed. Melhoramentos, 1971. Vol.II.

TENNANT, A.; BADLEY, E.M. & SULLIVAN, M. *Investigating the proxy effects and the saliency principle in household based postal questionnaires*. In PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia - Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995

WARLING, Z.A S.; ÁVILA, C. M. *Cadernos SBDG: "O Grito dos Excluídos" – Uma visão das Minorias*. Disponível em: <http://www.sbdg.org.br/cadernos/cad07_03.htm>. Acesso em: 28 fev. 2000.

WHITE, K. L.. *Life and Death in Medicine*. In PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia - Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. *Acesso aos Serviços de Saúde*. Uma Abordagem de Geografia Em Saúde Pública. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 21(5): 439-46, 1987.

YERGAN J.; LORGEFO J.; SHORTELL S.; BERGNER M.; DIEHRP & RICHARDSON W. *Health Status as a Measure of need for Medical Care: a Critique*. In PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia - Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e Documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro: 2000.

_____. NBR 9050: Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e equipamentos Urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 1997. 56p.

MAIA, T. Lisieux. *Metodologia Básica*. 2.ed. Fortaleza: Tradição e Cultura, 2001.

PEREIRA, Alexandre. *Guia Prático de Utilização do SPSS*. Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 1999.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 21.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 FACULDADE DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar -Fortaleza-Ce - Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,

R.G. N.º _____, abaixo assinado, concordo em participar como 'pessoa informante' na pesquisa Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física: Acessibilidade aos Serviços Especializados no Município de Fortaleza, cujo objetivo geral é o de ***“Descrever a acessibilidade aos serviços de saúde especializados relacionado com a assistência às pessoas portadoras de deficiência física no Município de Fortaleza”***.

Ressalto que estou ciente de que terei garantido os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, de:

1. Receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de minha participação;
2. Retirar meu consentimento a todo o momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie;
3. Receber garantias de que não haver divulgação de meu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.
4. Acessar às informações sobre os resultados do estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2001

 Pessoa informante

 Pesquisador (a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 FACULDADE DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
 MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
 Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar - Fortaleza-Ce
 Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

INSTRUMENTO A SER APLICADO JUNTO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ELABORAÇÃO DO ESTUDO "Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física: Acessibilidade aos Serviços Especializados no Município de Fortaleza"

OBS. Preferencialmente deverá ser respondido pelo Portador de Deficiência Física, caso o mesmo não tenha condições físicas ou mentais de respondê-lo deverá ser respondido sequencialmente por um familiar e na falta deste pelo acompanhante.

Entrevistador (a): _____
 Local da entrevista: _____
 Data da entrevista: _____
 Hora: _____

Identificação para controle de cadastro interno da pesquisa			
Nome	Completo	do	Portador de Deficiência Entrevistado:

Endereço Completo: _____			
Telefone: _____			

1 - DADOS PESSOAIS DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1.1 - Número da Identificação NUMIDENT

1.2 Iniciais do entrevistado INICIAIS

1.3 - Quem é o respondente? RESPONDE

- (1) Portador da Deficiência
 (2) Familiar. Especificar: _____
 (3) Acompanhante. Especificar: _____
 (4) Amigo (a)

1.4 - Qual o Sexo? SEXO

- (1) Masculino
 (2) Feminino

1.6 - Qual a sua data de nascimento? IDADE

1.7 - Qual seu estado civil? ESTCIVIL

- (1) Casado
- (2) Em União (não casado)
- (3) Separado/Divorciado/Desquitado
- (4) Viúvo
- (5) Solteiro
- (9) Não sabe informar

1.6 - Qual a sua procedência anterior ao acidente? (local de moradia antes da doença ou acidente) PROCEDE

- (1) Fortaleza
- (2) Região Metropolitana de Fortaleza
- (3) Interior do Ceará
- (4) Outro estado
- (5) Outro país

1.7 - Em que bairro você mora ? BAIRRO

2 - DADOS EDUCACIONAIS

2.1 - Sabe ler e escrever? LERESCRE

- (1) Sim
- (2) Não

2.2 - Frequenta a escola normalmente? FREQESC

- (1) Sim
- (2) Não. Qual é o motivo?(NESMOTI)

2.3 - Até que ano estudou? GRAUESC

- (1) Sem estudo
- (2) Alfabetizado
- (3) Ensino fundamental incompleto
- (4) Ensino fundamental completo
- (5) Ensino médio incompleto
- (6) Ensino médio completo
- (7) Ensino Superior incompleto
- (8) Ensino Superior completo
- (9) Não sabe informar

3 - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

3.1 - Qual a sua ocupação antes de você adquirir a deficiência? OCUPADEF

3.2 - Qual o rendimento médio mensal (em reais) de sua família? RENDAFAM

3.3 - Você possui atualmente alguma ocupação? OCUPATUA

(1) Sim. Qual?(QUALOCUP)

(2) Não

3.4 - Você participa da renda familiar contribuindo de alguma forma? PARTECON

(1) Sim. De que forma?(FORPAREC)

(2) Não

3.5 - Possui plano de saúde? PLANOSAU

(1) Sim. Qual?(PLANOQUA)

(2) Não

4 - DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA

4.1 Qual o tipo de deficiência? TIPODEF

(1) Hemiplegia

(2) Paraplegia

(3) Tetraplegia

(4) Amputação

(5) Hemiparesia

(6) Tetraparesia

(7) Diplegia

(8) Ataxia de MMSS e MMII

(9) Outro tipo

4.2 - Qual a causa da deficiência? CAUSADEF

(1) Acidente de Trânsito(TCE, TRM, etc)

(2) Acidente Doméstico(mergulho, TRM,etc)

(3) Agressão por arma de fogo

(4) Agressão por arma branca (faca)

(5) Agressão Física

(6) Acidente de Trabalho(TCE,TRM,etc)

(7) Congênita

(8) Doença Vascular Primária ou Secundária (AVC , Derrame, Aneurisma, Insuficiência Vascular, etc)

(9) Neurológica (Siringomielia, Lesão Cerebelar, etc.)

4.3 - Há quanto tempo é portador desta deficiência? TEMPODEF

4.4 - Quanto à reversibilidade da deficiência. A sua foi considerada? REVERDEF

(1) Irreversível

(2) Reversível

(3) Situação indefinida. Como?(COMOINDE)

(9) Não sabe informar

4.5 - Como você se locomove? **COMOLOCO**

(1) Cadeira de rodas
 (2) Com muletas
 (3) Carregado por alguém
 (4) Com aparelho ortopédico (tutor)
 (5) Com prótese
 (6) Anda sozinho sem qualquer auxílio (independente)

5 - DADOS SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

5.1 - Você recebeu orientação sobre a necessidade de participar de RECEBORI um programa de reabilitação?

(1) Sim. Qual?(QUALORIE)

(2) Não

5.2 - Se houve orientação quem foi que a deu? **QUEMORIE**

(1) Profissional de Saúde
 (2) Companheiros de enfermaria
 (3) Familiares
 (4) Amigos
 (5) Outros
 (6) Não lembra
 (9) Ninguém orientou

5.3 - Você foi encaminhado para um serviço de reabilitação? **CAMINHO**

(1) Sim. Como foi este encaminhamento? (TIPOENCA)

(3) Não.

5.4 - Quem o (a) encaminhou para um serviço de reabilitação? **QUEMENCA**

(1) Profissional de Saúde
 (2) Companheiros de Enfermaria
 (4) Familiares
 (5) Amigos
 (6) Outros
 (7) O próprio

5.5 - Recebeu algum tratamento para a reabilitação ainda no hospital? **TTOHOSP**

(1) Sim. Que tipo de tratamento?(TIPOTTO)

(2) Não. Na sua opinião, qual teria sido a razão para não ter sido feito?(RAZÃOPNR)
 (3) Não lembra
 (9) Não informou

6 - DADOS SOBRE O TRATAMENTO

6.1 - A quanto tempo recebe tratamento nesta instituição?

TEMPINST

--	--

6.2 - Já recebeu tratamento antes em outra instituição?

OUTRINST

--

(1) Sim.

Qual o motivo da alta ou saída desta outra instituição?(MOTIALTA)

(2) Não. Por qual motivo?(MOTIPNÃO)

6.3 - Quantas vezes na semana (normalmente) você vem para o tratamento?

FREQTRAT

--	--

6.4 - Quanto tempo (em horas) permanece (por dia de tratamento) na instituição?

TEMPERMA

--	--

Qual o motivo deste período de permanência?(RATEMPER)

7 - DADOS SOBRE O ACESSO

7.1 - Você passou algum tempo em casa desde o momento que passou a ser portador desta deficiência e/ou recebeu alta hospitalar, até conseguir o tratamento em algum serviço de reabilitação?

TIMEPACE

--

(1) Sim. Quanto tempo foi?(TIMEPAC1)

Quais foram os motivos?(TIMEPAC2)

(2) Não. Qual foi a razão?(TIMEPAC3)

7.2 - Você teve algum tipo de dificuldade para arranjar o tratamento em um serviço de reabilitação?

DIFIACES

--

(1) Sim. Quais foram as causas desta dificuldade?(QUALDIFA)

Como você fez para arranjar sua vaga?(COMOVAGA)

(2) Não. Qual a razão para isto não ter acontecido?(MOTIVAGA)

7.3 – Você tem algum tipo de dificuldade para vir até a instituição DIFIVIR receber o tratamento ?

(1) Sim. Qual (quais) é (são) esta(s) dificuldade(s)?(QUALDIVI)

Como você faz para vencê-las?(COMOVENC)

(2) Não. Por qual motivo? (WHYNODIF)

7.4 - Qual a sua forma de deslocamento até a instituição?

FORMADES

(1) Transporte Coletivo (ônibus, topic)

(2) Carro de aluguel (táxi, etc.)

(3) Carro próprio

(4) Carro de familiares

(5) Carro de amigos

(6) Transporte da instituição

(7) Na cadeira de rodas empurrada por alguém

(8) Andando

(9) Transporte de outra instituição

7.5 – Considerando o trânsito normal, quanto tempo você leva, em média, para deslocar-se de sua residência até a instituição? TEMPODES

7.6 - Quem financia seu deslocamento para a instituição?

QUEMFINA

(1) O próprio

(2) A família

(3) Amigos com doações

(4) Alguma instituição

(5) Outros.

(9) Não sabe informar

7.7 - Qual é o custo médio diário (em reais) de seu deslocamento de sua residência até a instituição? R\$ CUSTODES

7.8 - Existe algum obstáculo físico que lhe impeça ou pelo menos dificulte a sua locomoção da sua casa para a instituição? OBSTCOUT

(1) Sim. Qual (quais) é (são) este(s) obstáculo(s)?(QUALOBST)

(2) Não

7.9 - Existe algum obstáculo físico que lhe impeça ou pelo menos dificulte a sua locomoção dentro da instituição? OBSTACIN

(1) Sim. Qual (quais)?(QUALOBIN)

(2) Não

7.10 - No bairro onde você mora existe algum serviço que ofereça o BAIRSERV
tipo de tratamento que você recebe nesta instituição?

(1) Sim. Então, por qual razão você não realiza seu tratamento mais
próximo de sua residência?(NPRÓXIMO)

(2) Não

DEFINIÇÃO DE TERMOS

As definições dos termos que se seguem encontram-se disponíveis nos referenciais citados e foram consideradas importantes para orientar a pesquisadora e os leitores na compreensão das nuances que envolvem o estudo proposto:

- Hemiplegia - *caracterizada por uma paralisia ou paresia de um dos lados do corpo* (O'SULLIVAN et al, 1983).
- Paraplegia - *é a paralisia dos Membros Inferiores e todo ou uma porção do tronco* (KOTTKE & LEHMAN, 1994).
- Tetraplegia - *é a paralisia dos Membros Inferiores e Superiores e do todo do tronco* (KOTTKE & LEHMAN, 1994).
- Falta de membros ou parte deles ou Amputação - *retirada geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro* (CARVALHO, 1999).
- Pessoas Deficientes – segundo a Declaração dos Direitos da Pessoa Deficiente (ONU, 1975), o termo refere-se a *qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais*.
- Deficiência - se define como *toda redução, total ou parcial, da capacidade de realizar um atividade de um modo ou nos limites considerados normais para o ser humano* (GARCIA, 1997).
- Deficiente inválido - *uma desvantagem do indivíduo como consequência de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede o desenvolvimento de uma*

função ou "papéis sociais" considerados como normais dependendo da idade, sexo, e fatores sócio-culturais (GARCIA, 1997).

- *Reabilitação – Processo contínuo e coordenado que objetiva restaurar o indivíduo ao mais completo desempenho físico, mental, social, profissional e econômico de que é capaz. Visa portanto, torná-lo independente, restaurando, desenvolvendo ou preservando, quando possível, sua capacidade de encontrar um emprego adequado, alcançando ajustamento social satisfatório (MALTINSKIS, 1972).*
- *Reabilitação -1. Ato ou efeito de reabilitar(-se). 2. Recobrimento de crédito, de estima, ou do bom conceito perante a sociedade. 3. Recuperação das faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados. 4. Reabilitação motora (FERREIRA, 1986).*
- *Reabilitação Profissional – o processo orientado a possibilitar que a pessoa portadora de deficiência física, a partir da identificação de suas potencialidades laborativas, adquira o nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso e reingresso no mercado de trabalho e participar da vida comunitária (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - CORDE, 1998).*
- *Acessibilidade - possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das instalações e equipamentos esportivos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (Cap. IX, Art. 51º, Item I do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).*
- *Barreiras - de acordo com o do Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 (Cap. IX, Art. 51º, Item II), qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:*
 - a) *barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;*
 - b) *barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;*

c) *barreiras nas comunicações*: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens através dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não populares.

- *Pessoa Portadora de Deficiência ou com Mobilidade Reduzida - a que, temporária ou permanentemente, tenha limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio ambiente e de utilizá-lo* (Cap. IX, Art.51º, Item III do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).
- *Elemento da Urbanização - qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamentos para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico* (Cap. IX, Art.51º, Item IV do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).
- *Mobiliário Urbano - o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoquem alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, cabinas telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga* (Cap. IX, Art.51º, Item V do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).
- *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* (Cap. I, Art. 3º, Item I do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).
- *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* (Cap. I, Art. 3º, Item II do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).
- *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 (Cap. I, Art. 3º, Item III do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).

- Deficiência física – *alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções* (Cap. I, Art. 4º, Item I do DECRETO n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999).