



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO

**ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA PARA REIVINDICAR ESPAÇOS
HOSPITALARES ACESSÍVEIS**

**FORTALEZA
2010**

ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA PARA REIVINDICAR ESPAÇOS
HOSPITALARES ACESSÍVEIS

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de pesquisa: Tecnologia em saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca

FORTALEZA
2010

A671s Aragão, Antonia Eliana de Araújo
Estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços hospitalares acessíveis/ Antonia Eliana de Araújo Aragão. – Fortaleza, 2009.
125 f.

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza - CE.

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Serviços Hospitalares
3. Pessoas com Deficiência I. Pagliuca, Lorita Marlena Freitag (orient.) II. Título.

CDD: 362.1

ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA PARA REIVINDICAR ESPAÇOS
HOSPITALARES ACESSÍVEIS

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 29 /03/ 2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profa. Dra. Maria Vera Lucia Moreira Leitão Cardoso
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças
Universidade Federal do Ceará - UFC

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, minha fonte de vida e esperança. À minha família: meus pais, principalmente a minha mãe, mulher guerreira, que doa todo seu amor, energia e vigor, impulsionando-me para o alto. Aos meus irmãos, irmãs, sobrinhas, especialmente a Lívia, sobrinhos, cunhados e cunhadas, que diuturnamente estão presentes na minha vida, como fiéis guardiões, sempre dispostos a colaborar para meu crescimento e para a minha felicidade. Em particular, à Lucineide e ao Robinho que trocavam plantões quinzenalmente para me acompanhar nas idas e vindas para as orientações. À Lusenir, que por muito tempo me acolheu em sua casa. Ao Rejânio, companheiro fiel e amigo, cúmplice de todas as horas, esposo dedicado e empenhado a encorajar-me para o alcance dos meus ideais.

Aos amigos e amigas, verdadeiros irmãos, sempre a me apoiar e a me fortalecer. Agradeço a todos em nome de Auzeni, Rosemiro, Maristela, Socorro Dias, Adriana Nogueira, Estélio, Izabelle Mont'alverne, Ana Luisa, Fabiane Gubertin e Glêce.

À Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, pessoa notável pela sabedoria, compreensão e responsabilidade no que faz. Honra cada compromisso com carinho e seriedade, entende o ser humano, reconhece as fragilidades e fortalezas, cuida do orientando como se estivesse a lapidar uma pedra preciosa. Porém exige o rigor científico indispensável à construção do conhecimento.

Aos diretores e amigos professores do SENAC: Dra. Maza, Profas.: Valquíria, Ana Virgínia, Fátima Marcelino, Duarte, e Lourdes Porto, sobretudo aos professores do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UFC, sempre dispostos a contribuir para o crescimento científico e pessoal, como verdadeiros cuidadores, desejosos de crescimento em conhecimento e sabedoria. Profa. Dra. Grasiela, obrigada pelo conhecimento e amizade.

À banca examinadora, constituída pelas Profas. Dras.: Inacia Sátiro Xavier de França, Maria Vilani Calcante Guedes, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, Eliany Nazaré Oliveira, Joselany Áfio Caetano e Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, pela competência, amizade e disponibilidade em contribuir para a concretização desta pesquisa.

Ao Diretor Geral das Faculdades INTA, Prof. Oscar Rodrigues Junior e a toda sua família, à equipe de Pró-Diretores, Coordenadores e funcionários, entre estes, a Cristina Elaine Prado. Também, aos professores do Curso de Enfermagem, representados pelas Profas.: Dra. Adelane Monteiro, as Especialistas: Claudênia Vasconcelos, Keila de Azevedo e Michelle Alves. Aos colaboradores Professores: Glaucirene Siebra, Hermínia Ponte, José Valmir Dias, presidente da APNE, e sua esposa, Antonia Maria Negreiros, ao Francisco Ivanildo Ferreira e à Fernanda Fontenele.

À Rosane Maria Costa, pela correção das referências, à Maria do Céu Vieira, pela revisão de texto, á Antonia Ferreira Sampaio, pela solicitude, e ao Sr. Carlos Siqueira, pelo abstract.

Meus especiais agradecimentos aos participantes do grupo focal. Sem eles não seria possível a realização dessa pesquisa. Particularmente, em memória, ao ex-presidente da APNE, Sr. José Evilásio Brito, pelo apoio.

Por falta de espaço, é impossível mencionar todas as pessoas com os quais contei ao longo desta tese. Obrigada a todas elas por terem colaborado para a concretização de mais este sonho tão acalentado.

Por maior que seja a dor ou a dificuldade, nada é motivo para deixar escapar os sonhos. É importante lembrar que toda vitória é fruto de grandes lutas. Por isso, jamais se deve abandonar a fé, a confiança e a autoestima. “A vida sem sonhos é como o céu sem estrelas” (CURY, 2004).

RESUMO

A deficiência física pode alterar a realidade social, a forma de vida, a aparência física, e em algum momento da vida dificultar a acessibilidade aos ambientes. É preciso, portanto, empoderar as pessoas para o alcance de espaços acessíveis. Com esta finalidade, trabalhou-se o objetivo: desenvolver estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis nos serviços hospitalares. Pesquisa qualitativa, ancorada pela Teoria do Empoderamento. O grupo focal foi a técnica utilizada para a coleta das informações, em sete sessões realizadas no período de junho a novembro de 2009, na Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará, no município de Sobral, compostas pela pesquisadora, duas enfermeiras, uma acadêmica de biologia e doze participantes do estudo. A apresentação, a discussão e o tratamento das informações ocorreram por meio da exposição das categorias em quadros para melhor compreensão dos leitores, com as discussões ancoradas na literatura. Respeitaram-se os aspectos éticos com ênfase na autonomia dos sujeitos, os quais revalaram o seguinte perfil: três do sexo feminino, nove do sexo masculino, faixa etária de 26 a 70 anos. Sete são casados e cinco são solteiros, quatro são aposentados porém, destes, dois trabalham como autônomos, apenas um participante se encontra desempregado e sem aposentadoria. Os demais possuem as seguintes profissões; um enfermeiro, uma advogada, uma professora de informática, uma professora do Estado, um funcionário público, um diretor esportivo e um autônomo. Conceitos abstraídos: Deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento; Apoio familiar: contribuições para o empoderamento da pessoa com deficiência física; Empoderamento: ferramenta para vencer barreiras físicas e sociais; Participação social: empoderamento para prosseguir na caminhada; Conhecimentos acerca da legislação: empoderamento como forma de igualdade; Experiências vivenciadas nas internações hospitalares: relato expressando empoderamento; Sugestões para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento e Sinais de empoderamento: participação em eventos, conquistas sociais, políticas e avaliação das sessões grupais. Atualmente existem sinais de mobilização para estabelecer políticas públicas com vistas a beneficiar as pessoas com deficiência, mas deve haver o empoderamento das próprias pessoas com deficiência, assim como de seus familiares, associado à contribuição dos profissionais de saúde, tanto da assistência quanto dos serviços e, principalmente, da academia, para a construção dos espaços acessíveis.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; serviços hospitalares; Pessoas com deficiência.

ABSTRACT

Physical deficiency can change any social reality, living way, physical looking, and in any time of anybody's life turn certain environments difficult to be accessed. Therefore people need to be empowered to reach accessible spaces. Having such a purpose in mind, the following objects were developed: to develop strategies of people's empowerment with physical deficiency to demand accessible spaces in the services hospitalares. Qualitative search based on Empowering Theory. The focal group was the technique that had been used to collect information in seven sessions held from June to November 2009, at Associação dos Portadores de Necessidades Especiais (Association of People Carrying Special Needs) in the Northern Region of Ceara State in the municipality of Sobral by a team of a searcher, two nurses, a Biology student, and twelve people participating in such study. The discussion explanation and information treatment were provided by showing the categories on tables in order they would be better understood by the readers, and the discussions were based on literature. Ethical aspects were respected, the autonomy of people being mainly focused. The ones which revalaram the following profile: three of the feminine sex, nine of the sex masculino, age group from 26 to 70 years. Seven are married and five are single, four are retired however of these, two work as autonomous, a participant just meets unemployed and without retirement. The others possess the seguintes professions; a male nurse, a lawyer, a computer science teacher, a teacher of the State, a public funcionário, a sporting director and an autonomous one. Absent-minded concepts: As emerging categories the following can be pointed out: Concepts of physical deficiency, accessible spaces, accessibility and empowering; Familiar Support: contributions for the empowering of a people carrying a physical deficiency, Empowering: tools for overcoming physical and social barriers; Social participation: empowering to continue their ways, Awareness of Legislation: empowering as a form of equality; Knowledge being got from hospital internments: report showing empowering expression; Suggestions for constructing spaces accessible to hospitals: citizenship and empowering exercise and empowering Signs: participation in events, social, political conquests, and valuation of group sessions. There are now signs of mobilization to set forth public policies to benefit people carrying deficiencies, however empowering of people carrying deficiencies should be provided as well as of their family members, together with health professional experts' contribution concerning assistance, services and mainly academic sector to construct accessible spaces.

Keywords: Health services accessibility, hospital services, disabled persons.

LISTA DE QUADRO

1	Caracterização do estudo, segundo perfil dos sujeitos da pesquisa. Sobral – Ceará, 2009.....	59
2	Caracterização dos conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento, segundo a compreensão dos sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.....	66
3	Caracterização das formas de empoderamento das pessoas com deficiência, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.....	73
4	Caracterização dos conhecimentos acerca da legislação, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.....	81
5	Caracterização das experiências de internação, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.....	86
6	Caracterização das sugestões para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.....	90
7	Caracterização dos sinais de empoderamento, segundo os sujeitos do estudo. Sobral-Ceará, 2009.....	93

LISTA DE FIGURAS

1	Modelo de autorização de educação em saúde	37
2	Modelo de empoderamento para a pessoa com deficiência física	48
3	Síntese dos resultados das sessões do grupo focal das pessoas com deficiência física com vistas a se empoderarem para reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares.....	96

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APNE	Associação dos Portadores de necessidades especiais da Zona Norte do Estado do Ceará
CEDPD	Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHGAB	Chefe do Gabinete do Governador do Estado do Ceará
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COORD	Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência
DC	Desenvolvimento da Capacidade
DETRANs	Departamentos de Trânsito dos Estados
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDT	Instituto de Desenvolvimento do Trabalho
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
INTA	Instituto Superior de Teologia Aplicada
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESC	Serviço Social do Comércio
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Aproximação com o Objeto de Estudo	13
2	OBJETIVO.....	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	Direitos das Pessoas com Deficiência Física	27
3.1.1	Contribuições da Legislação de Alguns Países para o Empoderamento das Pessoas com Deficiência Física	27
3.1.2	Contribuições da Legislação Brasileira para o Empoderamento das Pessoas com Deficiência Física em Consonância com as Cartas da Promoção da Saúde	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO.....	36
4.1	Opção pela Teoria	36
4.2	Modelo de Autorização de Educação em Saúde	37
4.3	Conceitos e Aplicabilidade da Teoria	38
4.4	Dimensões da Aplicabilidade do Empoderamento	44
5	PERCURSO METODOLÓGICO	46
5.1	Tipo de Estudo/Abordagem	46
5.2	Modelo de Empoderamento para a Pessoa com Deficiência Física.....	48
5.3	Coleta das Informações	48
5.4	Cenário da Pesquisa	49
5.5	Sujeitos da Pesquisa	50
5.6	Métodos e Procedimentos	51
5.7	Período da Coleta das Informações.....	54
5.8	Os Temas das Sessões do Grupo Focal.....	54
5.9	Análise Discussão e Tratamento das Informações.....	55

5.10	Aspectos Éticos da Pesquisa	56
6	PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	58
7	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	62
7.1	Categorias Emergentes.....	65
7.1.1	Conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento	66
7.1.2	Formas de empoderamento das pessoas com deficiência, segundo os sujeitos da pesquisa.....	72
7.1.3	Conhecimentos acerca da legislação: empoderamento como forma de igualdade	81
7.1.4	Experiências vivenciadas nas internações hospitalares: relato expressando empoderamento	86
7.1.5	Sugestões para a reivindicação de espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento	90
7.1.6	Sinais de empoderamento: participação em eventos, conquistas sociais, políticas e avaliação das sessões grupais	93
8	SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL.....	96
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	111
	ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o Objeto de Estudo

Construir a vida profissional alicerçada na experiência hospitalar e na docência propiciou a convivência irrefletida em espaços físicos constituídos por rampas e escadas, pisos escorregadios, entre outros fatores, numa visão acrítica por considerar as estruturas físicas normais para a acessibilidade de todas as pessoas. Entretanto a inserção da pesquisadora no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, associada à experiência como participante no Projeto de Acessibilidade da Pessoa com Deficiência Física e ou / Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e ou de comunicação, financiado pelo Ministério da Saúde, possibilitou um novo olhar acerca das estruturas arquitetônicas das áreas hospitalares.

Este novo olhar desenvolveu-se progressivamente: primeiro, a inserção no Projeto de Pesquisa; em seguida, a participação na coleta de dados realizada na cidade de Sobral-CE. Nessa fase da pesquisa coletaram-se os dados de acessibilidade aos serviços de saúde. Os resultados encontrados impulsionaram para um mergulhar no objeto de estudo da dissertação da autora intitulada **Acessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares da cidade de Sobral-Ceará**. Mencionado estudo revelou as dificuldades de acessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares, conforme se apresenta: as avenidas de acesso no percurso casa/hospital são desprovidas de faixas para pedestres e de rebaixamento de meio-fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas, porquanto o rebaixamento de meio-fio existe apenas nas imediações de um dos hospitais; as obras públicas próximas destes encontram-se desprotegidas de tapumes e em apenas um dos hospitais a calçada está desprovida de obstáculos, permitindo o livre trânsito das pessoas com dificuldades de mobilidade. No entanto, para facilitar o deslocamento dessas pessoas poderiam ser adotadas medidas públicas organizacionais (ARAGÃO, 2004).

No concernente às avenidas, de acordo com o verificado, em dois dos locais em estudo estas são isentas de buracos e permitem livre circulação naquela área das pessoas, inclusive daquelas com mobilidade física prejudicada. Em relação às calçadas, todas estavam esburacadas e com desnivelamento nos quatro hospitais, embora todas possuam a largura mínima de 1,50m exigida pela ABNT, (2004). A presença de buracos, desnivelamentos ou

qualquer outro empecilho significa dificuldade para a mobilidade física de pessoa em cadeira de rodas, usuária de muletas, ou de próteses. Quanto às placas de sinalização de trânsito em locais visíveis e de sinalização do percurso para a instituição, foram encontradas em todos os hospitais, o que proporciona confiança e segurança para quem busca os serviços hospitalares. Mas os semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando ainda não fazem parte da sinalização das avenidas de acesso da pessoa com deficiência física. Assim, a situação da cidade no referente às condições das avenidas de acesso aos hospitais requer maior atenção, no sentido de inclusão social das pessoas, garantindo-lhes o direito preconizado por lei de ir e vir livremente, sem barreiras físicas ou atitudinais que impeçam o acesso a bens e serviços.

Ainda como observado, em dois dos hospitais da cidade o acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o percurso, obedecendo à inclinação transversal máxima recomendada para calçada. Contudo, fatores importantes, como estacionamento para pessoa com deficiência física devidamente identificado com o Símbolo Internacional de Acesso, número de vagas, demarcação de vagas, corredores de circulação e entradas de estacionamento ou percurso da vaga até a entrada do edifício livre de obstáculos, não foram encontrados em nenhum dos hospitais.

O acesso ao prédio nos quatro hospitais se dá por rampas e por escadaria sem corrimão, em dois hospitais, e por escadaria com corrimão, em um dos hospitais. Desse modo, em três hospitais o acesso se verifica por escada e ou por rampa. Um dos hospitais não requer acesso interno por rampa ou por escada, pois é constituído de piso único. Todos os hospitais possuem portas com largura livre de 0,80m. Em nenhum deles, no entanto, as portas de vai-e-vem são dotadas de visor vertical. Isto gera dificuldade para o portador de deficiência visualizar o que está por trás da porta. Igualmente, quem vem de encontro à porta pode ocasionar acidentes, por não ser visto.

Outra observação foi a seguinte: apenas um hospital possui portas de correr com trilho rebaixado para o livre tráfego de cadeiras de rodas e piso com superfície regular, estável, firme e antiderrapante, enquanto nenhum possui áreas de circulação de no mínimo 1,20m de largura, livre de obstáculos, tipo lixeiras, bebedouros e mobiliários. Neste caso, embora se enquadrem na largura preconizada, em todos existem obstáculos. Tal situação pode ser resolvida imediatamente, sem ônus para a instituição. Depende somente de decisões internas dos gestores dos serviços.

Mais irregularidades foram identificadas: em apenas um dos hospitais a inclinação máxima da rampa é apropriada para reduzir os esforços exigidos da pessoa com deficiência física e dois hospitais possuem piso antiderrapante na rampa. Assim é de fundamental importância que os profissionais, gestores, pessoas com deficiência e a comunidade em geral atentem para estes itens de segurança não perceptíveis ao olhar despreparado. Segundo se constatou, em dois hospitais há rampas e escadas de acesso da rua para o interior do prédio que possuem corrimãos de material rígido, firmemente fixado, à altura de 0,92m do piso, afastado 0,4m da parede, mas nenhum corrimão é instalado de ambos os lados e nem se prolonga pelo menos 0,30m antes do início e término da rampa ou escada sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão. Portanto, nas escadas e rampas de acesso não houve a preocupação quanto a medidas de segurança no acesso do usuário.

No respeitante à acessibilidade por escada fixa aos serviços internos, os três hospitais contam com treze escadas. Destas, nenhuma apresenta corrimão com prolongamento de pelo menos 0,30m no início e término da escada. Somente um hospital possui uma escada com patamar de 1,20m quando há mudança de direção da escada, facilitando a manobra da cadeira de rodas para o cadeirante ou para a pessoa auxiliar.

Todas as escadas possuem degraus com piso mínimo de 0,28m, máximo de 0,32m, espelhos de no mínimo 0,16m e máximo de 0,18m. Estes degraus representam boas condições de apoio, e tais medidas satisfazem a padrões ideais. Entretanto, apenas seis escadas possuem corrimão de material rígido firmemente fixado, instalado de ambos os lados, afastado 0,4m da parede e à altura de 0,92m, e em somente cinco o piso dos degraus é antiderrapante.

Os fatores analisados são essenciais para a mobilização das pessoas com deficiência física, por terem funções específicas de apoio e de segurança, com vistas a minimizar riscos de acidentes e impedir que a pessoa, ao recorrer aos serviços hospitalares para prevenção, tratamento ou cura de algumas patologias, possa sofrer outras complicações. No relacionado aos mobiliários existentes nas diversas unidades dos hospitais, encontraram-se um total de 32 (80%) balcões e mesas com altura de 0,80m do piso. Conforme estes resultados apontam, 80% deste item atendem aos padrões de medidas preconizados pela ABNT (2004). Ainda assim existe dificuldade de acesso para as pessoas em cadeiras de rodas ou aquelas de baixa estatura.

Também segundo observado, há treze (32%) assentos de uso público com profundidade de 0,40m, instalados a 0,46m do piso, significando que ainda prevalece a

utilização convencional de bancos para pessoas doentes, sem a preocupação com as pessoas com necessidades especiais. Apenas um bebedouro está instalado à altura ideal é de 0,80m do piso. Em todos os outros a altura é inferior a 0,45m deste. Isso não gera dificuldade de acesso, pelo contrário, o único existente na altura “ideal” é o que “impossibilita” ou dificulta o acesso da PDF ou de pessoas com outras dificuldades de acesso, como crianças ou pessoas de baixa estatura.

Sobre telefones, nenhum deles é acessível; todos estão instalados para serem usados por pessoas ditas normais. O único encontrado na altura de 0,80m e 1,20m do piso não é de uso público, mas utilizado apenas em situações esporádicas, por ocasião de eventos, com grande número de participantes. Quanto a botoeiras de comandos instaladas a 0,80m do piso, constam somente em duas das unidades de um dos hospitais em estudo. Estas botoeiras são de uso do cliente para contato com pessoal de enfermagem. No referente a assentos ambulatoriais com espaço livre frontal ao acento de zero a 0,60m, foram encontrados em treze (32%) das unidades dos hospitais, o que aponta a carência de espaço para mobilização dos usuários de cadeiras de rodas, pessoas obesas ou usuárias de muletas.

Dos quatro hospitais em estudo, dois possuem instalações sanitárias adequadas para PDF, porém em um destes inexistem instalações para ambos os sexos. Possuem, também, a identificação pelo Símbolo Internacional de Acesso, de acordo com as medidas preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), de 1,20m para circulação em linha reta, 1,20m por 1,20m para rotação de 90°, 1,50m por 1,20m para rotação de 180°, 1,50m por 1,50m para rotação de 360°. A área de transferência dispõe de espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias. O outro hospital que conta com as instalações sanitárias para as pessoas com deficiência possui instalações para ambos os sexos, e, embora estas não tenham identificação com o Símbolo Internacional de Acesso, atendem às medidas preconizadas pela legislação, exceto no item 1,50 por 1,20m para rotação de 180° e na medida de 1,50 m por 1,50m para rotação de 360° (ABNT, 2004).

Em ambos os hospitais há espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição; a bacia sanitária está a uma altura de 0,46m do piso, a papelreira junto à bacia sanitária, a 0,4m do piso e a 0,15m a partir da extremidade frontal da bacia, com válvula de descarga à altura máxima de 1,00m do piso, funcionando com leve pressão.

As medidas referentes à instalação de barras horizontais para apoio e auxílio de transferência das cadeiras de rodas para bacia sanitária, a serem localizadas na parede lateral e

de fundo junto à bacia sanitária, com comprimento mínimo de 0,90 m instaladas à altura de 0,76m do piso, assim como lavatórios do tipo sem coluna, mictórios, chuveiros adaptados para pessoas com deficiência na área de internação, elevadores, equipamentos eletromecânicos e rotas de fuga, inexistem em ambos os hospitais.

Conforme exposto, tais resultados direcionaram para reflexão acerca de como as pessoas estão alheias às barreiras que dificultam a acessibilidade. Diante disso, impulsionaram-se reflexões e inquietações em busca de respostas eficazes às necessidades encontradas. Concluído o mestrado, continua a procura pelo conhecimento, e a inquietação e o desejo de responder às necessidades encontradas em estudos anteriores se ampliam.

Dessa maneira, emerge o questionamento: Como reivindicar espaços adequados para a acessibilidade das pessoas com deficiência física aos hospitais da cidade de Sobral-Ceará. Tais reflexões contribuíram para a compreensão de que existe a necessidade de corroborar para o empoderamento das pessoas com deficiência física.

Nesse contexto, o problema que a tese tenciona responder e a sua hipótese é a participação de pessoas com deficiência física em grupos destinados à promoção da saúde. Isso implica o favorecimento do seu empoderamento. Por isso, defende-se a tese segundo a qual, uma vez empoderadas, as pessoas com deficiência física poderão elaborar uma estratégia para reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares.

Conforme se acredita, a pesquisa trará benefícios no intuito de ajudar a despertar a conscientização das pessoas com deficiência física, assim como de seus familiares, dos estudantes e profissionais de enfermagem e de arquitetura. Espera-se, assim, colaborar para a reflexão do enfermeiro quanto à sua participação, no intuito de apoiar e encorajar as pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais.

Participar é um ato conjunto. Mesmo as melhores estratégias urbanísticas das cidades não podem ser resolvidas por si só. Requerem, pois, participação. É cada vez mais difícil controlar os processos de circulação nas cidades, transportes públicos, espaços verdes e muitas segregações em geral. Tais reflexões pontuam fatores desencadeantes de inacessibilidade. Estes, por meio das segregações, podem se materializar nas construções arquitetônicas e atitudinais dentro dos hospitais, de forma a dificultar a acessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares. Entre os aspectos a dificultar a acessibilidade inclui-se a distância geográfica da residência da pessoa até o hospital, o tipo de transporte que irá conduzi-la, o tipo de escada, de rampa e de piso, por exemplo, utilizado

para adentrar ao hospital. Associadas às barreiras arquitetônicas, existem as possíveis barreiras atitudinais e de comportamento. De modo geral, espera-se dos profissionais de saúde receptividade e sensibilidade à problemática de cada cliente. É imprescindível respeitar tanto os sentimentos, a individualidade, como as expectativas de cada indivíduo no momento da busca de atenção no seu processo saúde-doença. Muitas vezes a melhor forma de preservar o direito de sonhar e de realizar algo que se almeja é por meio do empoderamento, o qual contribui para o equilíbrio nas relações sociais, assim como para a tomada de consciência de identidade. Desta maneira, a pessoa empoderada terá a possibilidade de construir novas formas de organização, concretizar e realizar novos empreendimentos e participar da tomada de decisão. O empoderamento é compreendido como um processo individual e coletivo para a tomada de consciência por meio da participação dos movimentos de base e das organizações (VERSCHUUR; HAINARD, 2006)

Historicamente o hospital ocupa indiscutível papel no processo saúde-doença das pessoas e da comunidade como um todo. Esta instituição ainda é essencial como parâmetro para a atenção básica e para a formação dos profissionais de saúde. O hospital caracteriza-se como o principal espaço institucional de aprendizado. Verifica-se, assim, a grande influência do hospital na prática da atenção à saúde e na subjetividade de profissionais e clientes.

Ainda hoje o hospital é espaço hegemônico de formação dos profissionais de saúde. Caracteriza-se também como uma instituição que herdou do sistema militar um padrão de autoritarismo do profissional para com o cliente, ao contrário do que é proposto pela atenção básica. Tal comportamento revela-se contraditório, pois, como afirma Cunha (2005), grande parte das dificuldades de saúde enfrentadas pela população dificilmente serão resolvidas pela equipe sem a participação e compreensão dos clientes e de outros interessados.

Ideologicamente parece existir dicotomia de pensamento entre as equipes de saúde atuantes na área hospitalar e na atenção básica. Partindo-se do senso comum, muitas vezes no âmbito hospitalar as necessidades dos clientes são discutidas em menor intensidade, enquanto na atenção básica já se evidencia a participação do usuário. Desse modo, é comum a formação de grupos, associações de bairros como forma de organizações sociais e comunitárias que podem ser oriundas das antigas discussões pautadas em questionamento de poder entre os modelos de saúde. As dimensões do processo de aquisição de poder estão ligadas ao desenvolvimento da percepção estrutural. Este, por conseguinte, é um processo fundamental para se atingir a autoconfiança e, conseqüentemente, gera a capacidade de negociação aliada à capacidade de reivindicação (AMÂNCIO, 2004).

Discussões deste nível despertam as atenções tanto da equipe de saúde quanto dos clientes com vistas a fortalecer reflexões e reivindicações de benefícios, os quais, geralmente, são indispensáveis à qualidade da atenção à saúde, como, por exemplo, as questões estruturais de acessibilidade.

Segundo observado, parece ainda haver distanciamento quanto à participação efetiva do cliente que busca assistência hospitalar tal como ocorre no modelo de saúde proposto pela atenção básica, quando se pretende a participação individual e coletiva das pessoas envolvidas no processo saúde-doença. Nesse contexto, o modelo construído no Brasil tem sido criticado nos últimos anos em virtude de o poder sempre ter se centrado no médico, com amplas e excessivas medicalizações sem a participação da população. Contudo, tentativas de transformações desse modelo têm sido propostas (ANDRADE, 2001).

O processo de mudança e de transformação do modelo biomédico envolve o respeito à cultura e a educação da população, por meio da necessidade gerada pela baixa resolutividade dos poderes públicos, que muitas vezes agem lentamente e nem sempre atendem às exigências de determinadas populações. Isso conduz à procura de alternativas que possibilitem minimizar as dificuldades encontradas no cotidiano das pessoas, de forma que encontrem estratégias para o alcance dos objetivos, por meio da participação social.

De acordo com Tones (1995), uma estratégia relevante para fortalecer a participação da população no processo saúde-doença é o empoderamento, o qual tem a ver com o relacionamento entre indivíduos e seu ambiente e adota como propósito facilitar a opção no fortalecimento das pessoas. Esta função de empoderamento também se estende à utilização dos serviços de saúde e ajuda os clientes a interagir assertivamente com os profissionais e com os espaços de atenção à saúde, pois a saúde humana não se limita a uma responsabilidade individual. Ela é em grande parte governada pelos ambientes físicos, sociais, culturais e econômicos onde se vive e trabalha.

Dessa maneira, a evolução natural possibilita e operacionaliza o desempoderamento das pessoas por meio dos avanços tecnológicos, da globalização e de outros fatores excludentes, e, assim, os excluídos podem se tornar cada vez mais distantes do poder. Pessoas com mais fragilidades, como a mulher, a criança, o idoso, o índio, o pobre, o negro e as pessoas com deficiência, talvez precisem travar uma luta maior com vistas a alcançar seus objetivos e também conquistar políticas públicas específicas às suas necessidades.

No Brasil existem programas de governo para a maioria dos grupos vulneráveis, como, por exemplo, atenção à saúde da mulher, à saúde da criança, do adolescente, do idoso. Inegavelmente, deve haver um programa de saúde pública voltado à atenção da pessoa com deficiência física. Este tipo de limitação é definido como toda perda ou anormalidade de uma estrutura, função psicológica, fisiológica e/ou anatômica que ocasione incapacidade para o desempenho das atividades do ser humano (BRASIL, 1989).

Como mostra a realidade, a deficiência pode atingir as pessoas em qualquer fase da vida. No Brasil, segundo *American College of Surgeons* (1996), os acidentes de todas as formas acometem pessoas de todas as idades. Isso contribui tanto para a morbi-mortalidade quanto para o aumento da deficiência física. Dessa maneira, conforme se pode depreender, um dos motivos para adquirir uma deficiência física é a fragilidade do ser humano, sobretudo diante de fatores de riscos passíveis de ocasionar perdas ou anormalidades das estruturas tornando-o diferente dos padrões convencionais (ARAGÃO, 2004).

Constantemente as pessoas são expostas a inúmeros fatores geradores de deficiência física, de origem variada, por exemplo, acidentes domésticos, de trânsito, de trabalho e violência urbana. Esses fatores de exposição humana, inerentes à rotina diária das pessoas, transformam a realidade social, a forma de vida e a aparência física. Isso faz com que as pessoas com deficiência física se percebam diferentes das demais.

Embora as diferenças nem sempre sejam caracterizadas pelas deficiências físicas expostas pelas pessoas, poderão ser representadas pelas características inerentes ao ser humano, conforme a idade, no caso da pessoa idosa, o estado como uma pessoa se encontra, tal como na gravidez, ou as características físicas, como uma pessoa obesa, muito alta, muito baixa. Todas estas características poderão representar em algum momento da vida uma dificuldade de acessibilidade a algum ambiente, ocasionada pelos espaços físicos e arquitetônicos não planejados para atender pessoas com características ou condições físicas incomuns, ou seja, diferentes. Logo, percebe-se, as estruturas físicas, por meio das quais precisam ter acesso, devem ser construídas consoante as necessidades individuais das pessoas de acordo com suas diferenças, muitas vezes ocasionadas pelas deficiências físicas.

Na visão de Vasconcelos (2003), a diferença sugere um tratamento diferenciado, segundo as necessidades de cada indivíduo. Dessa forma, sugere-se planejamento para acompanhamento das pessoas com deficiência via estruturas físicas e sociais organizadas. Nesse contexto, as estruturas organizacionais podem causar impactos diretos e indiretos na saúde das pessoas (NUTBEAM; HARRIS, 1998).

Para superar as dificuldades decorrentes de estruturas organizacionais, uma das recomendações é focar a pessoa e não a deficiência. Muitas deficiências podem ser construídas socialmente, pois não é a inabilidade de “andar” ou de “sentar-se” que impede alguém de entrar em um edifício, por exemplo. O motivo deste impedimento é a falta de condições acessíveis às pessoas com deficiência, como a existência de escadas e de elevadores inadequados, entre outros (BOWE, 1978).

Nesse sentido, deve haver maior envolvimento dos profissionais de saúde com a causa das pessoas com deficiência física, com vistas a contribuir para a reivindicação de espaços acessíveis. Para tal, urge desenvolver a sensibilidade, reconhecer que a deficiência vai além do implícito ou visível. Considera-se que a falta de conhecimento é a maior deficiência. Nesse sentido, se compreende a deficiência como a disfunção ou interrupção dos movimentos de um ou mais membros: superiores, inferiores ou ambos e conforme o grau do comprometimento ou tipo de acometimento (SOUZA, 1994). Como observado, a existência de legislação peculiar aplicável à pessoa com deficiência contribui para despertar nos outros a atenção sobre quem convive com a deficiência. Faltam, porém, informações e, talvez, vencer o preconceito ainda muito arraigado em nossa sociedade, não apenas com as pessoas com deficiência, mas com o culturalmente diferente.

Embora, aparentemente, o que caracteriza alguém com deficiência seja a falta de visão, de audição, ou qualquer limitação física, deficiente é, principalmente, aquele que se encontra fragilizado diante das condições e situações da vida diária por falta de conhecimento dos seus direitos, sobretudo os contemplados na devida legislação. Outra dificuldade é a discriminação, muitas vezes começada dentro de casa, por meio de medidas protecionistas (COHEN, 2008).

Sobre o assunto há muita contradição evidenciada nos discursos descontraídos acerca da realidade das pessoas com deficiência. Teoricamente o discurso afirma não haver discriminação; na prática, a teoria não se confirma, mas todos são iguais e têm os mesmos direitos. Contudo, precisa-se de respostas específicas, direcionadas para as necessidades individuais. Assim, a discriminação poderá estar acentuada pelo modo de tratar ou de proteger.

Evidencia-se, então, a dificuldade de lidar com as pessoas com deficiência, pois até a própria forma de abordar o tema é discriminativa ou incômoda. Cabe a estas pessoas se conscientizar dos seus deveres e direitos e lutar para conquistar os meios, garantir e assegurar melhor qualidade de vida. Independentemente das características apresentadas,

muitas vezes as diferenças são tão acentuadas que a maioria não sabe como superá-las. Isto se deve às características peculiares de sua deficiência, porquanto a imagem do senso comum sobre as pessoas com deficiência é a de alguém que foge aos padrões de normalidade (FRANÇA; PAGLIUCA, 2002).

As diferenças, porém, são características inerentes ao ser humano. Diante da situação, é indispensável tentativa diária da compreensão do outro em toda sua dimensão. Como consta em França (2004), é necessário ao enfermeiro adquirir habilidades que contribuam para a inclusão social da pessoa com deficiência.

Com essa finalidade, é preciso obter reconhecimento social e vencer o medo do futuro. Para ocorrer o processo de inclusão, é dever da pessoa com deficiência utilizar os recursos disponíveis em busca da inserção. Ela deve ser estimulada, incentivada, por meio do processo de educação em saúde, como um despertar para a reivindicação de espaços acessíveis.

Os espaços acessíveis foram instituídos pela Carta Magna de 1988, e reforçados pela legislação regulamentadora da proteção ao deficiente físico, de forma clara e contundente na fixação de condições obrigatórias a serem desenvolvidas pelo poder público e pela sociedade para a integração dessas pessoas aos fenômenos vivenciados pela sociedade. Conforme previsto na legislação, incentiva-se ainda a reivindicação de espaços acessíveis, a eliminação de barreiras físicas, naturais ou de comunicação, em qualquer ambiente, edifício ou mobiliário. Um espaço acessível é aquele que oferece às pessoas com deficiência condições de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos assim definidos na norma brasileira. É um espaço livre de barreiras não somente para as pessoas com deficiência física, mas também para as pessoas com deficiências sensoriais, auditivas e visuais e aos idosos (SÃO PAULO, 2004).

Nesse sentido, é imprescindível aos profissionais de enfermagem contribuir para a inclusão social das pessoas com deficiência em diversos âmbitos pois, ao longo do tempo o movimento das pessoas com deficiência alcançou conquistas no campo da legislação brasileira de 1989 que intenciona minimizar a força do estigma que recai sobre essas pessoas. Entretanto, o discurso dos sujeitos anuncia a falta de escolas, de professores para surdos e de instrumentos de comunicação para os auditivos e visuais, e a dificuldade de acesso arquitetônico. No mercado de trabalho, as pessoas com deficiência física conseguem a inserção, em casos menos complexos, em detrimento dos auditivos e visuais, dado que a inserção dos auditivos e visuais acarretaria maior ônus para o empregador em virtude das

adaptações necessárias. Outros fatores impeditivos da inserção desses sujeitos no mercado de trabalho são ora o preconceito, ora a desqualificação profissional. Submetidas a essas condições, as pessoas com deficiência elaboram estratégias de resistência para fortalecer a personalidade e buscar a ocupação de um lugar social. Dessa maneira, o discurso dos sujeitos se fixa nos desafios da educação, da habilitação e reabilitação profissional e do trabalho e pouco diz acerca da saúde, da cultura, do esporte, do turismo e do lazer. As pessoas com deficiência devem elaborar formações imaginárias acerca das suas condições materiais de existência e disso resulta que o conceito inclusão social passa a ser substituído por inserção no mercado de trabalho. Esse fenômeno reflete a ambivalência da qual a pessoa com deficiência é vítima: apesar do seu potencial, esses sujeitos se percebem diferentes, pois são socializados por meio de um discurso cujos sentidos encerram as crenças e valores das pessoas sem deficiência. Assim, confirma-se o pressuposto de que o indivíduo considerado diferente carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social de uma cultura dada. Essas marcas delimitam, além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo, inclusive, lhe comprometer a conquista da cidadania (FRANÇA, 2009).

Segundo se compreende, alcançar a inclusão social significa alcançar acessibilidade, a qual requer diferentes arranjos do ambiente, de modo a permitir às pessoas usá-lo de várias maneiras, tornando-se um espaço que as estimule e que elimine as frustrações de viver em um espaço gerador de intimidações (ABNT, 2004).

Nesse contexto, entende-se o ser humano como um ser social, a despeito de qualquer situação. Por isso, ele deve ser orientado e mobilizado para a participação efetiva, com vistas à valorização individual e coletiva. Ademais, deve elevar a autoestima, colaborar para a mudança de hábitos, costumes e posturas. Contudo, a construção dos espaços acessíveis requer o empoderamento das pessoas, o desejo de participação na construção dos projetos de acessibilidade. Surgido nos anos 1970, o conceito de empoderamento adveio de um diálogo contestatório e de reflexões de posicionamento da mulher. Chegou-se a este enfoque como forma de ajudar os países em desenvolvimento a estruturarem as necessidades das mulheres em sua vida diária para sair da pobreza e para garantir a sobrevivência na luta por salários, escolarização dos filhos, alimentação, saúde e decisões que viabilizem a atenção às suas carências. É, portanto, um processo mediante o qual os indivíduos obtêm o controle das suas decisões e ações. Mobilizam-se para conquistar maior ação política, social e cultural para responder às suas necessidades por meio de influência da sociedade tanto no âmbito privado como no público (ÁLVAREZ, 2007).

Diante destas reflexões, as mulheres podem ser vistas como uma parcela das pessoas excluídas da sociedade, assim como os pobres, os índios, os negros e as pessoas com deficiência física. Estas, ao longo da história da humanidade, perdem até a identidade, e, convencionalmente, são tratadas como aleijadas. Tal maneira de lidar com o deficiente físico ocorre no próprio meio familiar, na escola, na comunidade, ou em qualquer espaço onde a pessoa se encontre. Por isso, é importante o despertar dos enfermeiros no intuito de compreender que as pessoas com deficiência física precisam de um olhar voltado ao empoderamento para a construção da acessibilidade, aqui traduzida por espaços acessíveis aos hospitais, por meio do empoderamento dessas pessoas. Uma das formas de contribuição dos enfermeiros é o fortalecimento das pessoas com deficiência, o conhecimento e o exercício da cidadania. Dessa maneira, pode-se considerar como uma das grandes conquistas brasileiras a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, a denominada Lei de Amparo às Pessoas com Deficiência Física (BRASIL, 1989). Ainda assim, de acordo com Quaresma (2002), não bastam leis e decretos espetaculares, encantadores, ou normas meramente formais, uma lei que amordace e desestime a organização para a concretização dos direitos. São indispensáveis reflexões e ações efetivas que se traduzam em poder e conquista da pessoa com deficiência física.

Com essa finalidade, exige-se a motivação para a busca de empoderamento, de forma que isso ocasione o poder dessas pessoas. O poder não é um objeto natural ou uma coisa; é uma prática social, construída historicamente. Esta razão, entretanto, não é suficiente, pois deixa sempre aberta a possibilidade de procurar reduzir a multiplicidade e a dispersão das práticas de poder mediante uma teoria global que subordine a variedade e a descontinuidade a um conceito universal. Assim, o poder não existe. Existem, sim, práticas ou relações de poder. Como afirma Foucault (2006), o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona como uma máquina social. Não está situado em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. O poder possui uma eficácia produtiva e uma riqueza estratégica. Com base nessas palavras, evidencia-se a urgência de empoderar as pessoas para o alcance do poder como prática social.

Na concepção de Álvarez (2007), as pessoas empoderadas conseguem respostas às suas necessidades. No entanto, para isto é imprescindível dispor-se de algumas ferramentas: atividades em grupo, comunicação, solução pacífica de problemas e capacidade de trabalhar na consecução de metas comuns.

Compreende-se a relevância de tais ferramentas adicionadas à informação e ao conhecimento dos direitos e deveres como forma de legitimar o poder. Em face dessas

reflexões, questionam-se o nível de conhecimento das pessoas com deficiência física acerca da acessibilidade aos serviços hospitalares, assim como a existência do desejo associado à necessidade da busca de espaços acessíveis.

O estudo está focado na acessibilidade das pessoas com deficiência física aos hospitais, portanto, é relevante, pois trará contribuições para a assistência, ensino e extensão, seja no campo da enfermagem, como em outras áreas das ciências da saúde, humanas e sociais. No âmbito da assistência, o estudo poderá contribuir para a utilização de uma nova abordagem do processo assistencial dos profissionais de enfermagem, para reivindicar espaços acessíveis às pessoas com deficiência física, da promoção, da prevenção e da reabilitação das pessoas com deficiência. Contribuirá, também, para esclarecer a relevância da educação em saúde como ferramenta para o empoderamento das pessoas com deficiência, ao concorrer para vencer os obstáculos enfrentados no dia-a-dia. Trará, também contribuições para o SUS, pois evidenciará algo tão reclamado: a participação em prol da inclusão.

2 OBJETIVO

Desenvolver estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis nos serviços hospitalares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Direitos das Pessoas com Deficiência Física

3.1.1 Contribuições da Legislação de Alguns Países para o Empoderamento das Pessoas com Deficiência Física

Embora o tema empoderamento ainda esteja em processo de construção, especificamente em relação às pessoas com deficiência, determinados países já dispõem de legislação sobre o assunto. Por exemplo, as referências encontradas na região andina, nos estados mexicanos, em Bogotá, na Costa Rica, na comunidade de Valência, particularmente nas Constituições da Espanha e do Equador reconhecem os direitos e a responsabilidade de igualdade dos poderes públicos para promover as condições de liberdade, de locomoção, de acessibilidade e a inclusão social. Neste aspecto, a Constituição espanhola reconhece o direito de igualdade de todos os poderes públicos para promover as condições para que a liberdade e a igualdade individual e dos grupos removam os obstáculos. Nesta Constituição, o Art. 49 direciona um mandato aos poderes públicos para realizar uma política de prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com deficiência física que necessitam de atenção especializada. Em cumprimento deste mandato constitucional foi aprovada a lei orgânica em 1982, a qual instituiu como responsabilidade pública a proteção e ajuda, incluindo a criação de centros de proteção, reinserção e reabilitação, com objetivo de integração social e laboral no intuito de garantir a acessibilidade, suprimindo as barreiras arquitetônicas, urbanísticas, da comunicação e das instalações sanitárias (MARTÍNEZ, 2008).

De modo geral, as Constituições e as leis destes países referentes às pessoas com deficiência são semelhantes ao modelo brasileiro. Nelas as preocupações estão voltadas para os mesmos pontos estratégicos. Isso leva a refletir sobre a educação em saúde para estas pessoas, pois as ações governamentais são focadas no social: a questão da reabilitação, da inclusão e da reinserção.

Segundo se compreende a sensibilização das pessoas com deficiência, no sentido de mobilizá-las no esforço de reconhecimento integral e da sociedade como rede de apoio,

deve partir dos profissionais de saúde por meio de estratégias de educação em saúde, em busca de mudanças da realidade e da promoção da saúde.

A procura pelo empoderamento individual ou coletivo perpassa pelo conhecimento dos próprios direitos. Inegavelmente vários segmentos sociais lutam pelos seus direitos de inclusão na sociedade. Nessa perspectiva, amplia-se a legislação para a garantia desses direitos; como princípio, já é um grande passo. Persiste, no entanto, a exclusão das pessoas consideradas diferentes. Urge conhecer e reconhecer essas pessoas. Para construção de uma sociedade democrática, deve-se criar uma nova ordem social com base na qual todos sejam incluídos no universo dos direitos e deveres. Para tal, é preciso saber como as pessoas com deficiência vivem, conhecer suas expectativas, necessidades e alternativas (GODOY *et al.*, 2000).

3.1.2 Contribuições da Legislação Brasileira para o Empoderamento das Pessoas com Deficiência Física em Consonância com as Cartas da Promoção da Saúde

A contribuição da legislação brasileira e de outros países é fundamental para a efetivação dos direitos à saúde das pessoas. Para o fortalecimento das leis, é preciso associar a educação em saúde à promoção da saúde, com vistas a promover o empoderamento dos grupos vulneráveis, a exemplo das pessoas com deficiência física.

Consideram-se, então, as cartas da promoção da saúde como ferramentas importantes para alcançar o empoderamento, o qual pode ser considerado como um fim desejável isoladamente ou como um meio para um fim (TONES, 1995).

Como se sabe, a década de 1970 foi um período marcado por muitas discussões em relação à educação em saúde. Tanto o relatório Lalonde - uma nova perspectiva na saúde dos canadenses (1974), como o relatório EPP – alcançando saúde para todos (1986) criticavam as práticas de saúde desenvolvidas ao longo dos tempos, cujo foco deveria se restringir a modificações dos hábitos, estilo de vida e de comportamentos individuais, com abordagem direcionada para as doenças crônico-degenerativas, sobretudo no intuito de contenção de gastos (BRASIL, 2001; SICOLE; NASCIMENTO, 2003).

Ainda na década de 1970 aconteceu em Alma-Ata, República do Cazaquistão, na antiga União Soviética, a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em

1978, tendo como meta “Saúde para Todos no ano 2000”. A partir desta I Conferência, outras iniciativas internacionais foram realizadas, respectivamente em Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) Bogotá (1992), Jacarta (1997), Rede de Megapaíses: Genebra e Suíça (1998) e Declaração do México (2000). Cada uma destas conferências exerceu importante papel na discussão da educação em saúde, promoção da saúde, atenção primária à saúde, e, desse modo, ajudou a promover avanços no campo da saúde (BRASIL, 2001).

Nas Cartas da Promoção da Saúde se contempla a relevante contribuição para a promoção da saúde no Brasil e no mundo. Segundo Brasil (1999), destaca-se também a Carta para o terceiro milênio, a qual foi aprovada no dia 9 de setembro de 1999, em Londres, Grã-Bretanha, pela Assembléia Governativa da REHABILITATION INTERNATIONAL, com o intuito de reconhecer e proteger os direitos humanos de cada pessoa em qualquer sociedade. Os direitos humanos básicos são ainda rotineiramente negados a segmentos inteiros da população mundial, nos quais se encontram muitos dos 600 milhões de crianças, mulheres e homens com deficiência. Há de se buscar um mundo onde as oportunidades iguais para pessoas com deficiência se tornem uma consequência natural de políticas e leis sábias que apoiem o acesso às pessoas com deficiência, e a plena inclusão em todos os aspectos da sociedade.

Compreende-se que o progresso científico e social no século 20 aumentou a compreensão sobre o valor único e inviolável de cada vida. Contudo, ainda existem muitas dificuldades, como, por exemplo, a ignorância, o preconceito, a superstição e o medo que ainda dominam grande parte das respostas da sociedade à deficiência. No Terceiro Milênio, é preciso desenvolver estratégias com vistas a aceitar a deficiência como uma parte comum da variada condição humana. Estatisticamente, pelo menos 10% de qualquer sociedade nascem com uma deficiência ou adquirem; e aproximadamente uma em cada quatro famílias possui uma pessoa com deficiência. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos hemisférios norte e sul do planeta, a segregação e a marginalização têm colocado pessoas com deficiência no nível mais baixo da escala sócio-econômica.

No século 21, é preciso insistir nos mesmos direitos humanos e civis tanto para as pessoas com deficiência como para quaisquer outras pessoas. O século 20 demonstrou que, com inventividade e engenhosidade, é possível estender o acesso a todos os recursos da comunidade ambientes físicos, sociais e culturais, transporte, informação, tecnologia, meios de comunicação, educação, justiça, serviço público, emprego, esporte e recreação, votação e oração. Por isso é preciso estender o acesso que poucos têm para muitos, eliminando todas as

barreiras ambientais, eletrônicas e atitudinais que se antepõem à plena inclusão deles na vida comunitária. Com este acesso poderão advir o estímulo à participação e à liderança, o calor da amizade, as glórias da afeição compartilhada e as belezas da Terra e do Universo.

A cada minuto, diariamente, mais e mais crianças e adultos estão sendo acrescentados ao número de pessoas cujas deficiências resultam do fracasso na prevenção das doenças evitáveis e do fracasso no tratamento das condições tratáveis. A imunização global e as outras estratégias de prevenção não mais são aspirações; elas são possibilidades práticas e economicamente viáveis. O que é necessário é a vontade política, principalmente de governos, para acabarmos com esta afronta à humanidade. Teoricamente, os avanços tecnológicos colocam, sob o controle humano, a manipulação dos componentes genéticos da vida. Isto apresenta novas dimensões éticas ao diálogo internacional sobre a prevenção de deficiências. No Terceiro Milênio, é preciso criar políticas sensíveis que respeitem tanto a dignidade de todas as pessoas como os inerentes benefícios, assim como a harmonia derivados da ampla diversidade existente entre elas. Conforme divulgado, existem diversos programas internacionais de assistência ao desenvolvimento econômico e social os quais devem exigir padrões mínimos de acessibilidade em todos os projetos de infraestrutura, inclusive de tecnologia e comunicações, a fim de assegurarem que as pessoas com deficiência sejam plenamente incluídas na vida de suas comunidades. Acredita que todas as nações devem ter programas contínuos e de âmbito nacional para reduzir ou prevenir qualquer risco previsível de causar impedimento, deficiência ou incapacidade, bem como programas de intervenção precoce para crianças e adultos que se tornarem deficientes.

Todas as pessoas com deficiência devem ter acesso ao tratamento, à informação sobre técnicas de autoajuda e, se necessário, à provisão de tecnologias assistivas e apropriadas. Cada pessoa com deficiência e cada família na qual haja uma pessoa deficiente devem receber os serviços de reabilitação necessários à otimização do seu bem-estar mental, físico e funcional, assim assegurando a capacidade dessas pessoas para administrarem sua vida com independência, como o fazem quaisquer outros cidadãos.

As pessoas com deficiência devem ter um papel central no planejamento de programas de apoio à sua reabilitação; e as organizações de pessoas com deficiência devem ser empoderadas com os recursos necessários para compartilhar a responsabilidade no planejamento nacional voltado à reabilitação e à vida independente. A reabilitação baseada na comunidade deve ser amplamente promovida nos níveis nacional e internacional como uma forma viável e sustentável de prover serviços. Cada nação precisa trabalhar esta iniciativa,

com a participação de organizações para as pessoas com deficiência. Deve-se desenvolver um plano abrangente que tenha metas e cronogramas claramente definidos para fins de implementação dos objetivos expressos na Carta para o Terceiro Milênio a qual apela aos Países-Membros para apoiarem a promulgação de uma Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como uma estratégia chave para o atingimento destes objetivos. No Terceiro Milênio, a meta de todas as nações precisa evoluir para as sociedades de maneira que protejam os direitos das pessoas com deficiência mediante o apoio ao pleno empoderamento e inclusão delas em todos os aspectos da vida. Por estas razões, a CARTA PARA O TERCEIRO MILÊNIO é proclamada para que toda a humanidade entre em ação, na convicção segundo a qual a implementação destes objetivos constitui uma responsabilidade primordial de cada governo e de todas as organizações não-governamentais e internacionais relevantes

Associada às conquistas das Conferências Internacionais da Saúde, ressalta-se a contribuição da VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida no período de 5 a 11 de agosto de 2005 em Bangucoque-Tailândia, a qual reconhece a promoção da saúde como um processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes de saúde, com vistas a melhorar a saúde individual e coletiva. Nesse contexto, considera como novos desafios que homens e mulheres são afetados de modo diferente, tendo se acentuado a vulnerabilidade das crianças, a exclusão dos marginalizados e das pessoas com deficiência (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, VI, 2005). Estas conferências influenciaram algumas mudanças políticas ocorridas no Brasil. Por exemplo, a queda do regime militar e o surgimento de manifestações sociais ocasionadas pelas profundas desigualdades sociais contribuíram para desencadear os movimentos sociais, a Reforma Sanitária, maior participação da população e controle social em comissões institucionais.

Como evidenciado, as Conferências Nacionais de Saúde foram marcos históricos na saúde pública do Brasil, e, em especial, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição de 1988, a saúde no Brasil conquistou avanços consideráveis. Desde então, a educação em saúde ganhou um enfoque particular e um conceito ampliado passou a ser percebido como uma estratégia para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, 2007).

Conforme registra a Constituição de 1988, o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência é básico. Em seu Art. 144 dispõe sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo. Como toda pessoa, o

portador de deficiência assim se situa: transita por logradouros, ruas, jardins, parques e praças, penetra em edifícios, bens públicos de uso especial, como escolas e hospitais públicos. Em relação ao tema, a jurisprudência tem se manifestado de forma progressista. Consoante entende, em muitos casos, se deve prover acesso não apenas a logradouros públicos, mas também a condomínios privados. Fundamenta-se na base principiológica da Constituição Federal de 1988 que preconiza: igualdade, livre locomoção, função social da propriedade, razoabilidade (QUARESMA, 2002).

Dessa maneira, a Constituição Federal de 1988 rompeu com o modelo assistencialista, até então operante, assegurando a igualdade de oportunidades baseada no princípio de tratamento igual aos iguais. E desigual aos desiguais, na medida da sua desigualdade, de forma a assegurar a igualdade real. Reconheceu que a sociedade é caracterizada pela diversidade, pois é constituída de indivíduos diferentes entre si. Assim, os conceitos de deficiência enfocam os tratos diferenciados das pessoas com deficiência ao longo da história, os quais, no passado, eram considerados como aleijados. Para muitos, estas diferenças físicas estavam relacionadas à ignorância, ao pecado, aos poderes naturais do bem sobre o mal (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

O novo modelo de assistência vislumbra novas possibilidades, sobretudo para contemplar a inclusão social das pessoas com deficiência física. Com esta finalidade, é aprovada na década de 1980 a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Esta lei 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 dos interesses coletivos ou difusos das pessoas portadoras de deficiência, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Dessa forma, o Presidente da República estabeleceu normas para assegurar a integração social por meio do exercício dos direitos individuais e sociais, embasadas no respeito à dignidade e na justiça social; possibilitou, portanto, às pessoas com deficiência acesso à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social; amparo à infância e à maternidade, ou seja, direitos essenciais ao ser humano para poder viver dignamente. Como observado, a lei contempla basicamente todas as áreas indispensáveis à inclusão social das pessoas com deficiência, e cria oportunidades negadas durante muitos anos, pois o homem, ao longo do tempo, vem mostrando caráter discriminatório com qualquer pessoa que apresente diferença de padrões preestabelecidos (BRASIL, 1989).

Nesse sentido, para Quaresma (2002), a Constituição brasileira é clara em determinar as obrigações do poder público em conferir tratamento diferenciado às pessoas com deficiência, a partir de direitos e deveres, princípios e diretrizes positivados em diversos dispositivos constitucionais, como mencionado.

Diante das exigências constitucionais, surge o Brasil Acessível por meio do Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana, cujo objetivo é estimular e apoiar os governos municipais e estaduais a garantir tanto a acessibilidade das pessoas com restrição de mobilidade aos sistemas de transportes, equipamentos urbanos quanto a circulação em áreas públicas. Trata-se de incluir no processo de construção das cidades uma nova visão que considere o acesso universal ao espaço público (BRASIL, 2008).

Dessa maneira se compreende a necessidade de liberdade de locomoção das pessoas com deficiência física de modo que estas pessoas tenha acesso aos espaços públicos, livres de barreiras ou algo que impeça a acessibilidade, pois a legislação brasileira estabelece que barreiras são qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas. As barreiras são classificadas em arquitetônicas urbanísticas, a exemplo das existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público, e em arquitetônicas na edificação, que são as existentes no interior dos edifícios públicos e privados. Há, ainda, as barreiras arquitetônicas nos transportes, isso é, as existentes nos meios de transportes (BRASIL, 2003).

Nessa ótica, a legislação brasileira contribui para a reflexão dos gestores e propicia novas tomadas de decisão a favor das pessoas com deficiência. Por exemplo, no ano de 2004 foi sancionado no Estado da Paraíba o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CEDPD), com a finalidade de assessorar o governo estadual no intuito de assegurar o exercício dos direitos civis e humanos das pessoas com deficiência, em consonância com as diretrizes da CORDE. O Conselho tem um papel importante para garantir às pessoas com deficiência respeito aos seus direitos à integração e à inclusão social e o pleno exercício dos direitos individuais e coletivos de todas as pessoas com limitação em suas atividades em virtude de deficiência, com vistas a introduzir tais exigências no ordenamento jurídico brasileiro (PARAÍBA, 2008).

Como se depreende, o CEDPD se coaduna com a proposta da legislação brasileira, a qual garante ações institucionais voltadas a suprir discriminações e preconceitos de qualquer espécie. Segundo determina, deve haver compromisso e obrigação nacional, a cargo do poder público e da sociedade, para cumprir o que é preconizado, no âmbito da

educação, da saúde, da formação profissional e do trabalho, dos recursos humanos, do incentivo à pesquisa, das edificações e do desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionado com as pessoas com deficiência. A educação se inclui no sistema educacional, o qual envolve a educação especial acessível aos às pessoas com deficiência, desde a educação infantil ao ensino superior, inclusive a inserção da educação especial nas escolas públicas e privadas e nas unidades hospitalares. Conforme determina, quando a criança do pré-escolar se mantiver hospitalizada por período igual ou superior a um ano, a pessoa com deficiência tem direito, tal como outros educandos, a ter acesso gratuito ao material escolar, à merenda escolar e a bolsas de estudo, bem como a se matricular normalmente em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares, integrando-se no sistema regular de ensino (BRASIL, 1989).

Outro instrumento de apoio às pessoas com deficiência é a Lei Federal nº 10.098/2000, ao estabelecer normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. A citada norma abrange as hipóteses de supressão de barreiras e obstáculos para os portadores de deficiência em vias e espaços públicos, no mobiliário urbano e nos meios de transporte e comunicação. Pelo Decreto n.º 5.626, de 22 de dezembro de 2005, em seu Art. 37, cabe às empresas concessionárias e às instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos assegurar a qualificação dos profissionais que trabalham nesses serviços, para prestarem atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, para favorecer a autonomia pessoal, total ou assistida (BRASIL, 2005). Também a Lei Federal nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 e a Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estipulam que as empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b).

No âmbito estadual, a Constituição cearense estabelece, em seu Art. 329, que o Estado deve promover programa de prevenção, integração social e atendimento especializado aos portadores de deficiência física, sensorial ou mental, mediante treinamento para o trabalho e a convivência, como forma de facilitar o acesso aos bens e serviços coletivos com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos. O projeto de lei nº. 15/04, de autoria do deputado Marcos Tavares, em seu Art. 1º, obriga o condutor de ônibus de empresa de transporte coletivo, que trafegar nos limites do território do Estado do Ceará e que conduzir

passageiros nos terminais rodoviários, a orientar os seus usuários sobre normas de segurança na viagem. Destaca, principalmente, a rota de fuga em caso de acidente com o veículo, sempre que for iniciado um novo percurso e houver embarque de passageiro (CEARÁ, 2008).

Quanto à acessibilidade na área da saúde, as pessoas com deficiência possuem por lei a garantia de ter acesso à promoção da saúde e receber visita domiciliar e atendimento médico diferenciado por meio de programas de saúde específicos. É necessário, então, desenvolver programas com a participação da sociedade como forma de integração social, contemplando a promoção das ações preventivas, tais como: o planejamento familiar, o aconselhamento genético, o parto e puerpério, a nutrição da mulher e da criança, a identificação e o controle da gestante e do feto de alto risco, a imunização, o controle das doenças metabólicas e seu diagnóstico, até o encaminhamento precoce das doenças causadoras de deficiência. Além disso, devem receber quando preciso tratamento adequado. Assim, as pessoas com deficiência deverão ter acesso à rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, bem como aos tratamentos adequados nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. De acordo com a legislação brasileira, Art. 8º, inciso IV, se constitui crime punível, com reclusão de um a quatro anos e multa, recusar, retardar ou dificultar de alguma forma o acesso destas pessoas ao serviço de saúde, negligenciando-lhes assistência médico-hospitalar e ambulatorial, quando possível (BRASIL, 1989).

O objetivo da lei é promover o acesso das pessoas com deficiência não somente aos serviços de saúde, mas a todos os locais e serviços destinados a prestar qualquer atendimento às pessoas de modo geral, para a promoção da qualidade de vida, quer seja na promoção da saúde, na prevenção das doenças, ou para a interação social, no intuito de proporcionar o crescimento e o desenvolvimento do ser humano.

Para a mais rápida efetivação desses direitos, urge as pessoas conhecerem melhor seu semelhante com vistas a ampliar a compreensão de que os valores humanos vão além das possíveis deficiências (ARAGÃO, 2004).

4 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

4.1 Opção pela Teoria

Como referencial teórico, adotou-se a Teoria do Empoderamento. A opção por essa teoria justifica-se em virtude de a proposta do empoderamento se aplicar às questões relacionadas ao fortalecimento de pessoas, grupos e comunidades. Para isso deve haver oportunidades de refletir sobre os processos de educação em saúde e promoção da saúde, concomitantemente, no intuito de desenvolver o poder individual e grupal, por meio de programas de políticas sociais inclusivas. Nesse sentido, utiliza-se o referencial teórico de Tones (1995), o qual se ancora na educação em saúde para promover o empoderamento das pessoas. Conseguir o empoderamento individual ou coletivo envolve a multifatoriedade com vistas ao alcance de autonomia diante das decisões pessoais e ou comunitárias com o objetivo de encontrar respostas às dificuldades e ou barreiras inerentes a cada situação específica. Com esta finalidade, é preciso desenvolver o processo de educação para pessoas ou grupos.

Tal iniciativa envolve as pessoas sobre várias esferas. Por exemplo, o empoderamento psicológico refere-se ao nível individual de análise. Diz respeito ao aumento da capacidade dos indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas. Trata-se de uma autoemancipação fundada numa compreensão individualista de empoderamento, a qual enfatiza a dimensão psi-cossocial. Esta compreensão de empoderamento está presente na sociedade norte-americana, cuja cultura tem sido cooptada pelo individualismo e pelas noções individuais de progresso, orientada para o *self made man* (o homem que se faz por seu próprio esforço pessoal). A ênfase é no aumento do poder individual, medido em termos do aumento no nível de autoestima, de autoafirmação e de autoconfiança das pessoas (TONES, 1995).

Nessa perspectiva, a educação em saúde apresenta-se como ferramenta para a promoção da saúde e para o empoderamento das pessoas vulneráveis. Entre essas, destacam-se aquelas com deficiência física, as quais devem se organizar para exercer sua cidadania ainda inviabilizada por falta de planejamento, consciência crítica e força política. Nessa ótica, o modelo da teoria de Tones (1995) possibilita visibilidade para o empoderamento das pessoas com deficiência física voltada à reivindicação de espaços acessíveis aos serviços hospitalares.

4.2 Modelo de Autorização de Educação em Saúde

Este modelo propõe determinados passos para se obter a educação em saúde, tais como:

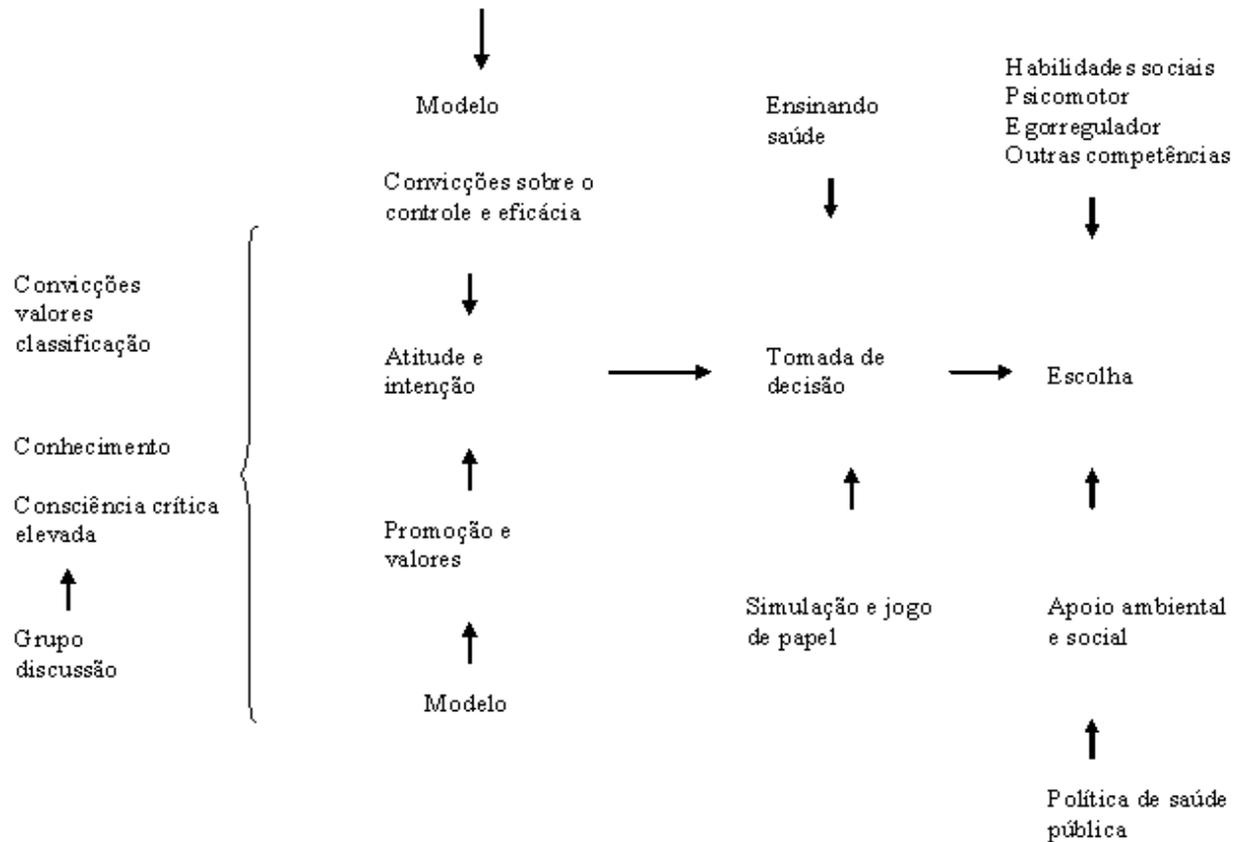


Figura 1 – Modelo de autorização de educação em saúde

Fonte: Tones (1995).

O empoderamento compreende um processo amplo e reflexivo composto por elementos da educação, da saúde, da política, das ciências sociais e humanas. Esse modelo poderá ser aplicado como âncora para os estudos destinados a empoderar os grupos de pessoas vulneráveis, como, por exemplo, as pessoas com deficiência física.

Nessa aspecto, aplica-se à proposta de empoderamento das pessoas com deficiência física, para construir espaços acessíveis aos serviços hospitalares, pois demanda a necessidade de organizar grupos de pessoas com deficiência física para discutir o alcance dos objetivos, com a finalidade de desenvolver consciência crítica elevada e gerar conhecimento. Isso conduz à convicção de valores, confiança e eficácia para a promoção desses valores. Dessa forma, as pessoas desenvolvem atitudes por meio do ensino de saúde e do jogo de papéis, com segurança e autonomia para a tomada de decisão ancorada nas habilidades sociais

e na política de saúde pública da pessoa com deficiência física em busca do apoio ambiental e social para a construção do espaço acessível aos serviços hospitalares.

4.3 Conceitos e Aplicabilidade da Teoria

Empoderamento é um conceito polissêmico, com visibilidade crescente, sobretudo a partir dos anos de 1990. Derivado do inglês *empowerment*, o termo originou-se dos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades do Primeiro Mundo, desde os anos de 1950. Nos anos de 1970, é influenciado pelos movimentos de autoajuda; nos anos 1980, pela psicologia comunitária, e nos anos 1990, pelos movimentos que tentam afirmar o direito de cidadania sobre distintas esferas sociais, entre estas, a da saúde (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Sob esse prisma, as reflexões acerca do empoderamento surgiram em 1970, quando emergiram os primeiros trabalhos via intensos debates entre as escolas baseadas na modernização ou na dependência como as causas do subdesenvolvimento. Assim, centrou sua atenção na clara relação entre empoderamento, pobreza e a marginalidade de carência do empoderamento. Dessa forma, este exerce papel dominante na determinação dos que progridem e dos que não podem fazê-lo, tanto nas unidades familiares quanto nas relações personalizadas entre seus diferentes membros. Tudo isso por meio de uma variedade de estruturas administrativas que regulam a vida das pessoas e o acesso aos recursos e oportunidades de avanço e de distinção entre empoderamento e autoridade, a qual naquela época, era exercida livremente com o apoio público e se baseava no consenso, enquanto o empoderamento implicava com frequência ameaça de ações sem consultar as aspirações da população (OAKLEY; CLAYTON, 2003).

Pouco a pouco o empoderamento assume significações referentes ao desenvolvimento de potencialidades, ao aumento de informação e percepção, com vistas a uma participação real e simbólica que possibilite a democracia. Portanto, empoderamento implica aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2001).

Um dos aspectos fundamentais do empoderamento diz respeito às possibilidades de a ação local fomentar a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no intuito de contextualizá-la e favorecer sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. Tudo isso consoante se associa às formas alternativas de se trabalhar realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos (TEIXEIRA, 2002a).

Diante dessas reflexões, destaca-se no Brasil uma prática de organização nas comunidades representadas pelas associações. Ante as necessidades de fortalecer seu exercício de cidadania, as pessoas se organizam, à maneira de empoderamento, em busca do alcance de objetivos comuns.

De modo geral, as associações possibilitam o exercício do empoderamento, o qual deve acontecer mediante formação de grupo de discussões entre as pessoas que apresentam interesses comuns diante de determinadas situações. Essas pessoas, por meio da formação de consciência crítica elevada, desenvolvem o conhecimento. Tal conhecimento leva à convicção de valores e à clarificação do alcance dos objetivos coletivos e, ao mesmo tempo, propicia a participação da comunidade em políticas sociais. Assim, proporciona convicções sobre o controle e eficácia geradores de atitudes e intenções quanto à promoção de valores; contribui para a tomada de decisão, desenvolvimento das habilidades, por meio da busca de políticas públicas para o suporte ambiental e social. O empoderamento e a participação da comunidade em políticas sociais podem apresentar-se como a participação da sociedade civil na esfera pública via conselhos e outras formas institucionais, não para substituir o Estado, mas para lutar para que este cumpra seu dever, isto é, proporcionar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade para todos (GOHN, 2004).

Compreende-se, então, o empoderamento como resultado da consciência, organização individual e coletiva, quando é representado, por exemplo, pelas associações, como forma de adquirir poder. Existem diversas associações em todo o país. Entre estas, as associações de moradores, de idosos, de pessoas com deficiência física. Nas associações voluntárias de todos os tipos, as pessoas exercitam habilidades democráticas, participativas, à procura de solução dos problemas. Geralmente embasadas no princípio da solidariedade, e, muitas vezes, mesmo sem ser politizadas, ainda assim, apontam para a possibilidade de organização, espaço de cultura e saber por meio das discussões (ANDRADE, 2001).

Apesar destas limitações, as associações ocupam um espaço para o aprendizado contínuo e ampliam o exercício da reflexão crítica. Segundo Amâncio (2008), deve-se

compreender que as necessidades poderão ser satisfeitas e à medida que o grupo se tornar mais coeso, mais solidário e mais reflexivo, vislumbram-se caminhos possíveis onde esses indivíduos começam a dimensionar suas próprias potencialidades e limites. Conseqüentemente elevam a consciência crítica, transformam as atitudes e impulsionam para a aquisição de novos valores. Pode-se inserir nesse caso a busca para reivindicar espaços acessíveis das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares. Assim, conforme essas reflexões demonstram os indivíduos devem se acreditar capazes de alcançar seus objetivos. Por isso é necessário acreditar na autoeficácia e perceber que o processo de empoderamento requer bom senso. Qualquer decisão precisa ser tomada com responsabilidade, pois poderá implicar um comportamento consoante os princípios morais. A orientação é que as decisões das pessoas sejam éticas e se estabeleçam de forma a não prejudicarem os demais nem interferirem na liberdade de agir do outro (TONES, 1995).

Nesse sentido, o empoderamento é uma construção em diversos níveis: no espaço individual, quando se refere às variáveis comportamentais; no organizacional, quando se trata da mobilização participativa de recursos e oportunidades em determinada organização; e no comunitário, quando a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco. Isso faz do empoderamento um processo de ação coletiva, a ocorrer na interação entre indivíduos. Envolve, necessariamente, um desequilíbrio nas relações de poder na sociedade. Pode emergir de um processo de ação social, no qual os indivíduos tomam posse das suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos; gera pensamento crítico em relação à realidade; favorece a construção da capacidade pessoal e social e possibilita a transformação de relações sociais de poder. Como categoria, abrange noções de democracia, direitos humanos e participação, mas não se limita a estas. É mais do que trabalhar em nível conceitual. Envolve o agir, implica processos de reflexão sobre a ação, com vistas à tomada de consciência acerca dos fatores de diferentes ordens: econômica, política e cultural, que conformam à realidade e incidem sobre o sujeito (FREIRE; SHOR, 1986; FREIRE, 2003).

Portanto, o empoderamento das pessoas com deficiência física transita pela educação. Desse modo, a educação deve também ser baseada no empoderamento e se focalizar na ação do grupo, no diálogo direto com os componentes, de forma a se inserir no campo da promoção da saúde como uma estratégia de ganho da saúde. O empoderamento é proposto como um elemento que foca o alvo comunitário com a finalidade de aumentar a credibilidade. Isso gera poder com conotação para encorajar, transpor obstáculos, barreiras, superar a timidez, o medo e a insegurança. Devem-se buscar mecanismos eficazes para

alcance de metas destinadas a contribuir para o desenvolvimento social, político, econômico e cultural. Pode assumir um caráter modificador conforme as necessidades dos indivíduos, grupos e organizações (TEIXEIRA, 2002b).

Com esta constatação, o empoderamento é construído a partir dos valores, da cultura, dos conhecimentos individuais ou coletivos, assim como da participação política e social. Por isso, o princípio para a busca do empoderamento pauta-se na educação em saúde como meio de levar as pessoas a refletir sobre sua forma de vida, seus direitos, deveres e poderes. Assim, a proposta dessa teoria sugere a compreensão para modificar a visão de mundo, possibilita novas reflexões e relações interpessoais, de uma maneira inclusiva. No Brasil, a ausência do empoderamento do povo é evidenciada pela subserviência e falta de participação. Percebe-se, porém, a transformação gradativa dessa realidade com a Constituição Federal de 1988, a qual possibilitou a participação e o controle social. Essa transformação é fortalecida nos princípios do Sistema Único de Saúde ao propor a igualdade aos desiguais. Nesse processo, insere-se a acessibilidade a bens e serviços.

Atualmente, do ponto de vista dos processos das ações associadas com a promoção do desenvolvimento e transformações sociais, vive-se a era do empoderamento. O termo tornou-se, então, de domínio público, mas este conceito é mais facilmente exposto que colocado em prática. Falar em empoderamento equivale a sugerir a existência de grupos totalmente à margem do poder e que necessitam de apoio para ser empoderados. Enquanto o empoderamento é a essência da riqueza, o desempoderamento é a base da pobreza. Tanto os empoderados quanto os desempoderados são categorias de atores fundamentais para a compreensão da dinâmica em qualquer processo de desenvolvimento. O poder pode ser visto como um bem de propriedade do Estado ou de uma classe dominante que o exerce para manter o controle e afirmar sua legitimidade (OAKLEY; CLAYTON, 2003).

Diante das reflexões, o empoderamento pode ser aplicado, por exemplo, às pessoas com deficiência física, como grupo que precisa empoderar-se para construir espaços acessíveis aos hospitais. Para tal, exige-se a prática do empoderamento, sair do discurso. Contudo, no momento de exercitar o poder existe a insegurança, o medo, a incredulidade gerada pelo processo de exclusão, ainda considerado normal tanto para os detentores do poder quanto para os dependentes dos poderosos. Como observado, não se encontra nos lugares públicos um contingente significativo de pessoas com deficiência física. Esse fato conduz a alguns questionamentos, tais como: Será que estas não existem? Ou não podem ser vistas? Porque têm vergonha ou as condições de acesso não são favoráveis? Ou porque os próprios

familiares as escondem, ou seja, negam sua existência e por isso não há facilidade para acesso em lugares comuns e abertos para o trânsito de todas as pessoas ditas normais? Essas indagações sugerem a necessidade do empoderamento dessas pessoas de forma a conquistarem seus espaços.

Consoante se compreende, o ponto de partida de qualquer análise sobre empoderamento em intervenções para o desenvolvimento das pessoas, assim como sua inserção no meio social, por exemplo, requer o reconhecimento de que o termo possui outras formas de interpretação e de significados associados, tais como participação e sociedade civil. Nesse sentido, o empoderamento é um conceito motivador, que evoca ampla variedade de respostas em diversos grupos. É importante, porém, buscar um entendimento sobre como diferentes organizações utilizam o termo. Como exemplo destacam-se estudos sobre o empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde, como forma de motivar e fortalecer o empoderamento dos atores sociais no esforço coletivo em prol da melhoria das condições de vida, por meio de vivências do exercício da democracia em espaços de convivência onde eles possam conquistar espaços decisórios de intervenção. Para isso se faz necessário o aprendizado constante em busca da democracia. Dessa forma, os indivíduos e grupos aprendem a interagir, ao adquirir autoconfiança e reconhecer o outro e a si mesmos como autores de um mesmo processo de negociação e de construção coletiva (KLEBA; CORMELATTO; COLLISELLI, 2007).

Essas experiências induzem à reflexão segundo a qual o processo de educação poderá contribuir também para o empoderamento das pessoas com deficiência física, por meio de grupo focal que proporcione espaços de discussões e de reflexões coletivas para construir seus objetivos.

O conceito é central à filosofia e à prática de promoção da saúde, vista pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um meio de realizar uma vida social e economicamente produtiva. Nesse âmbito, o empoderamento de indivíduos e comunidades age instrumentalmente para facilitar a tomada de decisões saudáveis. O conceito tem a ver com o relacionamento recíproco entre os indivíduos e seu ambiente. Tal relacionamento pode exercitar uma influência controladora poderosa nas pessoas, mas essas pessoas podem também influenciar seu ambiente. Desse modo, uma comunidade poderia pressionar as autoridades locais ou nacionais para realizar mudança. As comunidades poderiam promover ação direta para melhorar seus ambientes, via pressão dos indivíduos, no intuito de exercitar e efetivar transformações, talvez mediante um processo de levantamento de consciência crítica.

A orientação é serem as decisões éticas, de maneira a não prejudicar as demais pessoas nem interferir na liberdade de agir dos outros. Deve incorporar o requerimento central de um ambiente apoiador, além de demonstrar a necessidade de fornecer saúde e habilidades apoiadoras da vida por meio de políticas públicas com vistas a garantir que a escolha saudável é a escolha fácil (TONES, 1995).

Com esta finalidade, estratégias voltadas à autoajuda e ao autoaperfeiçoamento estão presentes, por exemplo, no empoderamento organizacional. Este, por sua vez, é uma abordagem do processo de trabalho que objetiva a delegação do poder de decisão, a autonomia e a participação dos funcionários na administração das empresas. Nessa perspectiva, empoderamento significa dar às pessoas autoridade para fazer mudanças em si mesmas; a partir disso, emergirão as transformações nos ambientes de convívio diário. Outra forma de empoderamento é o comunitário, o qual se direciona ao desenvolvimento da capacitação de grupos desfavorecidos para se articularem com base em interesses e participação comunitária, no intuito de alcançar a conquista plena dos direitos da cidadania, a defesa dos seus direitos e de influenciar ações do Estado. No empoderamento comunitário, é fundamental o engajamento dos sujeitos na compreensão da problemática que afeta suas condições de vida, na discussão de soluções alternativas, na definição de prioridades e na decisão a respeito de estratégias de implementação de programas, seu acompanhamento e avaliação. Trata-se de desenvolver competência para um agir político e para atuar sobre os fatores que incidem sobre a qualidade da sua vida. É fundamental a participação da sociedade como sujeito desse processo (BAQUERO; BAQUERO; KEIL, 2004).

O termo empoderamento também é utilizado para o desenvolvimento pessoal dos indivíduos, o aumento da sua autoconfiança e a devida experiência para a pessoa poder expandir seus horizontes. Diante dessas reflexões, emergem as dimensões do empoderamento classificadas nos seguintes âmbitos: **psicológico**, as quais se apresentam como a criação de espaços e aquisição de conhecimentos ligados ao desenvolvimento de sentimentos de autoestima e autoconfiança, requisitos para a tomada de decisões, onde interessa a conscientização sobre a realidade **social**, a qual envolve liderança em atividades comunitárias, ações por seus direitos e inclusão social. Incluem-se ainda a **organizacional**, estabelecimento de uma organização representativa e liderança organizacional, as **políticas**, pela participação em instituições locais, negociação e acesso ao poder político. Isso requer habilidade para analisar e mobilizar o meio social para nele produzir mudanças. Enfim, o **econômico**, que

relaciona a importância da execução de atividades capazes de gerar uma renda que assegure certo grau de independência econômica (OAKLEY; CLAYTON, 2003).

4.4 Dimensões da Aplicabilidade do Empoderamento

Segundo Carvalho e Gastaldo (2008), na origem do conceito e estratégia de empoderamento se encontram a psicologia comunitária, os movimentos de autoajuda e, em especial, as práticas sociais surgidas das reivindicações e lutas dos novos movimentos sociais ocorridos nas décadas de 1960 a 1980 em diversos países ditos desenvolvidos como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia.

Utilizado para o desenvolvimento do ser humano, o termo empoderamento apresenta propósitos distintos, mas interrelacionados. De acordo com estes propósitos, se conceitua o empoderamento sob olhares diversificados, assim definidos: como participação, esta é fortalecida pelo crescente uso de técnicas de diagnóstico participativo; como democratização, envolve o contexto político no nível mais amplo ou macro, como desenvolvimento da capacidade (DC). Durante a década de 1990, o DC transformou-se numa corrente maior como objetivo estratégico de muitos projetos de desenvolvimento. Quando se refere ao empoderamento via melhoria das condições econômicas, a maior participação, a democratização e o desenvolvimento da capacidade significam pouco se os pobres não conquistam inclusão e controle (TEIXEIRA, 2002b).

O empoderamento pode, portanto, ser considerado uma ferramenta voltada a promover a inserção social de pessoas e grupos no contexto participativo de modo que as próprias pessoas alcancem a independência e descubram os caminhos a serem trilhados para conquistas, livremente, sem os ônus dos favores porque alguém as ajudou, e, por isso, serão sempre cobradas. O empoderamento implica, pois, o reconhecimento das restrições sociais nas quais a categoria está submetida e da necessidade de reversão de determinada situação, por meio de mudanças em um contexto amplo/público, como, por exemplo, inserção em cargos de poder/decisão, educação e serviços de saúde adequados e também em situações mais específicas, ou individuais, como aumento de autoestima e autonomia (CORTEZ; SOUZA, 2008).

Em anos recentes, tem-se multiplicado o emprego do conceito de empoderamento em vários campos do conhecimento: administração, economia, saúde, desenvolvimento

comunitário, sociologia política e nos mais diferentes espaços de ação social, nas famílias, comunidades, escolas e grupos minoritários (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007).

Nessa ótica, o termo utilizado por diversas áreas do conhecimento, no intuito de empoderar indivíduos e grupos em diversas esferas organizacionais, teve Paulo Freire como um teórico inspirador de parte da literatura produzida por teóricos e profissionais da saúde comprometidos com a mudança social e o fortalecimento de práticas cidadãs (CARVALHO; GASTALDO, 2008),

Numa perspectiva emancipatória, empoderamento é o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades angariam recursos que lhes permitem ter voz, visibilidade, influência, capacidade de ação e decisão, além de constituir uma ferramenta com a qual governos, organizações da sociedade civil e agências de desenvolvimento buscam, a princípio, transformar a vida de pessoas e comunidades.

Dessa forma, o conceito vai além das noções de democracia, direitos humanos e participação para incluir a possibilidade de compreensão a respeito da realidade do seu meio social, político, econômico, ecológico e cultural. É um exercício de reflexão sobre os fatores que dão forma ao seu meio ambiente bem como à tomada de iniciativas voltadas a melhorar sua própria situação. Nesse sentido, o conceito de empoderamento vai além da participação. Pode ser reconhecido por meio do empoderamento das pessoas na tomada de decisões e controle por parte daqueles que, antes, não detinham qualquer poder; há, pois, uma necessária transformação ao longo do sistema (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007).

Em corroboração a essa ideia, transformar as pessoas desempoderadas compreende o empoderamento como a capacidade de um ator, individual ou coletivo, usar seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais para atuar com responsabilidade no espaço público na defesa de seus direitos, influenciando as ações do Estado na distribuição dos serviços e recursos públicos.

Conforme se observa, os conceitos de empoderamento foram construídos concomitantemente por diversos autores e ao mesmo tempo se aplicam em inúmeras áreas do conhecimento. Nesse estudo, a opção é trabalhar o empoderamento aplicado à promoção da saúde e à educação em saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo/ Abordagem

Trata-se de estudo do tipo pesquisa-ação a qual se insere na linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva direcionada para a resolução de problemas com objetivo de alcançar a transformação. É, pois, um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo cujos pesquisadores e participantes representativos da situação estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005). Quanto a abordagem qualitativa, compreende a totalidade dos seres humanos e se concentra na experiência humana em cenários naturais. Conforme o pesquisador acredita, seres humanos únicos atribuem significados às suas experiências e elas derivam do contexto de vida e das relações surgidas ao longo do dia a dia (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Portanto, na pesquisa qualitativa persegue-se o significado da ação humana, que constrói a história por meio de um grupo de técnicas. Tais técnicas possibilitam elaborar a realidade na qual teoria e metodologia caminham juntas. Assim compõe-se um conjunto de procedimentos que direcionam para a revelação do fenômeno em estudo (MINAYO, 2004).

Nesse estudo, a pesquisa foi ancorada na Teoria do Empoderamento, como uma estratégia capaz de mudar a vida das pessoas e gerar transformações nas estruturas sociais (MENEGHEL *et al.*, 2003). Espera-se que o modelo teórico adaptado de Tones (1995) contribua para a efetivação das transformações na vida das pessoas com deficiência física.

Consoante se compreende, a adaptação do modelo de empoderamento apresentado na sessão 5.2 se aplica ao tipo de estudo ora realizado, pois existe necessidade do empoderamento permear todo o processo, desde o grupo de discussão, aqui denominado grupo focal, até os participantes, ao desenvolverem consciência crítica elevada, por meio do conhecimento dos conceitos de deficiência física, empoderamento, acessibilidade e espaços acessíveis. As reflexões sobre esses conceitos se transformaram em aprofundamento do conhecimento do grupo focal mediante as discussões como forma de aprofundar o conhecimento dos conceitos. Enfim, os conceitos apreendidos e compreendidos conduziram o grupo focal ao conhecimento acerca da legislação sobre a pessoa com deficiência física como

forma de convencê-lo dos valores adquiridos. Isso corresponde às convicções e classificação de valores constantes do modelo de Tones (1995).

Dessa maneira, a análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física aos hospitais promoveu convicções sobre o controle e a eficácia, preconizados no modelo de empoderamento. Após a análise da acessibilidade aos hospitais, o grupo focal desenvolveu atitudes e intenções, com base nas reflexões sobre como as pessoas com deficiência física querem o hospital. Estas iniciativas possibilitaram ao grupo focal refletir sobre a promoção de valores que na adaptação do modelo de Tones (1995) são representados pelo ato de refletir as experiências de hospitalização das pessoas com deficiência física.

Tais reflexões conduziram às discussões e reflexões envolvendo a temática, a qual foi compreendida como parte de um processo denominado no modelo de empoderamento como ensinando saúde. Este, associado à simulação do jogo de papel com possibilidade de traçar forma de buscar apoio político, impulsionou o grupo focal para a tomada de decisão, foi alcançado com o conhecimento e com as habilidades sociais, psicomotor, ego regulador e outras competências, adaptadas do modelo utilizado nessa pesquisa, representado pela proposta de desenvolver estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis nos serviços hospitalares.

5.2 Modelo de Empoderamento para a Pessoa com Deficiência Física

O modelo adaptado de Tones (1995) evidencia passos relevantes para o empoderamento das pessoas com deficiência física que no estudo proposto foi aplicado a um grupo focal. Tal modelo pode ser visto na figura 2, exposta a seguir.

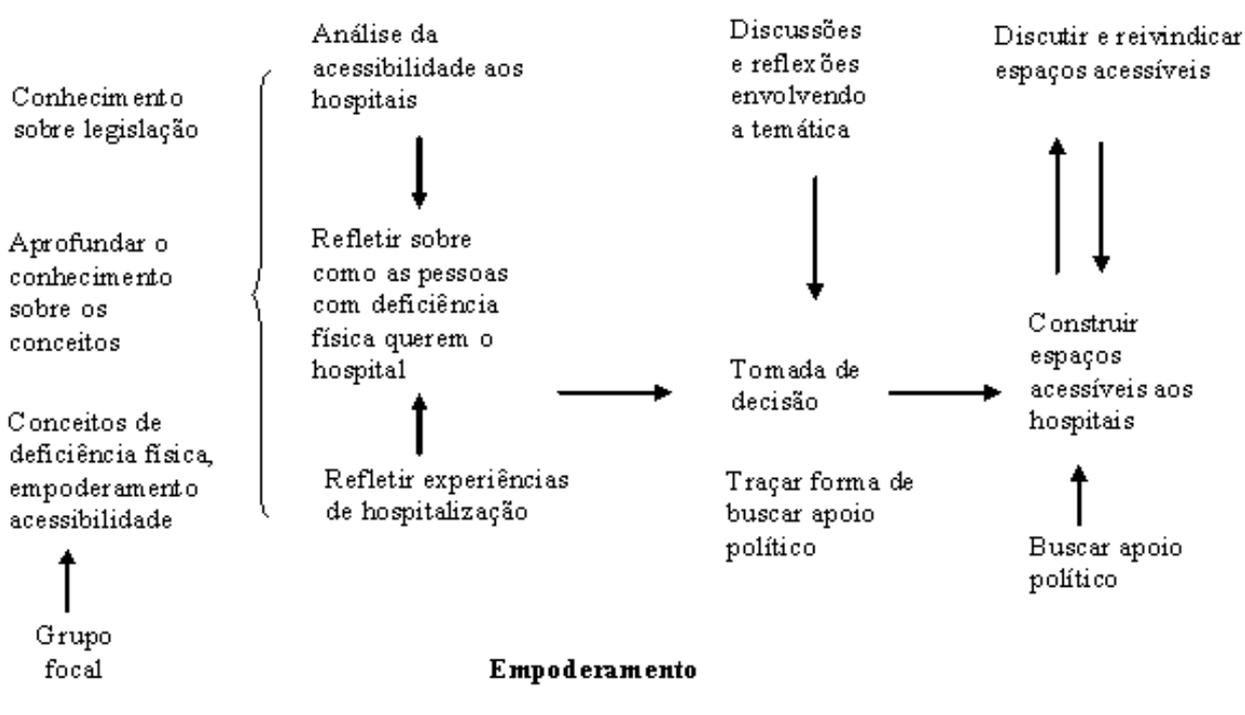


Figura 2 - Modelo de empoderamento para a pessoa com deficiência física

Fonte: Adaptado de Tones (1995).

5.3 Coleta das Informações

Existem várias técnicas apropriadas à coleta das informações para a pesquisa qualitativa. Entre estas, optou-se pela técnica de grupo focal que segundo Meyer (2004) oferece ao pesquisador a oportunidade de produzir uma concentração de dados sobre o tópico do seu interesse e permite, também, obtê-los de forma rápida e eficiente, na própria interação grupal, com produção de ideias, opiniões e experiências.

O grupo focal é considerado uma técnica qualitativa, não diretiva. Nessa técnica o facilitador da discussão define claramente o problema a ser avaliado, mas não interfere,

apenas proporciona uma atmosfera favorável à discussão, controla o tempo e estimula todos os componentes do grupo a falar. Ele funciona como um motivador e, portanto, deve evitar a monopolização por alguém do grupo e encorajar os participantes mais retraídos. O facilitador deve desenvolver a capacidade de observação e atenção para com o grupo, e, ao mesmo tempo, ampliar a capacidade de ouvi-lo, ter clareza de expressão, ser flexível, ativo, simpático e ter senso de humor. Por isso, é preciso escolher dois relatores para anotar as discussões (TANAKA; MELO, 2001; LEOPARDI *et al.*, 2001; COSTA, 2005).

5.4 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado na Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará (APNE), no município de Sobral, distante 240 quilômetros de Fortaleza. Referido município possui a quinta maior população do Estado e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 quilômetros. Está colocado entre os vinte primeiros municípios cearenses em dimensão territorial e ocupa o terceiro lugar em renda *per capita*. Tem experimentado avanço socioeconômico nos últimos dez anos, com instalação de novas empresas e com a expansão da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) (DIAS, 2001).

Sobral desponta como berço do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1997, e atualmente conta com 37 equipes de estratégia saúde da família (ESF), distribuídas na sede e nos distritos. Vale ressaltar que referido município implanta o Centro de Reabilitação Física para as pessoas com deficiência física, o qual será composto por uma equipe multidisciplinar e será referência para a Zona Norte do Estado. A unidade é a primeira da região Nordeste com completa infraestrutura para tratamento de pessoas com deficiências auditiva, física, visual, intelectual e múltipla, bem como pacientes com sequelas causadas por traumas físicos, alterações auditivas, doenças neurológicas e outras deficiências. O equipamento, destinado à população, oferecerá diversos atendimentos nas áreas da fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todo um suporte do serviço social. O fluxo de atendimento à população seguirá o modelo de tratamento já existente no sistema de saúde pública adotado pelo município, cujas portas de entrada são as Unidades Básicas de Atendimento à Saúde; nesse caso, os clientes serão encaminhados para os serviços especializados e o agendamento será marcado pela Unidade Central para o Centro de Reabilitação física. Embora a atenção seja para as pessoas envolvidas em acidentes, deverão passar pela nova unidade pessoas com

doenças ortopédicas, entre elas a tendinite, a artrose e a lombalgia, bem como parcelas da população de idosos, considerados os mais propensos a desenvolver patologias orgânicas.

Fundada em 26 de outubro de 2005, a APNE é direcionada exclusivamente para atender às pessoas com deficiência física da Região Norte do Estado do Ceará. Toda a diretoria é composta por pessoas com deficiência física, cujo mandato, a princípio, era de dois anos com direito a reeleição. Como o estatuto foi modificado, o mandato atualmente é de três anos.

As associações de modo geral podem ser consideradas espaços de empoderamento de pessoas e grupos. Assim se espera poder contribuir para o empoderamento das pessoas com deficiência física centrado na organização do grupo. Referida empoderação se dará por meio da própria APNE. Acredita-se que os sujeitos da pesquisa alcançaram a consciência crítica elevada e o jogo de papéis. Dentro do grupo focal ocorreu a aquisição de conhecimentos, com vistas a desenvolver a consciência crítica e o empoderamento. Desse modo, os participantes despertaram para a convicção de valores, ao aprender ensinamentos sobre saúde. Assim se proporcionou a oportunidade de escolhas e incentivo à obtenção de políticas de saúde públicas saudáveis em busca do apoio ambiental e social como forma de empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis.

5.5 Sujeitos da Pesquisa

Incluíram-se na pesquisa as pessoas com deficiência física integrantes da APNE que frequentam assiduamente as reuniões e que participaram de no mínimo cinco reuniões, considerando-se que as pessoas contribuíram para o alcance dos objetivos, pois aquelas que participaram apenas de uma ou duas reuniões não tiveram a continuidade das discussões. Desse modo, perderam a oportunidade de socialização sequenciada das discussões.

A opção pela escolha das pessoas associadas na APNE ocorreu por compreender que os associados são agentes multiplicadores de informações para as demais pessoas com deficiência, portanto, aptos a utilizar a motivação de poder, tanto de decisão como de formadores de opinião. Dessa maneira, os participantes se sentiram empoderados a buscar apoio da sociedade e do poder público para a construção dos espaços acessíveis.

O grupo focal deve ser composto por seis a dez membros. Deve-se acrescentar 20% para cobrir as possíveis ausências (TANAKA; MELO, 2001; LEOPARDI *et al.*, 2001). Às sessões do grupo focal compareceram quatorze participantes, mas um dos participantes compareceu somente à segunda sessão e o outro apenas à quinta e à sexta. Portanto, o estudo foi composto por doze participantes presentes a todas as sessões.

Coube à pesquisadora desempenhar o papel de facilitadora, no intuito de estimular o grupo focal como forma de promover facilidade de acesso ao conhecimento e possibilitar reflexões sobre a temática.

5.6 Métodos e Procedimentos

Para a realização do grupo focal, inicialmente apresentou-se o projeto ao presidente da APNE, com finalidade de esclarecer os objetivos da pesquisa, obter apoio para a formação do grupo focal e a assinatura da folha de rosto do projeto, conforme o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após, então, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA.

Na oportunidade o presidente manifestou interesse em colaborar com o referido projeto e afirmou que tal pesquisa poderia contribuir para o crescimento e desenvolvimento dos associados. Ressaltou a relevância do projeto para a associação, assim como a possibilidade de contribuir para um projeto de lei municipal. Propôs reunir os participantes, porém precisava de tempo para contatá-los, pois a APNE, naquele momento, se encontrava desarticulada, e ele ainda não havia sido empossado como novo presidente. A posse ocorreu no dia 11 de junho de 2009 e ele articulou a primeira sessão do grupo focal com as pessoas com deficiência para o dia 21 deste mesmo mês e ano.

Mencionada sessão foi realizada na calçada do viaduto da Igreja de São Francisco em Sobral-Ceará. Os participantes chegaram aos poucos, em horários dispersos, ambiente aberto, sem cadeiras, em virtude de desencontro entre os organizadores e os responsáveis pela sala de reuniões. Apesar disso, disseram se sentir confortáveis. Nessa sessão, ocorreu a apresentação da equipe de colaboradores da pesquisa, da qual fazia parte a facilitadora (enfermeira pesquisadora). Como previsto, o facilitador deve manter-se atento às informações e às expressões faciais, ao tom usado pelos participantes, ao contexto das falas e ao clima das discussões. Portanto, a análise deve extrair tudo que for relevante e associado ao tema e às

categorias abstraídas das informações escritas, faladas, percebidas nos gestos e posturas dos sujeitos da pesquisa (TANAKA; MELO, 2001). Além da facilitadora, estavam presentes as observadoras: duas enfermeiras, professoras da Graduação do Curso de Enfermagem do Instituto de Teologia Aplicada (INTA), e uma acadêmica do sétimo período do Curso de Biologia da UVA.

Segundo a literatura, a presença do observador é essencial no desenvolvimento do grupo focal. Isso exige uma pessoa com habilidade de atenção, de elaboração de análise e síntese de discussões.

Com vistas a atender às exigências do perfil do observador do grupo focal, foram utilizadas as seguintes estratégias: Inicialmente as observadoras participaram do projeto “Acessibilidade: caminhando com cidadania”. Referido projeto tem como objetivo: Diagnosticar as condições de acessibilidade do bairro D. Expedito Lopes, à partir da opinião das pessoas com deficiência domiciliadas no referido bairro. Nesse projeto as observadoras tiveram a oportunidade de exercitar o papel de moderador para aplicabilidade prática no grupo focal.

O observador contribui significativamente na obtenção das informações e no desenvolvimento das atividades do grupo em parceria com o moderador, o qual tem como atribuições: instrumentalizar o grupo e conduzi-lo com sabedoria, promover e facilitar a integração, e esclarecer a exposição de opiniões e ideias (VALE, 2008).

Dessa maneira, compreende-se a necessidade de se organizar o grupo focal e definir os momentos fortes do encontro, assim como elaborar guias de temas, para facilitar o andamento do encontro e conseqüentemente o alcance dos objetivos. E, ainda, estabelecer um contrato de trabalho no primeiro encontro para mostrar a condução do próximo grupo focal (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999).

Durante os grupos focais, os resultados discutidos nas sessões serviram de subsídios para as sessões subsequentes. Após as discussões, o material produzido ficava de posse da pesquisadora, para que a mesma realizasse as transcrições imediatamente após cada sessão, com vistas a apreender fidedignamente as informações para análise posterior. Assim, as sessões se iniciaram com base nas reflexões anteriores, com encaminhamentos para os objetivos da pesquisa. Os participantes sempre responderam às perguntas de acordo com seu conhecimento, conforme preconizado por Leopardi *et al.* (2001). As sessões com o grupo focal foram gravadas para melhor apreensão das informações, e conduzidas pelos passos

estabelecidos no Apêndice B. Tais passos foram estabelecidos como guia para o direcionamento do estudo, o qual foi adaptado de acordo com a evolução e desempenho do grupo focal, por ocasião da sua aplicação durante a coleta de dados. Tanto a negociação do local como a mobilização dos participantes couberam aos próprios participantes da pesquisa, enquanto as dinâmicas e organização do local ficaram sob a responsabilidade da facilitadora e das observadoras.

As discussões e reflexões foram encaminhadas pela facilitadora e começaram sempre com o resgate das considerações ocorridas no último grupo focal, com vistas a rememorar as discussões anteriores, de modo que as informações se mantivessem sempre conectadas e as fragmentações das ideias minimizadas. Todos os participantes tiveram liberdade de expressão dentro do grupo. Isso permitiu à facilitadora a percepção e compreensão da temática pelo grupo, tanto por meio das falas, comunicação verbal, como das expressões, por meio da comunicação não-verbal. Sempre ao final das sessões havia dinâmica avaliativa e em seguida servia-se um lanche, como forma de estimular a participação e promover a integração entre todos os participante, os quais sempre compareceram pontualmente ao local. Chegavam animados e demonstravam satisfação.

Conforme acordo prévio entre a Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará, reuniões foram realizadas quinzenalmente sempre aos domingos, no horário de 17h às 18h e 30m, na sala de reuniões da Igreja de São Francisco em Sobral-Ceará. Segundo, Tanaka; Melo, (2001), para realização dos grupos focais devem ser realizadas de seis a oito sessões. No estudo ora realizado ocorreram sete sessões do grupo focal, duas ocorreram em locais e horários extras ao combinado, pois a sexta sessão coincidiu com a festa de São Francisco, inviabilizando a ocupação do espaço pelo grupo focal. Na sétima sessão também houve a necessidade de providenciar local, dia e horário. A maneira como o grupo focal absorveu as informações e expressou as opiniões desencadeou o desafio de promover um evento com objetivo de validar a coleta de dados junto aos participantes da pesquisa e também ao poder público, à comunidade acadêmica, às instituições de saúde públicas e privadas e à sociedade de Sobral. Por isso aconteceu no auditório do SESC de Sobral-Ceará.

Quanto à média de participantes nas sessões do grupo focal, foi de doze pessoas. Durante as sessões deste grupo, os sujeitos da pesquisa se posicionaram em círculo e usaram crachá para facilitar a atuação da facilitadora (pesquisadora) e das observadoras que registraram as sessões.

5.7 Período de Coleta das Informações

Realizada no período de junho a outubro de 2009 a coleta ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa no CEP da UVA (Anexo A) e após se obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), por coleta de informações entende-se a fase em que o pesquisador vai às fontes de suas informações. Neste período, ocorre a busca das evidências sobre a realidade pesquisada, por meio de instrumentos apropriados (LEOPARDI *et al.*, 2001).

Dessa maneira, as sessões com o grupo focal possibilitaram discutir e aprofundar questionamentos inerentes à compreensão da proposta do projeto de tese, assim como as indagações pertinentes ao alcance dos objetivos sugeridos para o empoderamento das pessoas com deficiência física para a reivindicação dos espaços acessíveis aos hospitais da cidade de Sobral – Ceará. A cada sessão se aplicaram perguntas e respostas as quais foram gravadas em mp4 da marca ZAITEC, memória 2GB. As respostas foram descritas pela pesquisadora imediatamente, após cada sessão no intuito de fidelizar as informações.

5.8 Os Temas das Sessões do Grupo Focal

A efetivação da proposta se concretiza conforme a dinâmica dos participantes do grupo focal. Assim, a cada encontro se resgatou a discussão anterior para dar continuidade às novas discussões, como exposto:

- Encontro n°.1 Estabelecer o contrato grupal, estimular o entrosamento e a sensibilização dos participantes da pesquisa para a formação do grupo focal. Exibição de algumas fotografias que revelavam a inacessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares da cidade de Sobral – Ceará.
- Encontro n°. 2 Conhecer os participantes e apresentar o projeto intitulado: **Serviços hospitalares:** empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis com foco na problemática, justificativa, relevância, objetivos, metodologia e guia de temas para o grupo focal.
- Encontro n°. 3 Discutir os conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, empoderamento e a legislação que trata dos direitos das pessoas com deficiência.

- Encontro n°. 4 Instruir as pessoas com deficiência física sobre a legislação que estabelece seus direitos, após a discussão das experiências de hospitalização.
- Encontro n°. 5 Refletir sobre como as pessoas com deficiência física desejam o hospital acessível.
- Encontro n°. 6 Traçar estratégias para o apoio político voltado ao alcance dos objetivos.
- Encontro n°. 7 Executar as estratégias de ações efetivas estabelecidas pelos participantes do grupo focal.

5.9 Análise Discussão e Tratamento das Informações

A análise, discussão e tratamento das informações propiciaram reflexões acerca da Teoria do Empoderamento, utilizada nessa pesquisa, cujo propósito é promover grupo de discussões e despertar a consciência crítica para o conhecimento acerca das temáticas a serem discutidas e das convicções de valores. Nesse sentido, a convicção sobre o controle e a eficácia pode desenvolver atitudes e intenção da promoção de valores. Assim, a educação em saúde contribui para determinados pontos, como: tomada de decisão, simulação e jogo de poder para implementar habilidades sociais, ego regulador, apoio ambiental e social, com vistas a alcançar políticas de saúde pública (TONES, 1995).

Nesta perspectiva, a análise, a discussão e o tratamento das informações ocorreram por meio de categorização, a qual, segundo Leopardi *et al.* (2001), é uma operação que classifica elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e por reagrupamento, consideradas suas características particulares e em consonância com critérios previamente definidos.

Dessa maneira, as respostas obtidas pelas pessoas pesquisadas tendem a ser variadas e, para que possam ser facilmente discutidas, é necessário organizá-las mediante o agrupamento em categorias (GIL, 1999).

Após organizadas, as categorias emergentes foram apresentadas em quadros e na figura 3, com vistas a proporcionar clareza e objetividade aos leitores. As discussões foram ancoradas e discutidas à luz da literatura focada na Teoria do Empoderamento. Para preservar a autonomia dos participantes, utilizaram-se nomes fictícios que guardavam alguma semelhança com os sujeitos da pesquisa, associados aos nomes reais. Isto por preferirem ter

seus nomes expostos em demonstração à autonomia e protagonismo de sua história para a sociedade. Além disso, se acrescentavam aos nomes as letras GF, de grupo focal, seguidas do número das respectivas sessões.

5.10 Aspectos Éticos da Pesquisa

De acordo com o exigido, a investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos, tais como se apresentam: autonomia, a qual implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos - alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Portanto, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeito à sua autonomia, defendê-los diante da vulnerabilidade. No estudo proposto, a autonomia do sujeito ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os sujeitos foram informados acerca da temática a ser pesquisada, dos objetivos da pesquisa e sobre os princípios éticos postulados na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Quanto à garantia do anonimato, foi suprimida em comum acordo com os participantes e o CEP da UVA. Foram, porém, informados de que poderiam retirar seu consentimento em qualquer momento, caso não desejassem mais continuar participando da pesquisa, sem que isso acarretasse danos ou constrangimentos de qualquer natureza. Tiveram também a garantia de acesso aos resultados da pesquisa antes da apresentação à comunidade científica. Ademais, tanto o TCLE (Apêndice A) quanto o Termo de Validação da Autonomia dos Sujeitos como Protagonistas de sua História. Este termo solicitou parecer do CEP para expor os nomes reais dos participantes (Apêndice C) foram elaborados em três vias, ficando uma anexa ao projeto de pesquisa encaminhado ao CEP, uma com os participantes e outra com a pesquisadora. A assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, mediante a aceitação dos interessados em participar da pesquisa.

Ainda como princípio da bioética, incluiu-se também a beneficência, porquanto a pesquisa deve prevenir riscos, promover benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A proposta desse estudo atende, portanto, ao que preconiza o referido princípio, pois implicou o empoderamento das

peças com deficiência física. Estas, uma vez empoderadas, buscaram apoio na sociedade e no poder público para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais. Isso significa uma conquista para as pessoas que vivem as diferenças individuais, mas que ao longo do tempo buscam o reconhecimento e oportunidades para conseguir direitos iguais. Outro fator relevante no relacionado aos princípios da bioética é a não maleficência. Este princípio garante que os danos previsíveis sejam evitados. Assim, em nenhum momento estiveram expostos a situações constrangedoras ou a algo com o qual não concordassem ou que não desejassem. Dessa maneira, os sujeitos da pesquisa foram isentos de danos e agravos de qualquer natureza. Ainda como princípios relevantes, destacam-se, conforme exigido, a justiça e a equidade. A pesquisa foi relevante socialmente, ofereceu vantagens significativas para os participantes e minimização de ônus para estes, garantiu igualdade nas considerações dos interesses envolvidos e conservou o sentido da sua destinação sócio-humanitária. Tais princípios básicos asseguraram os direitos e deveres relacionados ao respeito à comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1995).

Por conseguinte, o princípio da justiça e da equidade, assim como os demais foram plenamente contemplados nessa pesquisa e propôs-se o empoderamento das pessoas com deficiência física integrantes do grupo focal para construir espaços acessíveis aos serviços hospitalares locais. Espera-se ter conseguido sensibilizar os sujeitos do estudo para promover a capacitação dos associados da APNE em busca do empoderamento para reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares. Dessa maneira, a pesquisa representou um ganho individual e coletivo, tanto no tempo presente quanto no futuro. Corrobora-se, então, Gelain (1998). A ética na enfermagem se apresenta como formadora de consciência individual e coletiva onde se destaca o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem como um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos.

6 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

As sessões do grupo focal proporcionaram conhecer os sujeitos da pesquisa conforme se apresenta no quadro 1.

Quadro 1 Caracterização do estudo, segundo perfil dos sujeitos da pesquisa. Sobral – Ceará, 2009

Nome fictício	Sexo	Idade	Estado civil	Ocupação	Deficiência	Nº filhos	Tempo/ deficiência
Alecrim (corajoso e feliz)	M	33 anos	C	Aposentado, após trabalhar três anos numa empresa calçadista de Sobral-CE	Paraplegia	Seis filhos	Com 1 ano de idade (há 32 anos)
Alfazema (suave)	F	30 anos	C	Professora de informática e de línguas estrangeiras	Poliomielite Hemiplegia parcial Independente de apoio para locomoção	-	Com 10 anos de idade (há 20 anos)
Anêmona (persistente)	M	36 anos	S	Aposentado	Paralisia Cerebral, Paraplegia Utiliza cadeira de rodas	-	Ao nascer (há 36 anos)
Cacto (persistente)	M	44 anos	C	Diretor Esportivo	Poliomielite Paraplegia Utiliza cadeiras de rodas	Seis filhos	Com 1 ano (há 43 anos)
Camélia Vermelha (reconhecimento)	M	63 anos	C	Aposentado e atualmente trabalha como autônomo	Paraplegia ocasionada por acidente, utiliza cadeira de rodas	Três filhos	Com 42 anos (há21 anos)
Centáurea (Sincera)	M	70 anos	C	Aposentado e trabalha como autônomo	Paraplegia Utiliza cadeira de rodas para se locomover	Dois filhos	Com 1 ano de idade (há 69 anos)
Crisântemo Branco (defensora da verdade)	F	39 anos	S	Professora	Luxação de quadril Independente de ajuda para locomoção	-	Ao nascer anos (há 39 anos)
Crisântemo Vermelho, (apaixonado)	M	31 anos	S	Funcionário público municipal	Paralisia cerebral Paraplégia,utiliza cadeira de rodas	-	Ao nascer (há 31 anos)

Nome fictício	Sexo	Idade	Estado civil	Ocupação	Deficiência	Nº filhos	Tempo/ deficiência
Gérbera (alegre)	M	26 anos	S	Atualmente está desempregado	Sofreu amputação ocasionada por acidente automobilístico	-	Aos 25 anos) (há um ano)
Girassol (dignidade)	M	45 anos	C	Enfermeiro	Poliomielite Hemiplegia parcial, Independente de apoio para locomoção	Três filhas	Com 1 ano de idade (há 44 anos)
Glicínia (terna)	M	45 anos	C	Cyber Café	Poliomielite Hemiplegia depende de muletas para se locomover	Um filho	Com 3 anos de idade (há 42 anos)
Rosa Dália (delicada)	F	33 anos	S	Advogada Trabalha no Tribunal Superior Eleitoral (TSE)	Def. Congênita Tetraplegia Utiliza Cadeira de Rodas	-	Ao nascer (há 33 anos)

As sessões do grupo focal permitiram constatar que a deficiência física se revela como uma possível realidade na vida das pessoas e pode surgir a qualquer momento. A paralisia cerebral acometeu dois dos participantes do grupo focal. Esta forma de deficiência pode apresentar diferentes níveis de comprometimento, dependendo da área lesionada no cérebro. Existem casos de pessoas com paralisia cerebral e deficiência mental, mas as duas condições não acontecem necessariamente ao mesmo tempo. Qualquer que seja a forma pela qual o indivíduo tenha a deficiência (congenita ou adquirida), esta repercute com profundas implicações psicológicas, desde a rejeição pura e simples até a dificuldade de elaborar a própria diferença em relação aos outros, de maneira que o aspecto social juntamente com o psicológico e o biológico formam um tripé sobre o qual se apóia a experiência vivida de cada pessoa com deficiência. Outra forma de deficiência é a congênita, demarcada pela tetraplegia, a qual pode ser total ou parcial, e compromete as funções dos braços e das pernas (MACEDO, 2008).

As deficiências congênitas podem ou não ser identificadas ainda na vida intrauterina ou logo ao nascer, conforme ocorreu com uma das participantes do grupo focal. Outros seis membros foram acometidos por poliomyelite, definida como doença viral com curso bifásico, manifestado inicialmente por febre, cefaleia, sinais de irritação meníngea e sintomas gastrintestinais. Posteriormente ocorre uma depleção, em graus variados, dos

neurônios da ponta anterior da medula espinhal. Isso ocasiona comprometimento total ou parcial da função motora (ORSINI *et al.*, 2009). Referida doença foi erradicada no Brasil pela força do Programa Ampliado de Imunização (PAI), lançado na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina na década de 1979/80. No Brasil, teoricamente, o Programa Nacional de Imunização constituiu-se em 1977, quando foram elaboradas as normas do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (VERANI; PINTO, 1990).

O período de erradicação da poliomielite culmina com o período inicial da vida dos participantes do grupo focal, os quais se encontram com idade entre 30 e 70 anos, época quando ainda se buscava a erradicação advinda por meio da imunização, indispensável para se manter o controle e a prevenção da doença.

Outra problemática que também assume papel relevante para o crescimento epidemiológico das pessoas com deficiência física são as doenças crônicas não-transmissíveis, a violência urbana, os acidentes por arma de fogo e os acidentes de trânsito, caracterizados como intercorrências mundiais que geralmente causam lesão de medula. O traumatismo da medula pode resultar em alterações das funções motora, sensitiva e autônoma, implicando perda parcial ou total dos movimentos voluntários ou da sensibilidade tátil, em membros superiores e/ou inferiores (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

A realidade dos acidentes de trânsito acomete pessoas de diferentes classes sociais, gênero e idade, consoante ocorreu há vinte e um anos com um dos participantes do grupo focal, quando ele tinha 42 anos de idade. Também ocorreu há um ano e três meses com outro participante do grupo focal quando este estava com 25 anos de idade.

É importante ressaltar que a deficiência física se caracteriza como algo presente, porém negado pelas próprias pessoas com deficiência. Contudo, a partir das lutas da inclusão educacional, social e trabalhista, se percebe um encorajamento em busca de independência e de empoderamento como forma de participação. Como exemplo, no grupo focal em estudo, oito são cadeirantes, um utiliza muletas e três se locomovem sem ajuda. Como mostram os dados, apenas uma pessoa se encontra desempregada, duas vivem com aposentadoria e nove trabalham, cinco são solteiras e sete são casadas. Destas, seis têm filhos.

A experiência com o grupo revela a possibilidade das pessoas viverem de forma saudável e inclusiva, tanto no referente à educação quanto no mercado de trabalho e na sociedade. Para tal, é indispensável conhecer seus direitos, conquistar seus espaços e buscar o empoderamento para conseguir independência, pois os aspectos socioeconômicos e humanos

devem espelhar o modelo de saúde posto em prática por determinada sociedade, modelo este que deve associar o rápido progresso científico a uma programação aplicável (PAGLIUCA *et al.*, 2007).

Como mencionado, o grupo focal foi composto por doze participantes, nove homens e três mulheres, na faixa etária de 30 a 71 anos, sendo cinco solteiros e sete casados. Estes dados remetem à possibilidade das pessoas com deficiência, por meio de suas conquistas, conseguirem assumir a vida de forma normal e ao mesmo tempo legitimar que a deficiência não é inerente a uma faixa etária ou gênero. São compatíveis com estudos realizados por Blanes *et al.*, (2009) onde a maioria dos participantes era do sexo masculino (86,7%), com média de idade igual a 32,9 anos, sendo 61,7% solteiros.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

As discussões das informações iniciaram-se com a realização das sessões do grupo focal, após breve apresentação do projeto de tese com foco na problemática, justificativa, relevância e objetivos. Com vistas a demonstrar a inacessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços hospitalares da cidade de Sobral-Ceará, inicialmente exibiram-se algumas fotografias utilizadas na dissertação de mestrado da pesquisadora, concomitantemente à explanação da primeira sessão. Ao encerramento da sessão, perguntou-se aos participantes o que acharam da proposta e se estariam dispostos a colaborar com o trabalho. As falas demonstraram o interesse deles em contribuir com o estudo proposto, e, ainda, reconquistar os associados da APNE.

Afirmaram, então, que estavam dispostos a contribuir e que iriam convidar os demais associados para participar do grupo focal. Assumiram o encargo de agendar o local e confirmar com os responsáveis a ocorrência da próxima sessão, para garantir o espaço nos dias e horários previstos. Como a pesquisadora esclareceu, a finalidade das sessões seria realizar uma atividade de pesquisa para o desenvolvimento da tese de doutorado. Por isso deveriam ser feitas de seis a nove sessões denominadas grupo focal, no intuito de cumprir os objetivos de pesquisa, ou seja, poderem obter o fortalecimento para buscar apoio no poder público e, assim, reivindicar os espaços acessíveis aos serviços hospitalares.

Ao finalizar a primeira sessão do grupo focal, os participantes revelaram a necessidade de promover os encontros em ambiente acolhedor e confortável, com estrutura adequada para mencionados encontros. Isso demonstrou o despertar para a autonomia da pessoa com deficiência, no sentido de exercitar a cidadania em busca de inclusão social independente da deficiência. De acordo com a literatura, a autonomia e a utilização segura das edificações incluem mobiliários e equipamentos urbanos, como uma das formas de garantir os direitos humanos fundamentais (ARAGÃO; PAGLIUCA, 2009).

Destacam-se aqui a determinação e a aceitação do grupo, que ensejaram esclarecimentos sobre a importância da união, da participação deles para o empoderamento como fortalecimento tanto individual quanto coletivo para o alcance das suas aspirações. Conforme Zanchetta *et al.*, (2005), a participação da comunidade é condição *sine qua non* no processo de efetivação das políticas de saúde, sobresaindo o empoderamento, compreendido

como crescimento e fortalecimento que implicam a ativação do potencial analítico dos indivíduos quanto às suas circunstâncias de vida.

Nessa ótica, para se perceber o potencial das pessoas, é preciso conhecimento prévio, por meio da convivência e da apreensão das ideias individuais e coletivas. Dessa maneira, as sessões dos grupos focais poderão demonstrar o empoderamento do grupo no intuito de compreender as ideias e opiniões das pessoas com deficiência para o alcance dos objetivos do projeto da pesquisa após a realização das sete sessões, conforme se descreve a seguir.

A primeira sessão do grupo focal teve caráter de sensibilização e, também, motivacional para a realização das demais sessões, pois o grupo, além de dinâmico, se encontrava muito bem humorado, feliz, alegre e colaborativo. Foram espontâneos, motivados e sempre mencionavam a família e a APNE como fatores importantes nas suas vidas. Demonstraram, no entanto, ressentimentos com certas situações ocasionadas por alguns segmentos da sociedade. Após a exposição do projeto, foram feitas as seguintes perguntas: O que vocês tem a dizer sobre o que foi apresentado? Quem irá fazer o contato com as pessoas que não compareceram? Quando, onde e em que horário podem ser realizadas as próximas sessões?

Na segunda sessão, o presidente da APNE apresentou a pesquisadora e a equipe de forma motivadora. Solicitou a participação e colaboração de todos. A pesquisadora agradeceu o apoio dos presentes e expressou a satisfação com o compromisso do grupo, pois os seis participantes da primeira sessão se mobilizaram de tal maneira que compareceram doze participantes à segunda sessão. Antes do pronunciamento da pesquisadora, um dos participantes sugeriu iniciar todas as sessões com a recitação do Pai - Nosso, pois essa oração, afirmou, é universal, pode ser recitada por todas as religiões. Posteriormente, solicitaram nova apresentação dos participantes. Antes de encaminhar a apresentação, os crachás foram distribuídos e novamente lido e esclarecido o TCLE. Mais uma vez foram informados de que seria respeitado o anonimato, e, por isso, receberiam nomes fictícios. Nesse momento, três se manifestaram contrários a esta proposta, gostariam de revelar o próprio nome. Diante disso, os demais manifestaram apoio, confirmando que também gostariam que fosse mantido o próprio nome. Nessa discussão, emerge a possibilidade de análise legal da realização da proposta por meio de consulta ao CEP da UVA. Tal situação foi abordada com a presidente do CEP, e encaminhou-se documento para avaliação, porquanto se deve também respeitar a autonomia dos sujeitos que desejam ser protagonistas de sua própria história, conforme

consta no Apêndice C. Desta maneira, decidiu-se pela associação de nomes fictícios aos nomes reais.

Posteriormente à referida discussão, ocorreu nova apresentação dos participantes, por solicitação dos participantes para que todos pudessem se conhecer melhor. A pesquisadora mostrou o projeto em multimídia com o seguinte foco: problemática, justificativa, relevância, objetivos, metodologia e guias de temas para sessões do grupo focal. Para fechamento da sessão, foram feitas estas indagações: Qual a sua opinião sobre o tema apresentado? Você está disposto (a) a colaborar com a pesquisa? Todos os presentes demonstraram satisfação e interesse em colaborar com a pesquisa. As respostas sinalizaram para a relevância da família e da participação social, como, por exemplo, a participação na APNE.

A terceira sessão iniciou-se com o acolhimento do grupo pela pesquisadora. A discussão versou sobre o conhecimento das pessoas com deficiência acerca das seguintes perguntas: O que é deficiência física? O que é espaço acessível? O que é acessibilidade? E o que é empoderamento? Dos questionamentos, emergiram novos conceitos acerca das temáticas, os quais serão relevantes para a construção do empoderamento das pessoas com deficiência física.

A quarta sessão começou com breve apresentação da pesquisadora, dos conceitos de deficiência, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento, com ênfase na hospitalização. Isto porque, na terceira sessão, algumas pessoas falaram sobre aspectos relacionados à legislação, porém não contemplaram a abordagem da acessibilidade hospitalar. Com a finalidade de atender o objetivo da pesquisa, abordaram-se as seguintes questões: Você já foi hospitalizado? Quais as suas experiências com hospitalização?

Das perguntas supracitadas, obtiveram-se diversas experiências, as quais alicerçaram as sugestões para as pessoas com deficiência física reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares, discutidos na quinta sessão por meio das seguintes indagações: O que você acha que não poderia deixar de existir para o bom atendimento hospitalar à pessoa com deficiência física.

Após as sugestões do grupo focal para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais, ocorreu a sexta sessão. Nela, as reflexões versaram sobre o que o grupo poderá realizar após as discussões dos grupos anteriores, ou seja, quais as opiniões do grupo acerca da acessibilidade aos serviços hospitalares. Tal discussão foi conduzida por meio da seguinte

pergunta norteadora: O que pode ser feito para sensibilizar o poder público quanto ao empoderamento das pessoas com deficiência física com vistas à reivindicar espaços acessíveis aos hospitais?

Como resultado, surgiu a ideia de promover o encontro intitulado *Acessibilidade como exercício da cidadania*. Referido encontro foi realizado com a finalidade de sensibilizar o poder público, as instituições de saúde e hospitalares, a comunidade acadêmica e, ao mesmo tempo, validar a coleta de dados da pesquisa de tese. A ideia se constituiu na sétima sessão do grupo focal do dia 19 de novembro de 2009, às 19h, no auditório do SESC Junco. Foi enviado convite para todas as instituições e serviços de saúde de Sobral-Ceará e, também, para diversos segmentos da sociedade (Anexo B). Este encontro ocorreu de forma participativa, com a presença dos integrantes dos participantes da pesquisa, discentes e docentes do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), um docente do Curso de Educação Física da UVA, e demais instituições sociais (Anexo C). Na oportunidade distribuiu-se a carta de reivindicações elaborada pelo grupo focal para todas as pessoas presentes ao evento com cópia para o Secretário de Saúde e Ação Social do município de Sobral-Ceará (Anexo D).

7.1 Categorias Emergentes

As categorias emergiram de forma processual, de acordo com a ocorrência do grupo focal, cujas discussões foram gratificantes e calorosas. Havia sempre muitas expectativas, tanto do grupo quanto da pesquisadora, assim como da equipe (pesquisadora e observadoras). Isso era demonstrado pela pontualidade, assiduidade e pelos lembretes por telefone, tanto da parte das observadoras como do presidente da APNE. Domingo é dia do encontro, você está lembrado (a)? Aleatoriamente, quando alguém se atrasava, indiretamente era cobrado pelo grupo pois, alguém dizia vamos chegar no horário para que a reunião não termine tarde. O compromisso associado ao desejo de participação, empoderamento e alcance de realização pessoal e coletiva possibilitou reflexões das quais emergiram oito categorias por meio da repetição das falas, pois se considerou que os sujeitos do grupo focal falaram daquilo que era mais relevante para eles. As categorias foram apresentadas em quadros e discutidas de acordo com a literatura pertinente, conforme segue:

1. Conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento;
2. Apoio familiar: contribuições para o empoderamento da pessoa com deficiência física;
3. Empoderamento: ferramenta para vencer barreiras físicas e sociais;
4. Participação social: empoderamento para prosseguir na caminhada;
5. Conhecimentos acerca da legislação: empoderamento como forma de igualdade;
6. Experiências vivenciadas nas internações hospitalares: relato expressando empoderamento;
7. Sugestões para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento;
8. Sinais de empoderamento: participação em eventos, conquistas sociais e políticas e avaliação das sessões grupais.

7.1.1 Conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento

No quadro 2 apresenta-se a caracterização dos conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento, segundo os sujeitos da pesquisa.

Quadro 2 - Caracterização dos conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento, segundo a compreensão dos sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Deficiência física	Espaços Acessíveis	Acessibilidade	Empoderamento
<p>O primeiro deficiente é a sociedade (GF2, Camélia Vermelha).</p> <p>É alguma limitação, em que não existe a plenitude orgânica física e sensorial de um organismo. É qualquer desvantagem de locomoção, visão audição (GF2, Rosa Dália).</p> <p>É uma limitação em seu corpo (GF2, Anêmona).</p>	<p>Ter acesso à sociedade, não sofrer discriminação. Também é a inexistência de qualquer obstáculo que impeça o alcance de nossos objetivos (GF2 Girassol).</p> <p>Ruas não danificadas, calçadas com rebaixamento (GF2, Gérbera</p>	<p>É o ambiente não possuir qualquer obstáculo de alcance do seu objetivo (GF2, Girassol).</p> <p>Associava apenas à locomoção. Mas agora associa também à falta de orelhões, balcões e assentos em consultórios (GF2, Rosa Dália).</p>	<p>Consciência do seu potencial, da sua capacidade, dos seus direitos (GF2, Girassol).</p> <p>Reivindicar nossos direitos ao poder público, que forneça as vias acessíveis e mostrar o que é necessário para uma sociedade inclusivista (GF2, Rosa Dália).</p>

Deficiência física	Espaços Acessíveis	Acessibilidade	Empoderamento
<p>Perda ou diminuição das forças dos membros, perda total ou parcial da visão, da audição, alteração do nível intelectual, também a redução do funcionamento de órgão vital (GF 2, Girassol).</p> <p>Prefiro chamar diferente (GF 2, Crisântemo Branco)</p> <p>Precisar de algo ou de alguém para se locomover (GF2, Crisântemo Vermelho).</p> <p>A deficiência é de quem não enxerga a gente (FG2, Gérbera).</p>	<p>Ter direitos e lugares reservados, lazer (GF2, Cacto).</p> <p>Conseguir realizar coisas ditas normais. Se mexer no banheiro (GF2, Alfazema).</p>	<p>Conquistar a construção de rampas e instalação de telefones à nossa altura (FG2, Anêmona).</p> <p>Poder se mover na cadeira (GF2, Cacto).</p>	<p>Ter consciência cidadã, pago meus impostos e não sou vista pela sociedade? (FG2, Crisântemo Branco).</p> <p>É conseguir mais espaço nos hospitais, materiais e transportes adaptados (FG2, Gérbera).</p> <p>Resgatar autoconfiança e autoestima (GF 2, Alecrim).</p>

Anteriormente à promulgação da Política Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência, a definição adotada mundialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) se referia 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, sensoriais ou mentais (SOUZA *et al.*, 2006). De modo geral, as discussões acerca do conceito de deficiência estão sempre relacionadas a perdas orgânicas, de membros ou de capacidade física e intelectual. No entanto, há de se entendê-lo no contexto amplo que abranja aspectos familiares, culturais e sociais, com vistas a despertar a compreensão de deficiência como algo que envolve as pessoas e por isso elas não devem ser tratadas com distanciamento.

Depoimentos de enfermeiros vivendo com deficiência evidenciam reflexões sobre quanto é preciso avançar e conquistar para fazer cumprir as determinações da legislação em vigor (MACHADO; SCRAMIN, 2002).

É preciso saber que a deficiência é uma situação de limitação vivenciada por alguém. Dessa maneira, envolve uma pessoa com sentimentos, pensamentos, desejos, sonhos, objetivos de vida. Todos têm seus próprios conceitos e estes vão além de perdas orgânicas e físicas, assim como das características de cada um. Pessoas com deficiência possuem características próprias. Tais características, muitas vezes, as tornam vítimas de preconceitos ou excluídas da sociedade. Algumas se autoexcluem por se acharem inferiores. Outras se

isolam das ditas normais e procuram viver com pessoas semelhantes, ou seja, outras pessoas com deficiência (PAGLIUCA; FIÚZA; REBOUÇAS, 2007).

As pessoas com deficiência se comportam também de forma especial. Tal comportamento diz respeito ao conjunto de sentimentos e vivências. Geralmente elas manifestam sentido mais profundo e atípico ao que se está habituado a ouvir e a falar. São conceitos variáveis desde a perda ou a diminuição da força de um dos membros ou de estruturas físicas, vistos pelo grupo focal como qualquer tipo de desvantagem, como, por exemplo, de locomoção, de audição, de visão. Poderão ser vistas, ainda, como a necessidade de algo que depende de alguém, ou ser tratado de forma impessoal. Os conceitos tradicionais, no entanto, compreendem a deficiência apenas como problema da esfera individual e/ou familiar, dissociada do contexto sociocultural (OLIVER *et al.*, 2004).

O grupo focal também concebeu a deficiência como falta de sensibilidade da sociedade. Assim, referida questão, como tudo inerente às diferenças, provoca uma série de sentimentos nas pessoas e afeta significativamente as relações interpessoais, sobretudo aquelas entre as consideradas pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência. De acordo, porém, com o modelo de sociedade inclusiva ou sociedade para todos, que se baseia no princípio segundo o qual todas as pessoas têm o mesmo valor, a sociedade deve se empenhar para atender às diferentes necessidades dos cidadãos.

O conceito de deficiência está embricado, também, ao conceito de acessibilidade. Este, segundo os participantes do estudo, inicialmente estaria associado apenas à dificuldade de locomoção associado às rampas inadequadas. Mas a partir das discussões no grupo focal eles perceberam que a acessibilidade abrange o direito ao uso de bens, tais como telefones públicos acessíveis no ambiente de trabalho, nas repartições públicas. Na concepção deles, a acessibilidade perpassa pela existência de portas com larguras adequadas e balcões nos estabelecimentos de saúde, com altura acessível para as pessoas em cadeiras de rodas. Dizem ser comum encontrar balcões extremamente inacessíveis para o cadeirante. Em algumas situações há rampas estruturadas dentro das normas, porém são ocupadas pelas pessoas ditas normais, obstaculizando a passagem da rampa. Ainda na concepção dos participantes, falta acessibilidade nos seus próprios domicílios. Diante disto, concluem que existe a acessibilidade física, mas inacessível pela ação humana. Como afirmam Cordeiro *et al.* (2007), as pessoas com deficiência costumam ser estigmatizadas e excluídas do convívio social e das atividades consideradas normais.

Entre os conceitos surge a sociedade como principal deficiente, tal como ocorre quando as pessoas ditas normais desprezam as pessoas com deficiência e omitem qualquer forma de ajuda. Muitas vezes desvalorizam as pessoas ou fingem ignorá-las. É a sociedade quem desabilita as pessoas com algum tipo de lesão física. Basicamente o modelo social da deficiência emerge como alternativo ao modelo hegemônico médico e individual com foco no diagnóstico construindo a pessoa com deficiência como sujeito dependente (ORTEGA, 2009).

Conforme os conceitos abstraídos sobre acessibilidade revelam, aquilo que é acessível, às vezes, passa a ser inacessível, não no aspecto físico especificamente, e, sim, no aspecto humano. Nesse sentido, o próprio homem impede o acesso. Dessa forma, a inacessibilidade pode ser considerada uma situação de conscientização das pessoas. E pode ser compreendida, também, como direito de acesso das pessoas com deficiência aos espaços comuns, como os shoppings, cinemas, mercados, espaços de lazer e aos hospitais. Por isso a acessibilidade é conceituada pelas pessoas com deficiência como o poder de locomoção, de modo que, apesar da limitação, elas possam se locomover em suas cadeiras, utilizar os espaços físicos com suas muletas, abrir portas, torneiras e chuveiros. É preciso haver a possibilidade de locomoção dentro de suas próprias residências, as quais também são inacessíveis e contêm as dificuldades dos espaços físicos em geral.

Diante do exposto, cabe às pessoas com deficiência, aos familiares e às pessoas em geral obter informações sobre a legislação brasileira que preconiza ser a acessibilidade a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, pelas pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Ainda conforme a lei estabelece, barreiras é qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas. As barreiras são classificadas em arquitetônicas urbanísticas, a exemplo das existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público, e em arquitetônicas na edificação, que são as existentes no interior dos edifícios públicos e privados. Há, ainda, as barreiras arquitetônicas nos transportes, isso é, as existentes nos meios de transportes (BRASIL, 2006).

Tanto as pessoas com deficiência como as sem deficiência precisam tomar consciência da necessidade de medidas educativas com vistas a compreender a urgência de acessibilidade como fator indispensável à vida, desde o nascimento até a morte. De modo geral, este é um fator de distanciamento na concepção da maioria das pessoas ditas normais. Entretanto, quem depende de algo ou de alguém para locomoção vê a situação de forma

diferenciada e sente dificuldades específicas no relacionado aos meios de transportes adequados, pois, normalmente, nestes os batentes são altos e os corredores e cadeiras são estreitos, impossibilitando a locomoção de pessoas com muleta ou em cadeira de rodas.

Outro fator relevante é o acesso aos serviços de saúde. Mesmo diante das ações desenvolvidas pela ESF, em virtude da carência do número de servidores, ainda ficam famílias sem visitas. Somam-se a tudo isso a dificuldade de locomoção, a indisponibilidade de transportes adequados ou não, a falta de orientação às famílias e a falta de empoderamento para reivindicar seus direitos. Por isso, ainda há muito a se conquistar para que todos os usuários, especialmente as pessoas com deficiência física, tenham acesso aos serviços de saúde. Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando se trata da satisfação em relação à assistência recebida (LIMA *et al.*, 2007).

Tais afirmações conduzem à reflexão quanto a um grande hiato existente entre os profissionais de saúde e a população, que seria prestar informações pertinentes à proposta do novo modelo de saúde. Esclarecer a população em geral que saúde não significa apenas a ausência de doenças, mas, sobretudo, atenção às necessidades individuais e coletivas, envolvendo tudo aquilo que a pessoa precisa para atender às suas necessidades: acessibilidade ao transporte público e ao trabalho, à educação, à saúde e ao lazer. Isso, porém, perpassa pela conscientização e informação da própria população com deficiência no sentido de reivindicar seus direitos. Perpassa, também, pela conscientização dos empresários, de maneira que as pessoas com deficiência tenham direito a viajar confortavelmente. Cabe-lhes, ainda, oportunidade de trabalho, educação e lazer.

No grupo focal, conforme mencionaram as pessoas com deficiência, elas estudam, desejam trabalhar, mas, mesmo assim, é difícil conseguir trabalho digno porque falta-lhes oportunidade. Mais uma vez, remete-se à necessidade de empoderamento das pessoas com deficiência em busca de avanços e conquistas, pois ainda existem obstáculos que mantêm a exclusão das pessoas portadoras de deficiência, em termos de uma vida independente, autosustentada e plena (BRUMER; PAVEI; MOCELIN, 2004)

Segundo observado, as pessoas do grupo focal revelam a necessidade de lutar pela conquista e reivindicar espaços acessíveis, como rampas, escadas, instalações adequadas de telefones públicos, estacionamento demarcado com o Símbolo Internacional de Deficiência, entre outros, conforme preconiza a legislação. Como mencionado, esta estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e

espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2008).

Tanto a conscientização das pessoas quanto o conhecimento das necessidades impulsionarão para a compreensão do empoderamento. Dessa maneira, poderão construir seus próprios conceitos, e melhor entender o empoderamento como conscientização das suas potencialidades e dos seus direitos, da capacidade vital no desempenho das funções mais abrangentes para o desenvolvimento do trabalho. Como afirmaram os participantes do grupo focal, as sessões contribuíram para seu fortalecimento, animando-os para prosseguir a vida normalmente, e, de acordo com suas possibilidades, lutar por uma sociedade plena, acessível, inclusiva. Apesar das limitações, as pessoas com deficiência física podem se empoderar com vistas a resgatar a autoconfiança e elevar a autoestima. Estar empoderado significa ter liberdade para tomar as próprias decisões, munidos de informações (NEVES; CABRAL, 2008).

Ao se referirem ao empoderamento, alguns autores o compreendem como a capacidade de se apoderar de um conhecimento e competências sobre determinado assunto (técnicas, ferramentas, conceitos) de modo que proporcione sua emancipação e autonomia diante das suas necessidades. Portanto, não há desenvolvimento sustentável sem processos efetivos de empoderamento e envolvimento de vínculos afetivos dos atores sociais, mediante a participação dos excluídos, com voz para negociar, articular e mudar não só sua própria condição, mas a do seu meio (COMINI; LIN; PLUCIENNIK, 2008).

Empoderamento é o passo inicial para a superação das dificuldades, ou seja, a partir do momento em que se observam as cenas do cotidiano, nos consultórios médicos, nos hospitais, com base em um olhar crítico, já se inicia o processo de empoderamento, porque isso desperta a consciência cidadã. Pagam-se impostos, contribui-se para o desenvolvimento do país e, dessa forma, caminha-se para adquirir empoderamento. Por isso, as pessoas com deficiência existem e não podem ser tratadas como se fossem invisíveis. Pelo exposto, os participantes do grupo focal consideram também como empoderamento a acessibilidade a transportes adequados, conforme as necessidades, acessibilidade às passagens gratuitas, espaços em hospitais e aos serviços prestados, tal como facilidade na realização de exames, enfermarias específicas para as pessoas com deficiência, mais material adaptado, ou seja, empoderamento é se enquadrar na sociedade de maneira geral e ter acessibilidade a tudo que é preciso para uma vida digna.

Em face das estatísticas, não se pode mais continuar ignorando a existência de tantas pessoas. Como mostram os resultados do Censo 2000, aproximadamente 24,6 milhões de pessoas, ou 14,5% da população total, apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência. São pessoas com, no mínimo, alguma dificuldade de enxergar, ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física (IBGE, 2006).

Sempre que há um contingente significativo de determinado segmento, só é possível o empoderamento por meio de negociações. Portanto, é indispensável saber negociar os direitos aos espaços acessíveis, dialogar para demonstrar o conhecimento dos direitos adquiridos. Um dos participantes citou que antes de ter conhecimento dos direitos, quando chegava e encontrava a vaga dele no estacionamento ocupada por outras pessoas, ou a passagem obstruída, ele xingava o dono do estabelecimento. A participação desse cidadão no Conselho Municipal de Saúde o politizou e, agora, ele negocia até conseguir seu espaço. Conforme asseverou, esta é uma forma de ajudar a própria sociedade, pois, à medida que se ajuda também se é ajudado. Na opinião dele, as pessoas não têm maldade, faltam-lhes informação e conhecimento. É como se fosse uma espécie de cegueira.

Urge tirar a venda. Cabe à sociedade brasileira buscar tais informações. Como divulgado, o poder público e seus órgãos são responsáveis por assegurar às pessoas com deficiência o pleno exercício dos seus direitos básicos, inclusive o direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade. Existem ainda outros garantidos pela Constituição e pelas leis, destinados a propiciar o bem-estar pessoal, social e econômico, assim como tratamento prioritário e adequado, no intuito de viabilizar a inclusão no sistema educacional, na educação especial como modalidade educativa que abrange a educação precoce, a pré-escolar, as de ensino fundamental e médio, a supletiva e a habilitação e a reabilitação dos profissionais (BRASIL, 1989).

7.1.2 Formas de empoderamento das pessoas com deficiência, segundo os sujeitos da pesquisa

No quadro 3, a seguir consta a caracterização das formas de empoderamento das pessoas com deficiência, segundo os sujeitos da pesquisa. Para facilitar a compreensão do leitor juntaram-se três categorias no mesmo quadro com vistas a fortalecer as formas de empoderamento.

Quadro 3 - Caracterização das formas de empoderamento das pessoas com deficiência, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Apoio familiar: contribuições para o empoderamento da pessoa com deficiência física	Empoderamento: ferramenta para vencer barreiras físicas e sociais	Participação social: empoderamento para prosseguir na caminhada
<p>A família às vezes tem vergonha de ter uma pessoa com deficiência e isso é difícil para a pessoa (GF1, Cacto).</p> <p>Há muita dificuldade para nós a partir da própria família. Tenho relatos de muitas famílias que não ajudam o próprio irmão de sangue. A gente cobra das autoridades, dos políticos, mas às vezes a maior resistência de aceitação está dentro da própria família (GF1, Crisântemo Branco).</p> <p>Hoje graças a Deus sou casado, tenho seis filhos, tenho meu trabalho e vivo muito feliz com minha família (GF2, Cacto).</p> <p>Quando tive hospitalizado em Fortaleza não queriam deixar minha mulher ficar, falavam mal, queriam botá-la para fora, sofreu muito, mas graças a Deus ficou lá até o último dia. Graças a Deus (GF5, Camélia Vermelha).</p> <p>A pessoa com deficiência tem que ter aceitação da família, para tudo a família está em primeiro lugar (GF3, Anêmona).</p> <p>Tentei superar as minhas dificuldades no período de internação pela presença da minha família (GF5, Gérbera).</p> <p>Uma coisa importante é nosso entrosamento, que além de nós, seja contemplada a família da pessoa com deficiência. É importante existir espaço para a pessoa com deficiência participar com sua família, a mãe, o pai, o irmão, a namorada, o namorado. Deve existir a preocupação com os familiares das pessoas com deficiência, não com peninha, mas, sim, para abrir mais a cabeça e quebrar as barreiras que existem da gente, da família e da sociedade, para ampliar nossos conhecimentos e de nossos familiares (GF5, Rosa Dália).</p>	<p>É importante você acreditar que é capaz de realizar suas próprias tarefas (GF1, Gérbera).</p> <p>Consciência do papel do deficiente dentro da sociedade buscar soluções para ter acessibilidade (GF1, Alfazema).</p> <p>A partir do momento em que você se mexe como uma pessoa normal sobre sua sexualidade, seu trabalho você está como gente normal (GF2, Rosa Dália).</p> <p>É muito importante não se deixar abater, ir à luta, unir as pessoas com deficiência, conscientizá-las de seu papel social e buscar soluções para ter acessibilidade dentro da sociedade (GF3, Crisântemo Branco).</p> <p>Ter consciência dos direitos e das limitações, da quebra de preconceito comigo mesmo e com a sociedade (GF3, Girassol)</p> <p>Trabalhei numa empresa calçadista dois anos, me aposentei, peguei meu dinheiro, montei um negócio. Mas percebo que as pessoas me ignoram e que não gostam muito de ajudar. A gente sabe que ter duas pernas é muito importante, mas a gente que não tem precisa levantar a cabeça e acreditar que é capaz de realizar suas próprias tarefas (GF5, Alecrim).</p> <p>O preconceito vem de você e é passado para a sociedade. Você deve quebrar o preconceito e o estereótipo que a sociedade faz da pessoa com deficiência e a pessoa com deficiência deve mostrar os seus direitos para quebrar esse processo (GF 5, Rosa Dália).</p> <p>Empoderamento para mim é poder andar numa cadeira de rodas com pneus bons e acessíveis. Os pneus são caros e muito finos no calçamento acaba ligeiro. Sem contar o custo que um é setenta reais (GF 5, Gérbera).</p>	<p>Eu estou aqui na associação porque eu quero, tenho a necessidade de colaborar com as pessoas com deficiência física, apesar de ter 20 anos de estrada na associação (GF1, Girassol).</p> <p>Espero que a APNE cresça e todo mundo se sinta à vontade (GF1, Camélia Vermelha).</p> <p>Apóiem esta pesquisa, que será muito importante para nós, persistam, não desistam. Participem, se motivem a estar perto da gente nessa luta. É importante participar. Isso abre a cabeça e quebra as barreiras existentes em nós mesmos, na sociedade, na família e amplia nossos conhecimentos(GF1, GF3, Girassol).</p> <p>É necessário fazer um manifesto público para que as pessoas se acostumem com o deficiente (GF1, Rosa Dália; GF7, Alecrim).</p> <p>Vamos participar da I Semana da Pessoa com Deficiência do município de Sobral e depois vamos chamar o Presidente do Conselho Municipal de Saúde (GF7, Cacto).</p> <p>Chamar as autoridades para participar de um fórum de discussão e apresentar nossa carta de reivindicações (GF7, Girassol, Cacto).</p>

Apoio familiar: contribuições para o empoderamento da pessoa com deficiência física	Empoderamento: ferramenta para vencer barreiras físicas e sociais	Participação social: empoderamento para prosseguir na caminhada
	<p>O empoderamento mostra que as pessoas são capazes, mesmo diante das limitações e, também, aumenta a autoestima e faz com que as pessoas vão à luta (GF5, Alfazema).</p> <p>Sempre fui uma pessoa ativa, gosto de ajudar, nunca tive problema, com relação a preconceito, tenho meu trabalho e a sociedade me trata como uma pessoa normal (GF6, Cacto).</p>	<p>Eu tinha muita vontade de participar de um trabalho voluntário de uma Associação ou ONG e agora me encontrei (GF2, Crisântemo Branco).</p> <p>Consegui ser atendido melhor no hospital porque eu disse que era do Conselho Municipal de Saúde (GF4, Cacto).</p> <p>A ideia desse projeto é muito importante para fortalecer a associação, será mais uma força para nós (GF1, Camélia Vermelha).</p> <p>Tive alguns traumas com a associação, mas tenho certeza que a associação vai dar uma decolada maior (GF2, Centáurea).</p> <p>Isso será muito bom, pode ser que assim se divulgue mais a associação, porque o problema é que muitos não querem ser deficientes, por isso não participam, têm até vergonha. Eu mesmo quando tinha outro presidente não queria participar, mas quando acabou eu senti falta e hoje estou aqui (GF2, Alecrim).</p>

Na contemporaneidade, o conceito de família foge um pouco ao tradicional. As transformações mundiais corroboram novo modelo de família, mas o antigo ainda é muito forte, principalmente quando se trata de alguma forma de dependência. De modo geral, o apoio familiar se apresenta, muitas vezes, como fator incondicional para que a pessoa afetada consiga superar a dor, o sofrimento e, sobretudo, o sentimento de perda, de medo e de insegurança. É importante o afeto entre as pessoas, especialmente dos profissionais de saúde e daquelas mais próximas. Porém a família é fundamental e, diante da deficiência, vive um estado mental de perda e morte. Isto lhe permite experimentar luto diante da perda (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

Como observado, nos grupos focais os participantes sempre se reportavam ao apoio familiar como algo indispensável ao fortalecimento das pessoas com deficiência. Esta compreensão pode favorecer a aceitação. Inegavelmente, a família ainda é a base para a sociedade. De modo particular, a pessoa com deficiência requer acompanhamento e compreensão da família. Um dos fatores relevantes citados pelo grupo focal é a aceitação,

tanto da pessoa com deficiência quanto dos familiares. Muitas vezes, porém, como referem, a deficiência é negada pela família ou pela própria pessoa. Negar a deficiência pode estar associado ao preconceito que as pessoas se autoatribuem e pode ser manifestado pelo próprio deficiente ao não se reconhecer com o poder de lutar e deixar de ser vítima (CAMPOS, 2008).

O preconceito pode advir, também, da desinformação das famílias, as quais, normalmente, planejam a construção de futuro embasada em condições ideais, como ter filhos saudáveis e dentro dos padrões considerados normais. Tal expectativa poderá ser frustrada, pois, por alguma razão, poderá ocorrer malformação na vida intrauterina e inesperadamente a criança sonhada e imaginada poderá apresentar deficiência. Esta situação é delicada tanto para os profissionais quanto para os familiares, sobretudo porque as pessoas quase sempre estão despreparadas para lidar com o diferente. De modo geral, o nascimento de uma criança é cercado de muitas esperanças, dúvidas e ansiedades em relação à saúde, à vida e ao futuro do bebê. Estes sentimentos se intensificam quando os pais são informados de que tiveram uma criança com deficiência (LEMES; BARBOSA, 2007).

Nesse sentido, compreendem-se as dificuldades dos pais em face dos sentimentos confusos, os quais conduzem muitas vezes ao gerenciamento inadequado da forma de lidar com a problemática. Surgem, então, comportamentos conflitivos, como negação da deficiência, negligência, superproteção. A pessoa com deficiência cresce, então, em ambiente confuso, e, no seu dia-a-dia, reproduz as mesmas posturas adotadas pela família. Esta, às vezes, sente vergonha por ter uma pessoa com deficiência. Os pais temem pela segurança do filho ou pelo respeito e honra de suas famílias. Às vezes, os pais trancam as crianças com deficiência em casa, quando precisam se ausentar, ou as escondem completamente para que vizinhos nem mesmo saibam que elas existem (ALBUQUERQUE, 2007).

Mencionadas afirmações são compatíveis com revelações do grupo focal que também resgata questionamentos sobre a existência de pessoas com deficiência nos espaços físicos comuns a toda a sociedade. Provavelmente, esta prática ainda perdura. Por isso é importante o fortalecimento das famílias das pessoas com deficiência, no intuito de empoderá-las. Com base nas reflexões do grupo, evidencia-se a urgência de empoderar também a família, por meio de políticas públicas de saúde dos direitos das pessoas com deficiência. Nesse aspecto, pode-se buscar apoio na ESF como equipe multiprofissional, a qual deve ser capacitada para enfrentar novos desafios junto a essa parcela da sociedade. As pessoas com deficiência lutam para legitimar seus direitos, de maneira ética. Fortalecem, assim, as mudanças do modelo biomédico centrado nas doenças, para garantir o modelo emergente que

exige atendimento centrado nas necessidades das pessoas. Isso requer dos profissionais decisões direcionadas para as necessidades individuais e coletivas, assim como a demonstração de novas posturas.

A implementação do SUS, por representar um processo de mudança na prática da atenção à saúde, exige dos profissionais, gestores e usuários transformações atitudinais e culturais, requer uma reviravolta ética (ZOBOLI; FORTES, 2004).

Como se percebe, as transformações requeridas pelo SUS integram o novo modelo de atenção à saúde, com vistas a contemplar o indivíduo na condição de ser individual, porém agregado ao contexto das necessidades individuais e coletivas. Portanto, se faz indispensável compreender não apenas os indivíduos, mas também a família e a comunidade nas quais estão inseridos, com tudo aquilo que é preconizado no processo saúde-doença. Atualmente, discutem-se as ações de saúde sob o ponto de vista do indivíduo, do sistema produtivo e, também, do ponto de vista técnico. Em relação ao indivíduo, a saúde pode ser vista como uma sensação de ausência de doença, e ou ausência de dor; para o sistema produtivo, a saúde pode ser vista como um valor a ser oferecido num mercado privado e público de bens de saúde; e do ponto de vista técnico, como um poder, o poder de proporcionar saúde. A partir destes três pontos de vista, várias interrelações podem ser pensadas. Nesta teia de relações, segundo Lefèvre, Lefèvre (2004), a questão do empoderamento se revela essencial, salientando-se, neste contexto, a importância de se considerar o indivíduo e/ou consumidor e/ou usuário como "elo mais fraco" e, portanto, mais carente de uma ação empoderadora.

O empoderamento se aplica às situações de vulnerabilidade grupal ou individual como forma de conduzir os grupos ou indivíduos a confiar em seus potenciais para alcançar seus objetivos. Para o grupo focal, o empoderamento emerge da própria pessoa com deficiência, a qual precisa acreditar em si própria, na capacidade de realizar atividades inerentes ao cotidiano. De acordo com esta compreensão, diante das dificuldades específicas de cada pessoa, é indispensável encontrar mecanismos de superação; não há resoluções prontas, mas o grupo aponta a necessidade de conscientização dos direitos e também da autonomia adquirida por meio da participação social.

Nas falas emerge a autonomia quando um dos participantes revela que para obter assistência adequada precisou identificar-se como representante do Conselho Municipal de Saúde. Em outras situações se evidencia a necessidade da intervenção de terceiros, de preferência, de pessoas com influência no meio social ou de dentro dos serviços. Tais fatos

podem ser comuns no dia-a-dia, porém ainda causam muitas reflexões, pois se espera trabalhar com justiça e equidade dentro dos serviços.

Conforme asseveram Oakley e Clayton (2003), o empoderamento possibilita aos indivíduos a obtenção do respeito global, o qual está inserido nos contextos individual e coletivo. Por isso urge se estabelecer parceria e responsabilidade dos atores sociais, junto ao Estado, com vistas a tomar os rumos para influenciar no destino dos recursos públicos e na formulação de políticas públicas representativas da necessidade e da vontade dos cidadãos. Deve-se entender que a transformação da realidade é uma tarefa comum ao ser humano, ela envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertencimento e politização.

Nesse processo, insere-se a capacidade da pessoa com deficiência ter o compromisso de quebrar os próprios paradigmas, no sentido de legitimar opiniões apontadas pelos participantes da pesquisa os quais compreendem que é preciso quebrar o preconceito. “A partir do momento em que você se mexe, como uma pessoa normal, assume sua sexualidade, seu trabalho, você passa a ser gente normal. O preconceito vem de você e é passado para a sociedade”. Portanto, deve-se quebrá-lo, assim como o esteriótipo que a sociedade cria da pessoa com deficiência, a qual deve mostrar os seus direitos para romper com esse processo.

Outra forma de empoderamento defendida pelo grupo focal é demarcada pela independência, ou seja, quando as pessoas são conscientes de que precisam erguer a cabeça, confiar na própria capacidade e realizar as próprias atividades, independentemente da existência de determinado membro, uma perna que não obedece, dificulta a locomoção da pessoa. Ao quebrar o preconceito e assumir postura de pessoas normais, ocorre um processo contínuo, e, assim, os esteriótipos podem ser quebrados. As pessoas com deficiência precisam demonstrar seu empoderamento na conquista dos direitos almejados e, desse modo, obter o respeito e a compreensão social. Cabe-lhes tomar suas próprias decisões e adquirir conhecimentos sobre sua saúde e suas necessidades, com vistas a exercer seus direitos e deveres para o exercício da cidadania (MOURA; PEDRO, 2006).

Nessa ótica, o grupo focal defende a ideia de que o empoderamento perpassa pela manutenção da autoestima, a luta contínua e pelo bom relacionamento. Passa, também, pelo equilíbrio natural que deve envolver as pessoas de modo geral. Bom relacionamento com a família, com o trabalho, enfim, manter bom senso nas situações adversas.

O termo empoderamento tem, ainda, um significado especial: propiciar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas. Em sentido amplo, empoderamento se traduz na capacidade de tomada de decisões e gerenciamento das próprias condições de vida, ou seja, o exercício do protagonismo dos sujeitos, em busca do equilíbrio das dimensões e condições de vida e trabalho, saúde-cidadania, no estabelecimento de vínculos solidários, na construção de redes de cooperação, na participação coletiva no processo de gestão (OLIVEIRA NETO, 2008).

A participação social emerge nas sessões do grupo focal como necessidade vital para as pessoas com deficiência, que sempre demonstraram nas atitudes e nas palavras a importância da inclusão social, pela satisfação de participar da APNE. Para eles, a associação é um espaço de orgulho e de realização. Lutam para o crescimento da APNE, desejosos de que mais pessoas com deficiência se associem, pois, conforme acreditam se houver mais pessoas associadas será mais fácil conseguir apoio social e político. De modo geral, as associações possibilitam empoderamento por meio do poder e da autonomia. Nesse caso, evidencia-se a preocupação em atender os associados em suas exigências psicossociais e espirituais (FRANÇA; PAGLIUCA 2008).

Outra forma de expressar a participação social é percebida quando reivindicam alguns direitos, como, por exemplo, realizar um manifesto público, com vistas a demonstrar para a sociedade a própria existência e a necessidade de ser reconhecidos, ter espaço nos locais de trabalho, de educação e lazer. O empoderamento torna-se, então, um processo que oferece possibilidades às pessoas de autodeterminar suas vidas, efetivando sua inserção nos processos sociais e políticos a partir da sua integração na comunidade e da articulação com outras organizações (KLEBA, 2000).

Para tal, são indispensáveis sensibilização e compreensão da sociedade, das autoridades, dos representantes políticos, dos gestores dos serviços de saúde, das instituições educacionais e da comunidade de modo geral. O empoderamento é, então, compreendido como a capacidade de se apoderar de um conhecimento e competências sobre determinado assunto: técnicas, ferramentas e conceitos, de modo que proporcione sua emancipação e autonomia diante das suas necessidades. Portanto, não há desenvolvimento sustentável sem processos efetivos de empoderamento e envolvimento de vínculos afetivos dos atores sociais, mediante a participação dos excluídos, com voz para negociar, articular e mudar, tanto a própria condição quanto a do seu meio (COMINI; LIN, PLUCIENNIK, 2008.).

Para ocorrer mudanças de comportamentos e atitudes exigem-se conhecimento, orientação, informação e acompanhamento, sobretudo dos profissionais de saúde. Estes, atualmente, tentam transformar o modelo biométrico de assistência à saúde para o modelo emergente, que concebe saúde de forma ampla e abrangente ancorada na promoção da saúde. Um dos melhores ingredientes para a promoção da saúde são as experiências praticadas nas organizações. De uma maneira ou de outra, ao sistematizar as experiências e lições dessas tentativas para desenvolver uma aproximação sistemática para melhores práticas, beneficiarão significativamente as pessoas tanto no plano individual como no coletivo (KAHAN; GOODSTADT, 2001).

Nesse contexto, inserem-se as pessoas com deficiência física que buscam a participação social saudável, pois participar é inerente à vida e, com esta atividade, pode-se contribuir para mudanças favoráveis. Nas falas, os integrantes demonstram a importância de participar da APNE, mesmo quando passam por dificuldades como em quaisquer outras organizações sociais. De modo geral, demonstram seu interesse espontâneo como membro da APNE, no intuito de contribuir para o desenvolvimento pessoal e coletivo dos que vivenciam as mesmas dificuldades e os mesmos desafios.

Alguns dos participantes consideram sua inserção na associação como algo saudável e ao mesmo tempo uma forma de aceitação da deficiência. Segundo afirmam, o primeiro passo é aceitar a deficiência, pois a não aceitação dificulta a acessibilidade e contribui para o adoecimento da pessoa. Quando as pessoas participam de movimentos como a APNE ou mesmo de sessões como a do grupo focal sentem-se estimuladas para as reuniões, as quais sempre promovem diferentes discussões. Destaque-se o seguinte: a pessoa com deficiência, por ser diferente, sempre encontrou dificuldades de se inserir na vida social, não apenas por enfrentar o preconceito, o isolamento com a redução das relações sociais e familiares, o estigma por parte da comunidade, mas, também, pela carência de políticas públicas que facilitem seu acesso aos transportes, moradia, educação e aos serviços de saúde (CUBATÃO, 2009).

Mediante a participação social é possível se ampliar as discussões e vislumbrar novos olhares, com base nos novos conhecimentos em determinados assuntos, como: deficiência, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento. Para alguns dos participantes, tais reflexões conduziram a outra visão da deficiência, não somente em relação às pessoas com deficiência. Eles foram além e deslumbraram novos conceitos para o grupo focal, o qual tensiona passá-los de alguma maneira para a sociedade e para os profissionais de

saúde. Isso poderá ocorrer por meio de reivindicações bem articuladas, embasadas em argumentações claras e seguras do que precisam para melhorar suas condições de acessibilidade, tanto nos serviços de saúde, hospitais, quanto nos lugares aonde precisam ir. Dessa forma, pode-se obter a socialização do empoderamento do grupo, e também despertar interesse dos profissionais para a capacitação como forma de aprendizado para lidar com a demanda emergente. Esta será uma conquista, pois “a sociedade capitalista atual exige, cada vez mais, o sucesso profissional para a inclusão social” (NASCIMENTO; MIRANDA, 2007).

Nesse aspecto, será relevante o sucesso tanto dos profissionais como dos usuários, principalmente quando se trata do despertar das pessoas com deficiência para as possibilidades de inclusão social, de maneira otimista e empoderada para alcançar a realização das ações indispensáveis à vida. Isso no contexto atual de saúde poderá ser facilitado pela Estratégia Saúde da Família, a qual apresenta como proposta uma iniciativa político-governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Com esta finalidade, aponta para modificações importantes, marcadas por diferentes orientações políticas e ideológicas, o que desencadeia interpretações e posicionamentos de autores a respeito das dimensões e alcance do PSF (REIS; HORTALE, 2004).

De acordo com Almeida (2006), a relevância da participação social das pessoas com deficiência na ESF perpassa pelo elo por elas representado entre a comunidade e o poder público, de maneira que, ante as dificuldades da população na base, os profissionais, quando não conseguirem solucionar determinadas questões, possam encaminhá-las à equipe multidisciplinar e às autoridades de saúde. Isso de certo modo cria vínculo das instâncias superiores com os usuários. Se a visão multidimensional da saúde estivesse mais presente nas ações dos profissionais da saúde poderia se observar maior influência desses profissionais nos debates e na implantação de políticas públicas para as pessoas com deficiência. Desse modo, poderia se contribuir para a superação dessas dificuldades

No grupo focal aconteceram fatos pontuais. Entre estes, o já referido por um dos participantes que é conselheiro municipal de saúde, o qual, diante de atendimento hospitalar, considerado insatisfatório para ele, fez um relatório para ser entregue pela enfermeira da ESF ao Secretário de Saúde e Ação Social do município de Sobral. Outro participante discutiu no grupo focal sobre os pneus das cadeiras de rodas, considerados frágeis, caros, com preços exorbitantes para as pessoas com deficiência. Além disso, dificultam a locomoção nas ruas, por serem estas irregulares. Consequentemente, os pneus perdem a aderência e a cadeira perde a estabilidade. A partir das discussões, o participante elaborou uma carta de

reivindicação e também a entregou ao mencionado Secretário de Saúde e Ação Social da cidade de Sobral com cópia para o Governador do Estado, em nome da primeira dama do Estado (Anexo E), conforme ofício recebido do CHGAB nº 640/2009 (Anexo F).

Tais situações são incipientes, porém exigem determinação da pessoa. Ao mesmo tempo, representam conquista de espaço junto ao poder público, pois muitos ainda não conseguem melhorar suas condições de saúde por falta de informações que os empoderem para reivindicar direitos essenciais à sua vida e à de seus familiares. Mais uma vez se reafirma: o empoderamento perpassa também pela iniciativa, criatividade e poder de decisão individual, de modo que a própria pessoa por meio da consciência crítica, se fortaleça para tomar suas decisões.

7.1.3 Conhecimentos acerca da legislação: empoderamento como forma de igualdade

No quadro 4, a seguir, expõe-se a caracterização dos conhecimentos dos participantes da pesquisa sobre a legislação inerente ao assunto.

Quadro 4 - Caracterização dos conhecimentos acerca da legislação, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Cotas nas empresas, nos concursos públicos e na habitação	Aquisição de transportes e carteira de habilitação	Transportes coletivos
<p>As empresas com 100 funcionários e menos de 500 precisa ter 2% de vagas destinadas às pessoas com deficiência e acima de 500 5% . Nos concursos públicos deverão existir 5% das vagas destinadas para as pessoas com deficiência. O governo disponibiliza 10% das casas populares para as pessoas com deficiência (GF3, Girassol).</p> <p>É difícil conseguir trabalho, mesmo que se estude, ou esteja preparado. As empresas só admitem pessoas que apresentam deficiências leves, ou seja, defeitos quase imperceptíveis que não impliquem na baixa produtividade. Nesse grupo mesmo, só temos três pessoas que conseguiram ingressar por meio de concurso (GF3, Girassol, Cacto, Anêmona).</p> <p>A pessoa com deficiência tem direito a 10% das casas populares construídas (GF5, Crisântemo Branco).</p>	<p>O que nos faz igual é uma lei. A pessoa com deficiência tem direito a um desconto na compra do carro (GF5, Crisântemo Branco).</p> <p>Temos direito à compra do carro com desconto especial desde que sejamos proprietários habilitados (GF5, Girassol).</p>	<p>O deficiente pode viajar para qualquer lugar, eu sei que tem essa lei. Já corri e não consegui (GF3, Crisântemo Vermelho).</p> <p>Eu sei que na rodoviária tem esse trabalho, mas não sei como se consegue (GF3, Gérbera).</p> <p>Todas as pessoas têm direito a passe livre, desde que a renda familiar não ultrapasse um salário mínimo. A pessoa com deficiência tem direito a passagens de ônibus, navios e trem (GF3, Girassol).</p>

As sessões do grupo focal possibilitaram desvelar as ideias dos participantes e socializá-las espontaneamente de modo que se compreenda que a igualdade das pessoas com deficiência advém da criação de leis destinadas a beneficiar estas pessoas. Nesse aspecto, se evidencia a existência da Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência formulando políticas públicas e propondo diretrizes voltadas às pessoas com deficiência e suas famílias. Dessa maneira, as inovações legislativas foram impostas com base na Constituição de 1988, sobretudo para socializar e assegurar os direitos das pessoas com deficiência, assim como garantir o exercício mínimo de cidadania e de dignidade. A partir da legislação, surgiram normas com o objetivo de regulamentar, facilitar e acelerar a integração social (BRASIL, 2003).

Ressalte-se o seguinte: quando se trata de leis há algumas vantagens citadas pelas pessoas do grupo focal, como, por exemplo, direito a dedução no valor do automóvel adquirido pela pessoa com deficiência desde que a pessoa seja habilitada para adquirir o carro em seu próprio nome. Ainda consoante a legislação, a Carteira Nacional de Habilitação deve ser concedida a qualquer pessoa aprovada nos exames, incluindo-se as pessoas com deficiência, desde que a deficiência não interfira na capacidade de dirigir e que o carro seja adaptado (BRASIL, 2004).

Conforme se depreende, a legislação é inclusiva, mas deve haver conscientização da própria pessoa com deficiência quanto à limitação, de modo geral, para determinadas atividades, e isso deve ser aceito para não gerar o autopreconceito. Como as pessoas costumam falar no grupo focal, é preciso aceitação da deficiência para se aprender a conviver. O segundo passo é a pessoa superar os limites de acordo com as individualidades. Dessa forma, mantém-se a dignidade da pessoa com deficiência, como assegura a legislação brasileira, segundo a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989, por meio de funções que contribuam para a adequada condução das políticas públicas com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e dos seus familiares (BRASIL, 2008).

Inegavelmente, a melhoria da qualidade de vida perpassa pela acessibilidade ao mercado de trabalho. Sobre este assunto, os participantes da pesquisa demonstraram ressentimentos, pois os participantes sabem que as empresas com mais de cem funcionários e menos de quinhentos devem observar a cota de 2% das vagas disponíveis para a admissão das pessoas com deficiência, mas, geralmente, estas empresas, se decidem por pessoas com menor grau de deficiência. Aquelas que têm um pequeno defeito no pé, na mão, acuidade auditiva ou visual reduzida, ou seja, limitam-se às deficiências que representam baixa incapacidade para o

trabalho. Dia-a-dia, cresce a competição no mercado de trabalho. Conseqüentemente, as empresas passam a exigir trabalhadores/as polivalentes e multifuncionais, diminuindo seu quadro funcional. Diante da premente agilidade do fluxo de informação, as empresas que conseguirem acompanhar esse ritmo devem considerar a necessidade de um plano de intervenção, junto à classe empresarial, com a finalidade de criar mecanismos eficazes para o reconhecimento das potencialidades das pessoas com deficiência e respeitar a sua cidadania, no momento de sua inclusão no ambiente de trabalho (CARVALHO, 2007).

A qualificação profissional e a inserção no mercado de trabalho de pessoas com deficiência constituem objeto de discussão na sociedade contemporânea. Assim, embora a atual política pública de atenção à profissionalização da pessoa com deficiência favoreça sua inserção no trabalho formal, existe a necessidade de maior escolaridade e de profissionalização, pois o acesso ao mercado de trabalho requer níveis elevados de escolaridade e o desenvolvimento de novas habilidades e competências (NASCIMENTO; MIRANDA, 2007).

Apesar da legislação, como asseveram as pessoas com deficiência, mesmo estudando e se preparando para trabalhar, ainda fica difícil conseguir trabalho porque o mercado não dá oportunidade. Como forma de minimizar tal problemática, os participantes sugerem o debate sistemático dessas questões nos meios de comunicação. Segundo DIEESE (2006), a Lei nº 8.213, de 1991, preconiza, como citado, para as empresas que têm de 100 a 200 funcionários, a reserva obrigatória de 2% de suas vagas para as pessoas com deficiência, quer seja visual, física ou mental. As informações apresentadas pelo grupo focal, embora corretas, divergem um pouco das estatísticas oficiais. Para as empresas com 201 a 500 funcionários, a cota reservada é de 3% e, para as que têm de 501 a 1.000 empregados, é de 4%. Referida lei contribuiu para reduzir a exclusão das pessoas com deficiência, e pode ajudar ainda mais, com o estímulo da família, pois a exclusão não é um problema apenas de trabalho. De acordo com o mencionado, a família, muitas vezes, por proteção ou preconceito, retém as pessoas com deficiência em casa. Isso faz com que elas não tenham direito nem à educação.

Diante dos dados encontrados na legislação, conforme se percebeu, o grupo focal consegue apreender informações relevantes para seu processo de inclusão. Evidencia-se, então, o quanto a participação e a convivência, com a finalidade de buscar respostas e soluções comuns, são indispensáveis. Para ocorrer o processo de inclusão é preciso contar com uma rede de apoio, composta pela família, pelos profissionais de saúde e pela escola. Nesse processo, a educação representa talvez a principal ferramenta para todas as demais

conquistas, pois a capacitação da pessoa no processo de compreensão de mundo, aprendizagem, participação, inclusão no mercado de trabalho fornece os meios necessários ao fortalecimento. Dessa maneira, destaca-se a educação escolar, a qual deve abranger todas as crianças, adolescentes, jovens e adultos, independente de deficiência ou não. Sabe-se, no entanto, que fatores como a precariedade econômica, a crença religiosa, as limitações proporcionadas pela incapacidade física ou sensorial, funcionam como atributos pessoais para assegurar o lugar que o indivíduo ocupa. Mas o lugar social do indivíduo é passível de estabilização ou estranhamento caso ele venha a perder suas referências (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

No grupo focal, conforme lembrado pelos participantes, três pessoas são funcionários públicos. Esta, porém, não representa a realidade da maioria e demonstra que o importante nas discussões do grupo focal é legitimar o conhecimento dos participantes acerca dos direitos garantidos pela Constituição. Outras conquistas importantes também foram citadas, como o percentual de cotas na participação das casas populares, cuja disponibilidade é de 10% das habitações construídas pelo governo destinadas às pessoas com deficiência, assim como a prioridade nas questões judiciais e nos atendimentos em geral, entre estes, os atendimentos nos bancos. Na opinião do grupo focal, os bancos deveriam eliminar os locais reservados para atendimento específico, pois tal medida gera fila e discriminação. Dessa maneira, todos os caixas estariam disponíveis para o atendimento prioritário, não apenas para as pessoas com deficiência, mas para todas as pessoas que têm esse acesso garantido, a exemplo das mulheres grávidas e das pessoas da terceira idade. Segundo a legislação determina, as pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário (BRASIL, 2003).

Entre os direitos adquiridos, o grupo se reportou também à aquisição gratuita de órtese e prótese de modo geral. Como afirmam, o município de Sobral disponibiliza o benefício, por meio de requerimento, mas ainda funciona com algumas dificuldades, entre as quais, longo tempo de espera.

Compreende-se a questão das pessoas com deficiência como uma temática em processo de conquistas em face de tudo que é preconizado pela legislação, mas que ainda precisa da apropriação das pessoas com deficiência para o empoderamento em busca de validar todas as questões citadas. Nas discussões, falou-se sobre a aposentadoria dos trabalhadores com deficiência, a qual será diferenciada. No caso das pessoas com deficiência

severa, haverá a dedução de cinco anos do tempo integral. No caso de deficiência moderada, três anos e na leve, dois anos. Segundo os participantes da pesquisa, existe lei tramitando no Congresso Nacional. Também se inclui a existência de benefícios já definidos, como a dedução nos custos para a compra de automóveis, correspondente a 17% de desconto, se a pessoa não for habilitada. Mas se a pessoa for habilitada, terá direito a 28%. Outro direito ressaltado foi a dedução de impostos pagos por posse de veículos.

Ainda de acordo com a legislação, são isentas do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) as operações financeiras para aquisição de automóveis para as pessoas com deficiência física. Exige-se atestado pelo Departamento de Trânsito onde residirem em caráter permanente, cujo laudo de perícia médica especifique o tipo de defeito físico e a total incapacidade para o requerente dirigir veículos convencionais. Contudo, esta isenção só poderá ser concedida uma única vez. Advirta-se, porém: a aquisição do veículo com o benefício fiscal por pessoa que não preencha as condições estabelecidas na Instrução Normativa de 23 de dezembro de 2003, assim como a utilização do veículo por pessoa que não seja o beneficiário portador de deficiência, salvo a pessoa por ele autorizada, sujeitam o adquirente ao pagamento do tributo dispensado, acrescido de atualização monetária, juros e multa, nos termos da legislação vigente, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (BRASIL, 2008).

Quanto ao passe livre nas passagens interestaduais, o grupo compreende que tem direito toda e qualquer pessoa, desde que a renda *per capita* não seja superior a um salário mínimo. É concedido passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual (BRASIL, 2003).

Na opinião do grupo, a pessoa com deficiência tem direito a transporte aquaviário, ou seja, ônibus, navio e trem. Portanto, a lei não garante passagens aéreas. Em relação às vagas específicas para pessoa com deficiência disponíveis em ônibus, é necessário reservar a passagem com 24 a 48 horas antes do embarque. As pessoas com deficiência têm, pois, a concessão de passe livre no sistema de transporte interestadual garantida pela Lei n.º 8.899, de 29 de junho de 1994 (BRASIL, 2004).

7.1.4 Experiências vivenciadas nas internações hospitalares: relato expressando empoderamento

No quadro 5 se pode observar a caracterização das experiências vivenciadas nas internações hospitalares: relato expressando empoderamento, segundo os sujeitos da pesquisa.

Quadro 5 - Caracterização das experiências de internação, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Experiências de internação
<p>Passei a metade da minha vida internado, fiz cirurgia do pé, depois fiz do joelho. Já fiz da coluna e do quadril. Aprendi a andar com aparelho que uso na perna e atualmente estou bem habilitado graças a Deus (GF4, Glicínia).</p> <p>Fui ao médico e não consegui subir na maca, mesmo com a escadinha, escorreguei e caí (GF6, Glicínia).</p> <p>Já passei por muitos hospitais: Rio, São Paulo, não faltou nada para mim (GF4, Crisântemo Vermelho).</p> <p>As pessoas devem ser mais profissionais e não trabalhem somente por dinheiro (GF5, Gérbera).</p> <p>Fiquei internado no SAHRA de Fortaleza, não me faltou nada (GF6, Crisântemo Vermelho).</p> <p>Estive internada, não consegui subir na cama sozinha... as torneiras todas altas. Meu marido também é deficiente e não conseguiu entrar no banheiro com as muletas (GF6, Alfazema).</p> <p>Achei tudo muito inadequado: As portas das enfermarias, dos banheiros, as camas, os balcões (GF6, Crisântemo Branco).</p> <p>Fui hospitalizado e transferido para Fortaleza, fui muito bem atendido apesar de ter sido pelo SUS. Em Sobral a única dificuldade é durante as noites porque tem pouca gente e também somos atendidos mais rápido quando temos alguém conhecido, porque a gente fica na emergência em cima de uma maca até aparecer a vaga. Quando eu estava na sala de cirurgia todo quebrado, começaram a dizer: “Como é que a gente vai colocar esse homem na mesa”? Eu falei: Manda chamar os enfermeiros. Eu todo quebrado, pensei: vai quebrar é tudo e comecei a orar (GF4, Cacto).</p> <p>Nada a reclamar nem aqui e nem em Fortaleza (GF4, Camélia Vermelha).</p> <p>Fui internado no hospital em Fortaleza, segundo os médicos eu fui uma experiência para eles, lá não tinha nenhuma cadeira de rodas sobrando. Os médicos disseram que nunca uma pessoa como eu tinha se internado lá para fazer tratamento (GF4, Anêmona).</p> <p>Estive internado com a perna quebrada e não gostei do tratamento das enfermeiras que trabalhavam à noite porque o atendimento era péssimo, tem menos gente para trabalhar. Os enfermeiros precisam ser mais carismáticos, demonstrar menos frieza com as pessoas. Nas ações e atitudes são muito frios, só dão atenção quando a gente é conhecido (GF3, Cacto).</p>

Na atual conjuntura a assistência à saúde se operacionaliza por meio das ações da equipe multidisciplinar composta por diversas áreas profissionais, formadas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, entre outros, porém na assistência hospitalar ainda se destacam médicos(as) e enfermeiros (as). Em geral, de acordo com o observado, o foco da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades do cliente. A enfermagem é uma das profissões que surgiram a partir das necessidades do homem como ser dependente de cuidado. Por muito tempo foi exercida empiricamente e

voluntariamente pelas mulheres, enfrentando a falta de reconhecimento profissional, talvez atribuída à questão de gênero e à própria condição de submissão. No entanto, conquistou visível espaço a partir de Florence Nightingale, quando esta documentou a primeira teoria de enfermagem, constituindo um marco para a história da enfermagem moderna (ORÍÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007). A enfermagem desempenha o papel de assistência aos clientes e familiares, com vistas a atendê-los em suas necessidades biopsicossociais, individuais e coletivas, quer seja na atenção básica ou na área hospitalar. Comumente os familiares são também envolvidos. Muitas vezes eles recorrem e procuram apoio nos enfermeiros, por serem os elementos da equipe multidisciplinar mais próximos dos pacientes e familiares. A existência humana perfaz um caminho de relacionamento importante, sendo o sistema familiar o mais significativo, deixando clara a necessidade de se viver em grupo. O evento da internação hospitalar é um acontecimento relevante na vida das pessoas e, muitas vezes, requer a presença de um acompanhante (LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998).

Nesse cenário se compreende que o cliente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização; os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente compartilham a angústia, o medo e o sofrimento. Portanto, o profissional de saúde deve dispensar atenção tanto aos clientes quanto aos familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova experiência. A assistência de enfermagem, por exemplo, deve atender às necessidades dos clientes e familiares, ajudando-os a compreender, aceitar e enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar (MARUITI; GALDEANO, 2007).

Logo, é indispensável apoio aos familiares da pessoa com deficiência, quer na assistência hospitalar quer no domicílio. Uma das experiências relatadas no grupo focal diz respeito tanto à assistência hospitalar como a domiciliar. Na assistência hospitalar, deve-se tratar do direito à acompanhante independentemente de gênero. É importante que a pessoa com deficiência seja acompanhada por alguém disponível na família. Conforme os participantes, muitas vezes, só a esposa pode acompanhá-los. Criam-se, então, dificuldades sob alegativa de que os acompanhantes devem pertencer ao mesmo sexo do cliente hospitalizado. Quanto à assistência domiciliar, segundo relataram, as visitas acontecem esporadicamente. Por isso consideram a resolutividade precária. Consoante é sabido, as mudanças ocorridas no Brasil surgiram com a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988. Antes da implantação do SUS, existia divisão de competências no setor público e a questão da deficiência era abordada apenas na área da prevenção das doenças infecto-contagiosas (RIBEIRO; PINHEIRO, 2004).

Até aquele período, a assistência prestada no domicílio se baseava no modelo clínico e hospitalar, privilegiava o atendimento do corpo doente, fracionado pelos diferentes profissionais que prestavam uma assistência voltada, principalmente, para a realização de procedimentos técnicos. Evidenciava-se, assim, um vazio teórico instrumental a exigir novos investimentos de capacitação, considerando essa realidade de prática que tem, no interrelacionamento, o jogo das relações familiares, o seu núcleo constituído (PUSCHEL; IDE, 2007).

Com o novo modelo de saúde se propõe assistência domiciliar de qualidade, mas, para isso, é fundamental que os serviços de saúde contem com estruturas apropriadas no referente à área física e instalações. É preciso, também, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de profissionais com capacitação específica, com vistas a interagir com o usuário e com a família na perspectiva de criar vínculo de respeito à autonomia deste (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Tais reflexões apontam a saúde no contexto amplo, no intuito de atender às necessidades dos usuários com justiça e equidade. Nas sessões do grupo focal, revelou-se a urgência de capacitação dos profissionais, mediante opiniões segundo as quais os profissionais precisam ser mais carismáticos, ou seja, demonstrar menos frieza nas ações e atitudes.

Desse modo, deve-se descartar a postura ingênua, pautada prioritariamente na ênfase em aspectos técnicos, em detrimento de uma formação aberta, que subsidie a mudança do modelo assistencial individualista, hospitalocêntrico. No novo modelo, o eixo de atendimento é o indivíduo/grupo/ comunidade, entendido como atores e agentes que podem e devem influenciar nos processos de recuperação dos direitos, de modo ativo, compreendendo e atuando sobre as causas (SPIRI; LEITE, 2004).

Esse novo modelo de atendimento à saúde requer assistência embasada na equidade e integração social. No referente à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior (BRASIL, 1989).

Nessa ótica, compreende-se que as informações despertam nas pessoas mais conhecimentos por meio de uma visão crítica e manifestados após as experiências de internação. Dessa maneira, elas compreenderão que o relacionamento entre as pessoas

representa ferramenta indispensável à assistência de qualidade. Ainda como ressaltam, existem falhas, motivadas, sobretudo, por questões de gerenciamento. Para os participantes do grupo focal, quando é bem gerenciado, o trabalho possibilita estreitar as relações com outras pessoas, constituindo-se em um dos recursos fundamentais de uma organização. Assim, como se verifica, a gestão contribui para a melhoria dos processos de trabalho, dos desempenhos coletivos e individuais e, conseqüentemente, da produtividade (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

Dos relatos de experiência emergiu que a assistência de enfermagem à noite é menos eficaz, pois o número de funcionários lotado é menor que durante o dia. Como mencionou um participante, em determinado momento, precisou chamar as enfermeiras e estas não foram encontradas “porque estavam dormindo”. Referida experiência remete para as questões da divisão do trabalho. De acordo com a literatura, a desigualdade dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversidade na legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e, a racionalidade presente nas práticas profissionais às vezes dificultam a execução eficaz das atividades (SPIRI; LEITE, 2004).

A enfermagem ainda precisa conquistar o empoderamento no intuito de adquirir autonomia que proporcione assistência de qualidade. Para tanto, é necessário disponibilizar equipe capacitada técnica e humanamente, tanto em quantidade como em qualidade. Isto na verdade representa fatores inerentes à má qualidade e pode estar relacionado às más condições de trabalho: baixos salários e falta de capacitação, falta de profissionais efetivos em número suficiente para cobrir a demanda, associado ainda à falta de informação. Por exemplo, de modo geral, os clientes e a sociedade costumam tratar auxiliares e técnicos como enfermeiros. Dessa forma, muitas atitudes e posturas atribuídas ao enfermeiro são próprias de outro profissional. Embora arraigada, essa cultura requer mudança e esse espaço precisa ser devidamente ocupado. As atribuições do técnico e do auxiliar não podem ser confundidas com as do profissional enfermeiro. É justo buscar reconhecimento com vistas a assumir uma identidade própria com autonomia e empoderamento.

7.1.5 Sugestões para a reivindicação dos espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento

No quadro 6, a seguir, apresenta-se a caracterização das sugestões para reivindicar espaços acessíveis, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Quadro 6 - Caracterização das sugestões para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento, segundo os sujeitos da pesquisa. Sobral-Ceará, 2009.

Sugestões para reivindicar espaços acessíveis aos hospitais: exercício de cidadania e empoderamento
<p>É preciso que o hospital disponha de um leito específico para a pessoa com deficiência não ficar de um a três dias esperando uma vaga em cima de uma maca na emergência, sem poder se mexer. Queria também que os hospitais olhassem o lado masculino, contratassem mais homens (GF5, Cacto).</p>
<p>É preciso: estacionamento para as pessoas com deficiência, calçadas acessíveis, capacitação para os trabalhadores da linha de frente, disponibilizar cadeira de rodas e macas reguláveis, portas, pisos e banheiros acessíveis. Permitir acompanhantes, independente do sexo, enfermarias adaptadas para a pessoa com deficiência, interruptores e sinalizadores próximos das camas à altura de acesso (GF6, Girassol; GF6, Camélia Vermelha; GF6, Cacto).</p>
<p>Precisa macas para que possamos subir com segurança (GF6, Glicínia).</p>
<p>Deveriam existir mesas adaptadas para nós fazermos os exames ginecológicos e também adaptação da altura do aparelho para nós fazermos a mamografia (GF6, Rosa Dália).</p>

Após relatar as experiências de internação, o grupo focal apresentou relevantes sugestões para reivindicar espaços acessíveis como exercício de cidadania e empoderamento. Uma das formas que o grupo descobriu sobre espaços acessíveis foi a atitude das pessoas quando dizem que antes só percebiam os espaços acessíveis como área física, mas, após as discussões, passaram a compreender, também, como atitudes de carinho, compreensão e de cuidado com o ser humano. O cuidado é compreendido como o objeto de trabalho da enfermagem. Cuidar das pessoas com deficiência nos ambientes domésticos ou institucionalizados constitui tema relevante para a enfermagem contemporânea, pois envolve o domínio de um conhecimento pouco abordado em seus diversos níveis de formação profissional, não obstante as frequentes demandas nos contextos de prática assistencial que requerem intervenções do enfermeiro junto aos clientes, familiares e cuidadores (SCRAMIN; MACHADO, 2006).

As pessoas com deficiência deveriam ter assistência diferenciada, a partir do cuidado dos profissionais, seguida pela reivindicação de espaços acessíveis, sobretudo porque, em tempos de paz, 10% da população possui algum tipo de deficiência (IBGE, 2000). Esse dado por si justificaria a necessidade de espaços acessíveis às pessoas com deficiência nos hospitais em todos os locais por onde é preciso transitar normalmente para exercerem seus direitos de cidadãos, com menos dependência de terceiros.

Na legislação se estabelecem normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência. Subtende-se a execução de projeto universal, numa concepção moderna de arquitetura urbanística e ambiental voltada ao bem de todos (BRASIL, 2008).

Por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), o MS garante às pessoas portadoras de deficiência física assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas (BRASIL, 2002).

Nesse intuito, emerge a necessidade de subsidiar tecnicamente a implantação de serviços especializados, buscando a reabilitação clínico-funcional da pessoa com deficiência física. Tal iniciativa contribui, decisivamente, para a melhoria das suas condições de vida, sua integração social e ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária. Emerge também a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada à pessoa com deficiência física, a qual exige uma estrutura especializada e hierarquizada de alta, média e baixa complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (BRASIL, 2003).

Esta necessidade é ainda mais premente em algumas áreas. No Brasil, a existência de regiões mais afetadas pela miséria, como o Norte e o Nordeste, é um fator de incidência de maior número de pessoas com deficiência, visto que nessas regiões os meios de sobrevivência e conseqüentemente de prevenção de doenças são insatisfatórios. Há, em nosso país, um índice muito alto de deficiências adquiridas, cujas conseqüências diretas são a desnutrição, a violência urbana, os acidentes de trânsito, entre outros acontecimentos (GAIO, 2004).

Tantas causas desencadeantes de deficiência requerem um olhar político e social diferenciado. Contudo, a viabilidade dessas conquistas só acontecerá a partir do empoderamento das próprias pessoas com deficiência, e quando estas estiverem empoderadas

para reivindicar à sociedade como um todo o direito à vida digna, no sentido amplo, e, particularmente, espaços acessíveis aos hospitais.

Considera-se como despertar para referida construção as sugestões apresentadas no grupo focal: macas, cadeiras de rodas, camas e mesas de exames com alturas reguláveis, assim como enfermarias especiais adequadas para pessoas com deficiência. Da mesma maneira, sugerem a disponibilidade de banheiros, portas, torneiras, aparelhos sanitários construídos com vistas a atender às necessidades das pessoas com deficiência. Também exigem vagas em estacionamentos demarcadas com o Símbolo Internacional de Acesso para as pessoas com deficiência nos hospitais.

É essencial a demarcação de vagas nos estacionamentos em todos os espaços públicos e privados. De acordo com a lei, os Departamentos de Trânsito dos Estados (DETRANs) terão prazo de um ano para efetivarem a padronização das placas e a pintura da sinalização horizontal no asfalto. Eles também ficarão responsáveis pela emissão das credenciais que deverão ser colocadas no parabrisas dos automóveis dos beneficiados. Igualmente têm direito de estacionar o carro nas vagas especiais os motoristas que transportem usuários com deficiência ou idosos.

A Lei de Amparo às Pessoas com Deficiência assegurando espaços nos estacionamentos está em vigor desde 1997, porém ganha força a partir do momento em que estados e municípios dela se apropriam. Como consta em Brasil (2007), é considerada infração de trânsito o estacionamento irregular em vaga destinada a pessoa com deficiência física. Em caso de descumprimento, o motorista terá de pagar multa correspondente à infração gravíssima, num valor de aproximadamente R\$ 191,00. Portanto, os veículos não-autorizados e que estiverem estacionados nas vagas das pessoas com deficiência serão retirados e levados para os depósitos do Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN). O desrespeito ao Símbolo Internacional da Acessibilidade (Anexo G) decorre da imprudência de muitos motoristas que mesmo diante da existência de placas demarcando os espaços para as pessoas com deficiência as ignorem num total descaso ao direito de cidadania. Ressalta-se que vagas demarcadas para as pessoas com deficiência inexistem também nos hospitais.

7.1.6 Sinais de empoderamento: participação em eventos, conquistas sociais, políticas e avaliação das sessões grupais

No quadro 7, a seguir, consta a caracterização dos sinais de empoderamento, segundo os sujeitos do estudo. Sobral-Ceará, 2009.

Quadro 7 - Caracterização dos sinais de empoderamento, segundo os sujeitos do estudo. Sobral-Ceará, 2009.

Participação em eventos	Conquistas sociais e políticas	Avaliação das sessões do grupo focal
<p>Comissão de Formação Pró-Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência do Município de Sobral-Ceará.</p> <p>Encontro Estadual das pessoas com deficiência.</p> <p>I Semana Sobralense da Pessoa com Deficiência: iguais nas diferenças.</p> <p>Manifesto público realizado no encerramento da Semana Sobralense da Pessoa com Deficiência.</p> <p>Projeto de Acessibilidade das Faculdades INTA de Sobral-Ceará.</p>	<p>Inserção no Conselho Municipal dos direitos da pessoa com deficiência ocupando os cargos de presidente e vice-presidente.</p> <p>Organização e realização do encontro de “acessibilidade como exercício da cidadania”.</p> <p>Referido encontro contou com a presença de diversos segmentos políticos e sociais.</p> <p>Entrega da Carta de Reinvidicações aos presentes com cópia para o Secretário de Saúde e Ação Social.</p>	<p>Cooperação, motivação, organização, conscientização (GF3, Rosa Dália; Glicínia).</p> <p>Lazer (GF3, Cacto).</p> <p>Incentivo (GF 3, Gérbera).</p> <p>Empatia (GF3, Crisântemo Branco).</p> <p>Comunicação geral de todos (GF 3, Camélia Vermelha).</p> <p>Aprendizagem (GF4, Alfazema).</p> <p>Resgate da APNE (GF4, Cacto; Gerbéra; Crisântemo Vermelho; GF 3, Anêmona).</p> <p>Amizade, companheirismo, empoderamento (GF6, Rosa Dália; Girassol).</p>

As sessões do grupo focal permitiram a participação no grupo de pré-formação do Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência no Município de Sobral. Tal movimento alavancou discussões para a mobilização da formação do Conselho, assim como a participação no Encontro Estadual das pessoas com deficiência. Conforme ressaltaram, em setembro de 2008 aconteceu a II Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência realizado em Fortaleza-Ceará. Referido evento teve como objetivo propor diretrizes para a fundamentação dos Planos Estadual e Nacional de Políticas de Atenção à Pessoa com Deficiência. Todo o esforço avaliativo desenvolvido ao longo da programação buscou (re) pensar, criticamente, os percursos da inclusão, participação e desenvolvimento de políticas, na esfera estadual, tomando como referência as deliberações das Conferências Municipais e as proposições das Reuniões Ampliadas, devidamente consolidadas em uma síntese avaliativa e na Conferência Magna, nos seguintes Painéis: Saúde e Reabilitação Profissional, Educação Inclusiva, Acessibilidade, Geração de Ocupação e Renda e os debates

da plenária. A II Conferência contou com a presença de 151 pessoas entre membros das organizações não-governamentais, governamentais e sociedade civil. Compareceram 26 municípios, Conselheiros Estaduais, observadores e convidados, além de representantes de seis Conselhos Municipais dos dez criados no Estado (CEARÁ, 2008).

A participação em eventos também é decisiva para o empoderamento. Representantes do grupo focal tiveram a oportunidade de comparecer ao encontro de 2009 por estarem organizados, especialmente no grupo de formação do pré-conselho, constituído por uma equipe multidisciplinar: assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonaudiólogos, enfermeiras, educadores e representantes do Serviço Nacional de Emprego / Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (SINE/IDT), presidente da APNE, Pastoral dos Surdos e representantes do grupo focal. Assim, integrar um grupo multiprofissional é motivador e encorajador para as pessoas, independente de ter ou não deficiência.

Com base nas discussões e reflexões do grupo de formação do pré-conselho, organizou-se, por meio de várias reuniões, a I Semana Sobralense da Pessoa com Deficiência. Este evento foi fundamental para o empoderamento dos participantes do grupo focal, assim como para a comunidade de pessoas com deficiência e para o município de Sobral. Neste momento ocorreu a formação do Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência. As pessoas com deficiência presentes ao evento tiveram direito de votar e serem votadas. Foram, então, eleitos dois membros do grupo focal para os cargos de titular e suplente do Conselho, os quais demonstraram satisfação pela possibilidade de exercer seus direitos de cidadão, e, assim, poderem participar do manifesto público programado para o encerramento da I Semana Sobralense. Destaca-se, sobretudo, a organização do encontro intitulado “Acessibilidade como exercício da cidadania”, com vistas a validar a coleta de dados do grupo focal e demonstrar o empoderamento do grupo para a comunidade sobralense. Reafirma-se: a ação intersetorial se efetiva nas ações coletivas. Porém a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais, possibilitando a descoberta da caminhada para a ação (CORMELATO *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2006).

Como mencionado, é expressivo o número de pessoas que possuem alguma deficiência no mundo e em especial no Brasil. Para estas pessoas, é ainda mais urgente a necessidade de empoderamento. Ser empoderado exige reflexões por meio da educação, como fator fundamental para a conquista da cidadania. Desse modo, as pessoas com deficiência poderão alcançar uma vida com qualidade, digna e satisfatória, a partir do entendimento das

características e necessidades individuais. Consequentemente, obterão o compromisso com o atendimento às diferenças presentes na humanidade. Para qualquer pessoa, quer viva ela com uma deficiência ou não, a educação constitui o grande diferencial para se conseguir êxito nos propósitos almejados (GAIO, 2004).

Muitas vezes, acredita-se que as pessoas precisam refletir sua existência independente da situação de deficiência ou não, no intuito de avaliar as formas de enfrentamento, com vistas a obter mudanças positivas, voltadas ao empoderamento. Estar empoderado significa ter liberdade para tomar as próprias decisões, munidos de informações para isso (NEVES; CABRAL, 2008).

Na contemporaneidade, a informação perpassa pelo contexto da participação social do envolvimento com políticas públicas. Para os (as) enfermeiros (as), em particular, isso envolve processo de gestão como pessoa, mas, também, como profissional imbuído da responsabilidade social de cuidar do outro tanto na assistência hospitalar quanto nos serviços de saúde em geral.

Para ampliar sua situação, este profissional deve participar das interrelações na gestão social, e, desse modo, colaborar para a efetivação das políticas públicas, como fator de empoderamento. Assim, como o atual contexto da gestão social exige, o conjunto das políticas públicas e as instituições que as programam devem redimensionar o processo de formular e operacionalizar suas estratégias e ações. Além disso, cabe instaurar modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e atuação dos usuários e demais interlocutores nas decisões e ações das diversas políticas públicas.

As atitudes de participação social representam sempre uma forma de poder. Este poderá se transformar em relações partilhadas entre Estado e sociedade e por isso passam a determinar mudanças na cultura das instituições públicas e de seus agentes nas capacidades propositivas (CORMELATO *et al.*, 2007).

Consoante se acredita, o empoderamento advém, sobretudo, da educação, formação, informação, conhecimento, participação social, reflexões aprofundadas, associado a diversos fatores. Entre estes, os expostos na figura 3, síntese dessa pesquisa, inerente aos resultados das sessões do grupo focal. Como consta nesta figura, o empoderamento deverá ser algo construído a partir de uma base de discussões, como ocorreu nas sessões do grupo focal, seguida por todas as conquistas alcançadas pelo grupo, por meio de pequenos ensaios de participação, até a entrega da carta de reivindicações ao poder público.

8 SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL

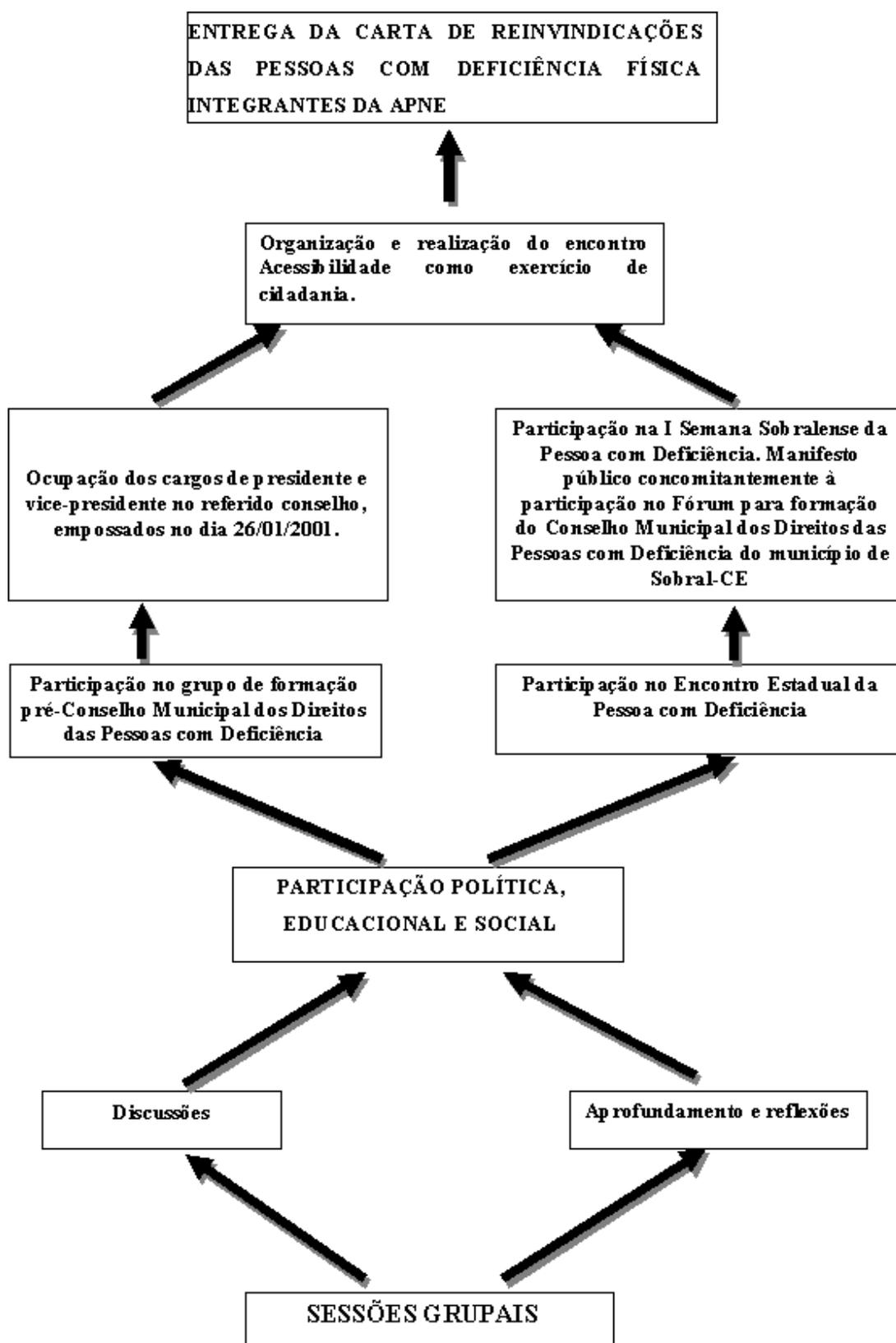


Figura 3 - Síntese dos resultados das sessões do grupo focal das pessoas com deficiência física com vistas a se empoderarem para reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese ora apresentada não pretende encerrar nenhuma verdade, apenas trazer reflexões inacabadas segundo as quais o ser humano constrói suas realizações por meio da colaboração, dedicação e cooperação de outras pessoas. Formar o grupo focal se constituiu um grande desafio, a procura do novo, do desconhecido, do incerto. Buscava-se o aprofundamento de uma discussão permeada pela insegurança, preconceito, medo de não saber lidar com a temática, da ideia de não ser aceita, de não conseguir mostrar a importância das discussões e não obter adesão das pessoas com deficiência. Porém, quando se encontram no caminho pessoas solidárias, esclarecidas e, sobretudo, ávidas por enfrentar e vencer desafios, deslumbram-se possibilidades e novas perspectivas. Então, aquilo que parecia impossível torna-se viável e real. As sessões do grupo focal propiciaram o alcance do objetivo proposto: empoderar as pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis.

Afirma-se que as pessoas com deficiência físicas foram empoderadas. O objetivo da pesquisadora nesta tese foi alcançado e defendido. Como evidenciado, as sessões do grupo focal foram determinantes para a superação das fragilidades que ainda representavam impedimento à concretização do alcance do objetivo sugerido. Nesse processo, foi necessário se estabelecer mecanismos de superação dos obstáculos: receptividade recíproca, empatia, motivação, interação, articulação, convicção de valores, tanto da pesquisadora e da equipe quanto do grupo. E, particularmente, de demonstração de interesse pela temática, com vistas a despertar interesses semelhantes.

A tese, além de contribuir para o empoderamento das pessoas com deficiência física, contribuiu também para promover a participação social atendendo a um dos princípios do SUS. Inicialmente foi difícil manter o contato com o grupo para promover a sensibilização e formar o grupo focal, pois a APNE estava desarticulada. Igualmente, foi difícil chegar até o novo presidente por falta de conhecimento das pessoas sobre a existência da associação e também porque ele ainda precisava ser empossado. Ao encontrá-lo, surgiram novos ânimos, pois o medo e a insegurança sentidos eram ocasionados pela instabilidade organizacional do grupo. Isso poderia gerar a impossibilidade de trabalhar com o tão sonhado grupo, imaginado e planejado desde o desenvolvimento da dissertação de mestrado, quando se fez o diagnóstico da falta de acessibilidade aos serviços hospitalares, com a ideia de que o passo seguinte seria a construção dos espaços acessíveis. Com esta finalidade, contactou-se o presidente da APNE,

em 2007.1, o qual se mostrou receptivo à iniciativa da pesquisadora. Esta receptividade foi ainda maior ao compreender que a pesquisa proporcionaria relevante contribuição para os associados da APNE. Porém a associação ficou desarticulada por algum tempo.

O desejo de trabalhar com o referido grupo crescia a cada dia. Diante da situação, o projeto foi levado ao atual presidente, ele também se mostrou totalmente favorável à proposta e aceitou colaborar. Após tomar posse no cargo, convocou os associados para a primeira reunião. Embora esta tenha sido motivadora, animadora, novas expectativas se criaram. Dessa maneira, as sessões eram sempre esperadas, desejadas. Com o passar do tempo, descobriu-se que esta ansiedade e espera não eram exclusivas da pesquisadora, e, sim, de todos que constituíam o grupo focal.

Essa descoberta foi valiosa, transmitia sentimentos de segurança e realização. Além disso, associada à empolgação, à profundidade e à propriedade como as temáticas eram discutidas, significava o empoderamento do grupo. Assim, a cada sessão manifestava-se uma enorme satisfação, pois se percebia que o alcance dos objetivos estava se estabelecendo. Foram muitos momentos gratificantes, como a vontade do grupo de sair do anonimato, representado pelo desejo de ser protagonista de sua história, querer se mostrar para a sociedade em busca de reconhecimento.

A concretização dos desejos das pessoas com deficiência se fortalecia nas sessões do grupo focal, em face das discussões seguidas de reivindicações para participar de manifestos públicos, solicitar a presença das autoridades no intuito de apresentar suas necessidades e manifestar seus desejos. Também era motivo de felicidade o interesse do grupo em promover lazer em espaço público, como forma de participação social, demonstração de empoderamento, superação das dificuldades e, de certa maneira, aceitação da deficiência ou decisão para enfrentá-la.

Tais reflexões apontam para o esforço das pessoas com deficiência para vencer as adversidades, conviver com profissionais das demais áreas, nem sempre preparados, e, também, com os poderes públicos, a família e a sociedade em geral. É comum se enfrentar com menos dificuldade aquilo que é considerado normal dentro dos padrões preestabelecidos. Mas compreender que atualmente existem sinais de mobilização para estabelecer políticas públicas, com vistas a beneficiar as pessoas com deficiência, requer o empoderamento das próprias pessoas com deficiência. E não só delas, como de seus familiares, associada à contribuição dos profissionais de saúde, tanto da assistência quanto dos serviços e, principalmente, da academia para a construção dos espaços acessíveis.

Os profissionais de saúde que em seu cotidiano cuidam de pessoas com deficiência precisam estar sensibilizados para a problemática vivenciada por essas pessoas; precisa conhecer as leis que as amparam e estimulá-las na luta pelos seus direitos. Torna-se necessário fornecer informações aptas a possibilitar e favorecer a luta de vários segmentos da sociedade, na busca do direito de serem incluídos socialmente, na perspectiva de vencer as discriminações. Entre estas, as ocorridas particularmente com as mulheres, com os negros, com os sem-terra, com os portadores de deficiência. A enfermagem precisa estar inserida nesse processo. Tal inserção amplia o desenvolvimento do seu papel social como categoria profissional da área da saúde.

Experienciar a técnica de grupo focal com os participantes da APNE proporcionou autonomia para confirmar que embora as pessoas mantenham seus sonhos e anseios adormecidos, ao encontrarem terreno fértil, como, por exemplo, apoio e estímulo, são capazes de demonstrar a força interior e a capacidade de lutar para a realização do alcance de suas ideias. Exige-se, então, a sensibilidade das pessoas consideradas normais ou que estão fora da situação, mas com olhar crítico e dispostas a ouvir as necessidades individuais e coletivas. Dispostas a respeitar e apoiar as ideias, as concepções e os valores. Confiar nas potencialidades e ensejar às pessoas se descobrirem e percorrerem os devidos caminhos a serem desvendados para o empoderamento individual e coletivo.

Os participantes conseguiram espaço no manifesto público desejado, e, também, no I Encontro Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência, da I Semana Sobralense da Pessoa com Deficiência: iguais nas diferenças, promover o encontro intitulado “Acessibilidade como exercício da cidadania”, entregar carta de reivindicações às autoridades políticas.

Tais resultados são sinais de empoderamento do grupo, como demonstração de que o profissional de saúde pode apoiar em busca da realização dos sonhos das pessoas cujas potencialidades estão reprimidas em virtude de motivos, como: discriminação, ausência de oportunidade e de credibilidade por julgar que a falta de braços e ou de pernas impede a pessoa de pensar, de agir, exercer sua cidadania, viver com os mesmos direitos de todos os cidadãos.

Pelo ensinamento do grupo, trata-se de pessoas normais que podem e devem exercer seus direitos, deveres, obrigações; elas são capazes de despertar o amor e de viver esse amor com intensidade e constituir família, amar e serem amadas, trabalhar, estudar, se divertir, participar, reivindicar. Basta propiciar-lhes oportunidade, ouvi-las e dar-lhes atenção,

tanto os familiares, a comunidade, quanto as autoridades, inclusive a comunidade acadêmica, a qual deve despertar para o poder que detém representado pelo conhecimento, pela capacidade de persuasão e formação de opinião. Deve direcionar tal poder para a reflexão e capacitação dos profissionais de saúde, com vistas a transformar a realidade das pessoas com deficiência, contribuir para a prática da legislação existente, no intuito de estabelecer o empoderamento. Esse representará a construção do aprendizado de acordo com as necessidades de dependência parcial ou total, conforme a situação de cada pessoa com deficiência.

Assim como não se conhece o ser humano em sua totalidade, também as necessidades das pessoas com deficiência nem sempre são conhecidas e são inerentes a cada um com todas as suas peculiaridades. Por isso é importante se despir de preconceitos e de conceitos. É preciso vencer principalmente um dos mitos da enfermagem, caracterizado pela ideia de apropriação e pelo poder sobre o outro; pensar que deve apenas planejar os cuidados, trazer as respostas prontas e indicar o que é bom e indispensável para a pessoa que naquele momento representa seu objeto de cuidado, e também o símbolo de pertencimento.

Isso demonstra o quanto é preciso respeitar: as diferenças, as particularidades, as necessidades, os sentimentos e os desejos. Sem a percepção de como agir para fazer o outro feliz, não será possível contribuir para que as pessoas compreendam a importância de lutar pelas suas causas e pelo próprio empoderamento. Com essas reflexões, indicam-se novas perspectivas, pois referido estudo não representa a finalização e sim o início de novas indagações, como, por exemplo: O grupo se disse empoderado para ir à busca do que precisa para seu crescimento e desenvolvimento. Emerge, porém, a pergunta: Qual a garantia de que permanecerá unido, organizado e motivado para exercer o empoderamento? Talvez a resposta surja por meio de outras propostas de pesquisa. Mais uma vez evidencia-se: o conhecimento e a pesquisa científica são inacabadas e, de certa maneira, uma indagação de pesquisa poderá sempre conduzir a novas indagações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. F. **O processo de inclusão de pessoas com deficiência na rede regular de ensino no município Rio de Janeiro – RJ.** 2007. 66 f. Monografia (Graduação) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA, A. L. J. Pessoa com deficiência em Portugal e Brasil: desafios para ações em saúde **Hygeia**, v. 2, n. 3, p. 47-56, 2006. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/>>. Acesso em: 29 dez. 2009.

ÁLVAREZ, P. S. **Empoderamento: recursos para conseguir igualdade de gênero.** Recife, PE: Líbero-Editor, 2007.

AMÂNCIO, C. Educação popular e intervenção comunitária: contribuições para a reflexão sobre empoderamento. *In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO*, 27., 2004, Caxambu. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPED, 2004. v. 1. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t064.pdf>> . Acesso em: 23 nov. 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced trauma life support student manual.** [S.l.]: [s.n.], 1996.

ANDRADE, G. R. B. **Grupo de apoio social no hospital: o caso do “Lutando para Viver”.** Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://esclerosemultipla.wordpress.com/2006/08/05/grupo-de-apoio-social-no-hospital-o-caso-do-lutando-para-viver/>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento.** São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** São Paulo: Hucitec, 2007.

ARAGÃO, A. E. de A. **Acessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares da cidade de Sobral-Ceará.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

ARAGÃO, A. E. de A.; PAGLIUCA, L. M. F. Serviços hospitalares: empoderamento das pessoas com deficiência física na construção de espaços acessíveis. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 8, n. 2, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, **NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** Disponível em: mpdft.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004. Acesso em: 20 de abril de 2010.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. (Handicapped) caregiver: he social representations of family members about the caregiving process. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 5, p. 770-780, 2006.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM D.; LIMA, D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 1, p. 67-77, 2008.

BAQUERO, M.; BAQUERO, R.; KEIL, I. **Juventude e capital social no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

BLANES, L.; LOURENÇO, L.; CARMAGNANI, M. I. S.; FERREIRA, L. M. Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 388-390, 2009.

BOWE, F. **Franquia handicapping América: barreiras aos povos**. 1978. Disponível em: <http://64.233.179.104/translate_c?hl=ptBR&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Disab>. Acesso em: 12 nov. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 out. 1989. p. 1920. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm>. Acesso em: 5 mar. 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência social-LOAS Lei 8.742, de 7 de 12 de 1993**. Disponível em: <<http://www.congemas.org.br/loas.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL, **Lei n.º 8.899, de 29 de junho de 1994. Publicada no DOU de 30 de junho de 1994**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8899.pdf>. Acesso em: 21 de fev de 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.899, de 29 de junho de 1995. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 1995. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8899.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL, **Carta para o Terceiro Milênio, aprovada em 1999**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/carta_milenio.pdf. Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000a. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2000. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=712.22499>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lei10098.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, **Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0028_M.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Habitação. **Política Nacional de Habitação**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.antac.org.br/pdf/relatos/3.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2009.

BRASIL, **Decreto 5626/05 | Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96150/decreto-5626-05>. Acesso em: 24 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2009

BRASIL, DIEESE, Negociações coletivas de trabalho – garantias a trabalhadores com deficiência. Ano 2 – Nº 17 – Fevereiro de 2006. Disponível em: http://www.dieese.org.br/esp/pesquisasindical/estpesq17_pessoasdeficientes.pdf. Acesso em: mar. 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Aprovada punição para uso das vagas de deficientes. Aprovada em 13 de setembro de 2007**. Disponível em: <<http://www.plenarinho.gov.br/noticias/reportagem-especial/aprovada-punicao-para-uso-das-vagas-de-deficientes>>. Acesso em: 28 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 2007. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 5 mar. 2009.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Brasil acessível: programa brasileiro de acessibilidade urbana: implementação de políticas municipais de acessibilidade**. Disponível em: <<http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/transporte-e-mobilidade/programas-e-acoos/brasil-acessivel/apresentacao/>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCELIN, D. G. Saindo da “escuridão”: perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. **Sociologias**, v. 6, n. 11, p. 300-327, 2004.

CAMPOS, P. M. X. **Deficiência e preconceito: a visão do deficiente**. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

CARVALHO, K. M. **Os desafios da inclusão da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho**. 2007. Monografia (Graduação) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. C. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CEARÁ. Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Relatório da II Conferência Estadual dos Direitos da pessoa com deficiência**. Fortaleza, 2008.

CEARÁ. Governo do Estado. Projeto de Lei nº 90/2006. Disponível em: <http://www.al.ce.gov.br/legislativo/tramitando/body/pl90_06.htm>. Acesso em: 11 nov. 2008.

COHEN, R. **Estratégias para a promoção dos direitos das pessoas portadoras de deficiência**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/artigo37.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, Supl., p.173-180, 2002.

COMINI, G. M., LIN, F. K., PLUCIENNIK, G. A. Evaluando el impacto de la participación: Utilização participativa de standards de meta-avaliação e desenvolvimento de empowerment avaliativo organizacional: possibilidades e limitações. Disponível em: <http://sistemas3.usp.br/tycho/ProducaoAcademicaIntellectualPessoaProducao?unidade=FEA&nivelFiltroProducao=2&anoProducao=2007&nivelProducaoClicado=13>. Acesso em: 21 dez. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, VI, 2005. **A Carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. Disponível: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

CORDEIRO, M. P.; SCOPONI, R. de S.; FERREIRA, S.L.; CAMILA MUGNAI VIEIRA, C.M. Deficiência e teatro: arte e conscientização. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n. 1, p. 2-10, 2007

CORMELATO, D.; COLLISELLI, L.; KLEBA, M. E.; ELIZABETH, M.; MATIELLO, A.; RENK, E. C. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál.**, v. 10, n. 2, p. 265-271, 2007.

CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. Mulheres (in) subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psicol.: Teor. Pesqui.**, v. 24, n. 2, p. 171-180, 2008.

COSTA, M. E. B. Grupo focal. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. Disponível em: <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/7/1/217-Lucio_Henrique_Oliveira.pdf.ov>. Acesso em: 24 nov. 2008.

CUBATÃO. Prefeitura Municipal. **Empossado o Conselho Municipal de Direitos das Pessoas com Deficiência.** Cubatão, 2009. Disponível em:<http://www.cubatao.sp.gov.br/publico/index.php?option=com_content&view=article&id=1837:empossado-o-conselho-municipal-de-direitos-das-pessoas-com-deficiencia&catid=10:noticias-da-cidade&Itemid=50>. Acesso em: 21 jan. 2010.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CURY, A. **Nunca desista de seus sonhos.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DIAS, M. S. A. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica.** Fortaleza: Edições UFC/UVA, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 22. ed. São Paulo: Ed. Graal, 2006.

FRANÇA, I. S. X. **Formas de sociabilidade e instauração da alteridade:** vivência das pessoas com necessidades especiais. 2004. 226 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

FRANÇA, I. S. X. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, vol. 43 n.º.1, p. São Paulo. 2009.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Ditos e não ditos sobre a integração social das pessoas com deficiência. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 61-62, 2002.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. **Formas de Sociabilidade e Instauração da alteridade:** vivência das pessoas com deficiência. Campina Grande, PB: EDUEP, 2008.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia:** o cotidiano do professor. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GAIO, R. Educação: possibilidades de uma vida com qualidade para os deficientes. **Movimento & Percepção**, v. 4, n. 4/5, p. 40-54, 2004.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem.** 3. ed. São Paulo: EPU, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A.; NUNES, C. P.; REIS, D. A.; HATEM, D. S.; LORENTZ, L. N.; FERREIRA, M. J.; DOMINGOS, M. C. A.; TEIXEIRA, M. J.; VIEIRA, M. L.; MONTEIRO, S. M. P.; CORRÊA, R. M.; VILAÇA, R. de S.; RABELO, V. C. M. **Cartilha da inclusão dos direitos da pessoa com deficiência.** Belo Horizonte: PUC Minas, 2000.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

HOROCHOVSK, R. R.; MEIRELLES, G. Movimentos sociais, participação e democracia. In: SEMINÁRIO NACIONAL, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Sobral, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Encontro internacional de estatísticas sobre pessoas com deficiência**. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=IBGE+e+CORDE%2C+Encontro+internacional+de+estat%3ADsticas+sobre+pe-soas+com+defici%3AAncia.++&btnG=Pesquisa+Google&meta=lr%3Dlang_pt&aq=f&q=>>. Acesso em: 24 jul. 2009.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. **Health Promotion Practice**, v. 2, n. 1, p. 43-67, 2001.

KLEBA, M. E. A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de empowerment. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000.

KLEBA, M. E.; CORMELATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342, 2007.

LAUTERT, L; ECHER, I. C; UNICOVSKY, M. A. R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.118-131, 1998

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2 , p. 32-38, maio 2004.

LEMES, L. C.; BARBOSA, M. A. M. Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 441-445, 2007.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Ed. Paloti, 2001.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACEDO, P. C. M. Deficiência física congênita e saúde mental. **Rev. SBPH**, v.11, n. 2, p. 127-139, 2008.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. Enfermeiros com deficiência física adquirida: reflexões sobre o cuidado e o cuidar em enfermagem. **Ciênc. Cuidado Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 321-328, 2002.

MARTÍNEZ, L. O. **Textos de la Ley 12/2003 de 10 de abril de la comunidad autónoma de Valencia sobre perros de assistência para personas com discapacidad**. Disponível em: <<http://www.eapv.org/defen.ani.perros.de.asistencia.discapacidades.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n.1, p. 37-43, 2007.

MELO, M. C.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n.1, p. 87-90, 2007.

MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A. P.; ROZA, D. M.; ROTERMUND, J.; BRITO, S.; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 19 n. 4, p. 955-963, 2003.

MEYER, M. J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, G. R.; PEDRO, E. N. R. Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 220-226, 2006.

NASCIMENTO, E. S.; MIRANDA, T. G. O trabalho e a profissionalização das pessoas com deficiência. **R. Faced**, Salvador, n.12, p.169-184, 2007.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 3, p. 552-560, 2008.

NUTBEAM, D.; HARRIS, E. **Theory in a NUTSHELL: a practitioner's guide to commonly used theoría and models in health promotion**. Sidney: University of Sidney, 1998.

OAKLEY, P.; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento**. São Paulo. Instituto Pólis, 2003.

OLIVEIRA NETO, F. S. de. **Proformar: contribuição para o empoderamento dos trabalhadores e integralidade no SUS**. Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Senac-São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.cread2008.com.br/programacao/trabalhos/955.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

OLIVEIRA, A. L. **O processo de empoderamento de mulheres trabalhadoras em empreendimentos de economia solidária**. 2006. 120 f Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

OLIVER, F. C.; TISSI, M. C.; AOKI, M. E. F. V.; VARGEM, T. G. F. Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 8, n.15, p. 275-288, 2004.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, B. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 1, p. 130-135, 2007.

ORSINI, M.; NASCIMENTO, O. J. M.; KALE, N.; GASPARETTO, M.; QUINTANILHA, G.; FREITAS, M. R. G.; MELLO, M. P.; JOPPERT, D.; REIS, C. H. M.; CARVALHO, B. de.; OLIVEIRA, A. S. B. Perfil clínico e funcional de pacientes com Síndrome Pós-Poliomielite: uma análise de 18 casos. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 45, n. 2, p. 25-31, 2009.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 68, 2009.

PAGLIUCA, L. M. F.; FIÚZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 411-418, 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; FRANÇA, I. S. X.; MOURA, E. R. F.; CAETANO, J. Á.; MACÊDO, K. N. F.; VASCONCELOS, L. R.; SILVA, J. F.; ARAGÃO, A. E. de A.; SILVEIRA, J. R. M. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. *In*: PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* (Org.). **Pesquisa para o SUS no Estado do Ceará**: coletânea de artigos do PPSUS. 1. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2007. v. 1, p. 143-170.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Cidadania e Administração Penitenciária. **Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência**. Disponível em: <http://www.secap.pb.gov.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=39>. Acesso em: 24 nov. 2008

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 91-94, 2007.

QUARESMA, R. Comentário á legislação constitucional aplicável às pessoas portadoras de deficiência. **Rev. Diálogo Jurídico**, n.14, p. 1-28, 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 2-18, 2004.

RIBEIRO, E. N.; PINHEIRO, S. A prevalência de portadores de deficiência no Parque de Antônio Vieira, Juazeiro do Norte, Ceará. **Rev. Brasileira Promoção Saúde**, v. 17, n. 1, p. 3-7, 2004.

SÃO PAULO. Lei Estadual nº 9.086, de 3 de março de 1995. Determina aos órgãos da Administração Direta e Indireta a adequação de seus projetos, edificações, instalações e mobiliário ao uso de pessoas portadoras de deficiências. Disponível em:<<http://www.deficienteeficiente.com.br/leis/9086.html>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SCRAMIN, A. P.; MACHADO, W. C. A. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 501 – 508, 2006.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SOUZA, A. L.; MONZANI, C. A.; DONINHO, C. A. G. F.; VISCONDE, N. A. T. E. **Educação inclusiva: o processo de inclusão das pessoas portadoras de necessidades especiais nas Redes de ensino público regular no município de Presidente Prudente.** 2006. Monografia (Graduação) - Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, 2006.

SOUZA, P. A. **O esporte na paraplegia e tetraplegia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SPIRIL, W. C.; LEITE, M. M. J. O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 3, p. 288-297, 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Edusp, 2001.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARÃES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. **Rev. Mal-estar e Subjetividade**, v. 6, n. 1, p. 182-200, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=79>. Acesso em: 19 nov. 2008.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** (Dissertação) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002a. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003402&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 29 nov. 2006.

TEIXEIRA, M. B. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl. 4, p. 153-162, 2002b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TONES, K. **Health education as empowerment from health promotion today.** London: HEA, 1995.

VALE, E. G. **Conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação.** 2008. 151 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. **Rev. Serv. Social Soc.**, v. 22, n. 65, p. 5-53, 2001.

VASCONCELOS, L. R. **Acessibilidade dos portadores de deficiência física:** obstáculos no percurso casa/unidade básica de saúde em Sobral 2003. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

VERANI, J. F.; PINTO, C. S. A erradicação da poliomielite no contexto dos programas de imunização. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 102-311, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n3/v6n3a11.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2009.

VERSCHUUR, C.; HAINARD, F. **Ciudades y empoderamiento de las mujeres:** luchas y estrategias para el cambio social. Madrid: UNESCO/NARCEA, 2006.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. de. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde Soc.**, v.15, n.3, p. 131-144, 2006.

ZANCHETTA, M. S; LEITE, L. C.; PERREAULT, M.; LEFEBVRE, H. Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnography study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 3, 2005 Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/35/14>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Associado da APNE:

Meu nome é Antonia Eliana de Araújo Aragão, sou enfermeira, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós – Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **Serviços hospitalares**: empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis, com o objetivo de desenvolver estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis nos serviços hospitalares.

. Dessa forma, venho convidar o (a) senhor (a) para participar dessa pesquisa. Os encontros serão realizados por meio de grupo focal. Para isso será necessário realizarmos de seis a nove grupos focais, os quais ocorrerão quinzenalmente em local e horário combinado entre o (a) senhor (a) e eu (Eliana). O grupo será coordenado por mim. Os grupos focais terão duração de uma hora a uma hora e trinta minutos e serão organizados por um tema-guia. Cada encontro contará com a participação de duas acadêmicas de enfermagem. Uma delas é pedagoga com especialização em psicopedagogia e a outra é filósofa. Essas participantes têm a função de observadoras. Os grupos focais serão gravados para facilitar a apreensão das falas. O (a) senhor (a) terá a garantia do anonimato, o direito de retirar seu consentimento caso não deseje continuar participando do estudo, sem sofrer nenhuma discriminação, prejuízo ou dano, assim como conhecimento sobre os resultados dessa pesquisa antes da apresentação à comunidade científica. Os resultados serão apresentados ao Curso de Doutorado em Enfermagem da UFC e à comunidade científica. Por isso sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos apresentados pela pesquisadora.

Em caso de dúvida entrar em contato comigo no seguinte endereço: Rua Manoel Pinto Filho n° 629. telefone: (88) 36131712 ou (88) 3614 3232, ou pelo e-mail antoniaeliana@superig.com.br, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), telefone: (88) 3377-4255. Informo que essa pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca.

Assinatura da pesquisadora

Termo de Consentimento Livre Pós-Esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro que após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Sobral, _____ de _____ 2008.

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE B - Guia de temas para sessão dos grupos focais

GRUPO FOCAL n° 1

Objetivo: Estabelecer o contrato grupal, estimular o entrosamento e iniciar o debate.

Guia de temas para o primeiro encontro com o grupo focal.

1 Agradecimentos, apresentação e dinâmica de integração.

2 Apresentação do projeto. Nessa apresentação foram focados: conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento **Metodologia:** A pesquisa foi do tipo pesquisa-ação. Para a coleta de dados foi utilizado o grupo focal.

Grupo focal: É uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais, nesse estudo denominada de grupo focal, com o grupo focal como um dos focos facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais. Diz respeito a um encontro no qual os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. Trata-se de um grupo operativo, com pessoas que possuem os mesmos objetivos.

No estudo em pauta o grupo procurou reivindicar espaços de acessibilidade aos serviços hospitalares. O grupo deverá ser composto por seis a dez participantes. No estudo ora apresentado o grupo foi composto por doze participantes. Como critério de inclusão constaram as pessoas com deficiência associadas a APNE há pelo menos um ano e que e que participaram das sessões do grupo focal de maneira que poderiam faltar a no máximo duas sessões.

A duração das sessões do grupo focal foi de aproximadamente uma hora a uma hora e trinta minutos. O grupo foi composto por uma moderadora (pesquisadora) e duas observadoras. A realização das sessões do grupo focal foi combinada com o grupo da APNE, no primeiro contato para definir data, horário e local.

3 Abertura do encontro: Constou de acolhida por parte da pesquisadora e das observadoras, apresentações e informações sobre a pesquisa, com foco nos aspectos éticos da pesquisa e processo de interação. O debate foi centrado no guia de temas com destaque para o cronograma (datas, horário), sigilo e uso de identificação/ gravação. Exibição de fotografias dos hospitais revelando a inacessibilidade.

4 Debate: A atividade teve por finalidade sondar as reações gerais e primeiras impressões: Qual sua opinião sobre o que foi apresentado? Você está disposto a colaborar com o projeto de pesquisa?

GRUPO FOCAL n° 2

Objetivo: Aprofundar a compreensão dos participantes sobre os conceitos expostos no primeiro encontro.

Conhecer os participantes e apresentar o projeto em multimídia.

Material de estímulo:

Resgate das discussões do primeiro encontro para encaminhamento e aprofundamento sobre:

O que você pode falar sobre os temas apresentados?

Qual seu sentimento sobre esses temas?

Em que você concorda do que foi apresentado?

Em que você discorda do que foi apresentado?

GRUPO FOCAL n° 3

Objetivo: Discutir os conceitos de deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento, segundo a opinião do grupo focal.

Material de estímulo:

Resgate das discussões do segundo encontro para encaminhamento e aprofundamento por meio de mapeamento semântico para levantar pontos fortes da discussão anterior e desenvolver mecanismos de estímulo para que o grupo discuta suas concepções sobre a temática.

O que você acha que é: deficiência física, espaços acessíveis, acessibilidade e empoderamento?

GRUPO FOCAL n° 4

Objetivo: Resgatar todas as discussões anteriores e verificar a contribuição para o alcance dos objetivos.

Material de estímulo:

Rever os pontos fortes das discussões anteriores e estimular o grupo apresentar opinião sobre a legislação das pessoas com deficiência. Legislação como proposta teórica possível de ser aplicada na prática.

Você tem conhecimento sobre a legislação da pessoa com deficiência física?

Você sabe dizer se existem situações nas quais essa lei funciona? Cite exemplos.

De que forma pode-se fazer a lei funcionar?

GRUPO FOCAL n° 5

Objetivo: Refletir sobre como as pessoas com deficiência física querem o hospital.

Material de estímulo:

Realização de mapeamento semântico para levantar pontos fortes da discussão anterior, encaminhando o grupo para falar sobre suas experiências de hospitalização e seus anseios por um hospital acessível.

Você já foi hospitalizado? Como foi essa experiência?

Você tem alguma sugestão para que os hospitais se tornem acessíveis?

GRUPO FOCAL n° 6

Objetivo: Motivar as pessoas com deficiência física a buscarem apoio nos poderes públicos para a construção dos espaços acessíveis.

Traçar forma de buscar apoio político para alcance dos objetivos.

Material de estímulo:

Como plano de ação conclusiva os sujeitos da pesquisa deverão convidar representantes dos serviços públicos e privados, assim como autoridades representativas do poder público para tomarem conhecimento do desejo do grupo para reivindicar espaços acessíveis aos serviços hospitalares da cidade de Sobral – CE.

De que maneira você imagina conseguir o apoio do poder público?

GRUPO FOCAL n° 7

Objetivo: Efetivar ações em demonstração de empoderamento do grupo, motivando as pessoas com deficiência física a buscarem nos poderes públicos apoio para reivindicar espaços acessíveis.

Material de estímulo:

Como plano de ação conclusiva os sujeitos da pesquisa convidaram representantes dos serviços públicos e privados, e as autoridades representativas do poder público para participar do encontro de acessibilidade como exercício de cidadania, com vistas a validar os resultados da coleta de dados e ao mesmo tempo promover o reconhecimento do grupo focal.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

743

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Parecer Consubstanciado

Parecer Nº. 743

Processo Nº. FR – 25149-

Título do projeto: **SERVIÇOS HOSPITALARES: Empoderamento das pessoas com deficiência física para a construção de espaços acessíveis**

Grupo: III

Nível: Não se aplica

Pesquisador (a) Responsável: **Antonia Eliana de Araújo Aragão**

Tipo de Pesquisa: **Descritiva, de abordagem qualitativa**

Instituição onde será desenvolvido: **Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA analisou na sessão do dia 06/05/2009 o processo Nº. FR – 25149, referente ao projeto de pesquisa: “SERVIÇOS HOSPITALARES: Empoderamento das pessoas com deficiência física para a construção de espaços acessíveis”, tendo como pesquisadora responsável **Antonia Eliana de Araújo Aragão**, cujo objetivo geral é “Construir espaços acessíveis aos serviços hospitalares locais por meio de uma proposta de empoderamento das pessoas com deficiência física”, tendo como objetivos específicos: “ Registrar as experiências das pessoas com deficiência física nas internações hospitalares”, “ Discutir a legislação sobre pessoa com deficiência física com os sujeitos do estudo” e “ Contribuir para o empoderamento das pessoas com deficiência física para obtenção de espaços acessíveis aos serviços hospitalares”.

Após a análise do protocolo de pesquisa e reconhecendo a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Sobral, 06 de maio de 2009.


Maria Amélia Carneiro Bezerra
Coordenadora do CEP/UVA



ANEXO B – Convite

Convite	ASSOCIAÇÃO DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO CEARÁ C.C.C. - 06.309.973/0001-93	A Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará tem a honra e o prazer de convidar a V. Sra. para participar do ENCONTRO INTITULADO “ACESSIBILIDADE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA”, promovido por esta entidade, momento em que será elaborada uma “Carta de Intenção” a ser entregue às autoridades envolvidas no projeto de Inclusão e Acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência na Região Norte do Estado do Ceará. CONTAMOS COM SUA PRESENÇA.			
		PROGRAMAÇÃO			
		Local: Auditório do SESC – Junco (ANTIGA COFECO)	Dia: 17 de novembro de 2009.	Horário: 18:00 horas.	
		HORÁRIO	Abertura - Apresentação de um número artístico pela Pastoral dos Surdos		
		18:00			
		18:20	Palestra – SESC e Seus Serviços Marta Távora - Gerente do SESC de Sobral-Ceará.		
		18:40	Palestra – Acessibilidade e Inclusão José Valmir Dias (Presidente da Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará).		
		19:00	Apresentação dos resultados da coleta de dados para validação Serviços hospitalares: empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis. Profa. Antonia Eliana de Araújo Aragão. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFC e Coordenadora do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA.		
		19:20	Tecnologia Assistiva, Profa. Dra. Lorita Marlena F. Pagliuca Professora Titular do Departamento de Enfermagem, Coordenadora de Ensino de Pós-Graduação e Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC.		
		19:40	A Visão do Sistema de Saúde de Sobral para com as pessoas com deficiência Dr. Carlos Hilton Albuquerque Soares Secretário de Saúde e Ação Social da Cidade de Sobral.		
20:00	Debates e Entrega da Carta de reivindicações.				
APNE- RNCE	♿	♿	TELEFONE CONTATO: (088) 9950.1388		

ANEXO C - Ata do I Encontro “Acessibilidade como exercício da cidadania”

Ata do I Encontro “Acessibilidade como exercício da cidadania”, promovido pela Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará. Aos dezessete dias do mês de novembro de dois mil e nove, aconteceu o primeiro encontro “Acessibilidade como exercício da cidadania”, promovido pela Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará. Estiveram presentes trinta e três participantes os quais representaram as seguintes instituições sobralenses: Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE, Sistema Nacional de Emprego/Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (SINE/IDT), Conselho Municipal de Saúde de Sobral - CMSS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, Pastoral da Saúde, Pastoral da Aids, Secretaria da Saúde e Ação Social, Hospital do Coração, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, corpo docente da UVA (representante do curso de Ed. Física), corpo docente e discente das Faculdades INTA (Instituto de Teologia Aplicada), representado pelos cursos de: Pedagogia, enfermagem, fisioterapia e serviço social e os participantes do Grupo Focal. Às dezoito horas e trinta minutos deu-se início à abertura do Encontro com a formação da mesa de Conferência composta pela Sr^a Sheila, coordenadora da área de saúde do SESC; Sr. José Valmir Dias, presidente da Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará; Profa MS Antônia Eliana de Araujo Aragão, Coordenadora do Curso de Enfermagem do INTA e doutoranda da Universidade Federal do Ceará-UFC; Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Professora do Departamento de Enfermagem da UFC e Coordenadora de Ensino de Pós-Graduação; Dr. Flavio Ximenes, Coordenador do Centro de Reabilitação e representante do Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral. Após a composição da mesa foi apresentado um vídeo de dez minutos com imagens de cadeirantes dançando. A Sr^a Sheila iniciou a conferência falando sobre os serviços do SESC e esclarecendo a ausência da Coordenadora geral do SESC, Marta Memória, explicou a missão do SESC que é contribuir na melhoria da qualidade de vida dos comerciários e de seus familiares. A seguir, o Sr. José Valmir Dias falou sobre as bases legais que regulamentam os direitos das pessoas com deficiência, como também a lei de cotas para as pessoas com deficiência física nas empresas, na qual para até duzentos funcionários, deverá ter no mínimo dois por cento de pessoas com algum tipo de deficiência, de duzentos a quinhentos são três por cento. O Sr. Valmir conclui sua fala apresentando imagens de estacionamentos, prédios públicos e privados que apresentam barreiras arquitetônicas impedindo a acessibilidade no município de Sobral. Prosseguindo as apresentações a Profa. Antônia Eliana apresentou os resultados com vistas a validar a coleta de dados com o grupo focal e demais pessoas presentes ao evento, defendendo a temática: Serviços hospitalares: empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis, na qual teve como sujeitos de sua pesquisa componentes da Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Ceará. Os resultados foram apresentados em forma de quadro para melhor compreensão dos presentes. Com o tema tecnologia assertiva a Profa. Dra. Lorita relatou sua experiência na caminhada com a temática da deficiência há dezoito anos. Foi explanado sobre as tecnologias assertivas, as quais tratam de um arsenal de recursos e serviços que contribuem para ampliar o funcionamento de pessoas com deficiência e consequentemente promovem a inclusão, por meio de adaptações físicas ou mudanças de postura. Apresentou também o eixo da promoção da saúde: empoderamento, autonomia e participação social e concluiu dizendo que a tecnologia é direito de acesso físico e de disponibilidade social. A principal barreira é a indisponibilidade das pessoas. Finalizando afirma: *as pessoas com deficiência devem utilizar mais a “máquina” política pelo empoderamento que conquistaram.* Em seguida Dr. Flávio Ximenes, com tema Visão do Sistema de Saúde de Sobral para as pessoas com deficiência,

inicia justificando ausência do secretário da saúde, pois o mesmo está em solenidade na câmara dos vereadores. Reforçou as bases legais da Lei orgânica da saúde, que preconiza sobre os direitos das pessoas com deficiência. Apresentou dados municipais de ações desenvolvidas para as pessoas com deficiência, falou da implantação do Centro de Reabilitação de Sobral, com aquisição de um carro adaptado para as pessoas com deficiência com capacidade para dezesseis pessoas. Logo após abriu-se para as perguntas dos participantes. O Sr. João Lourenço Portela, diretor do SINE/IDT de Sobral, perguntou ao Sr. Valmir como ocorre o processo de aquisição de cadeiras adaptadas para as pessoas com deficiência e também perguntou o que está sendo feito para facilitar a inclusão do deficiente no mercado de trabalho e acrescentou que em Sobral existem poucos cursos profissionalizantes para que eles possam assumir cargos e que também a família e a sociedade deverão buscar qualificar esses profissionais. Sr. Valmir respondeu que as cadeiras de rodas são entregues pelo município, por meio de solicitação por escrito. Ato contínuo Carla Mara, Educadora Física do NASF, questionou ao Sr. Portela se o SINE/IDT possui profissionais capacitados para fazer seleção das pessoas com deficiência, o qual respondeu que sim, mas com dificuldades. O Sr. Rejânio ressaltou ausência das demais secretarias do município de Sobral, pois a presença das diversas secretarias seria importante naquele momento. Dra. Ângela, terapeuta ocupacional do NASF, reivindicou capacitações do município para os profissionais de saúde com vistas a atender com eficácia as pessoas com deficiência. Dr. Flávio relatou que anotou a reivindicação e que a levará ao conhecimento do Secretário de Saúde e Ação Social, assim como ao prefeito. Encerradas todas as intervenções a Profa. Eliana conclui o evento apresentando a carta de reivindicação do grupo focal como fruto das sessões quinzenais com a qual, em sua opinião, representa uma semente para germinar frutos da sensibilidade pela causa das pessoas com deficiência. Assim dado por encerrado o I Encontro “Acessibilidade como exercício da cidadania”. Eu, Hermínia Maria Sousa da Ponte, lavro a presente ata.

ANEXO D-Carta de reivindicações

Nós, da **Associação dos Portadores de Necessidades Especiais da Região Norte do Estado do Ceará**, representando as Pessoas com Deficiência desta região, nos sentimos *empoderados* de acordo com os conhecimentos adquiridos como participantes da pesquisa *Serviços hospitalares: empoderamento das pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis*. Assim, assumimos o objetivo de desenvolver estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços acessíveis nos serviços hospitalares.

Sob amparo da legislação e das normas estabelecidas pela ABNT, nos dirigimos à sociedade sobralense através das instâncias governamentais e não-governamentais para manifestar as seguintes reivindicações:

1. Vagas para estacionamento demarcadas com símbolo internacional das pessoas com deficiência;
2. Instalação de semáforos nas proximidades dos hospitais;
3. Passagens para pedestres demarcadas e com placas de sinalização visual e sonora;
4. Rampas de acessibilidade com batentes;
5. Pisos antiderrapantes e varotáteis;
6. Atendimento prioritário seguindo a classificação de risco;
7. Profissionais com capacitação técnica e humanística para assistir a pessoa com deficiência e seus familiares;
8. Disponibilidade de quarto com acomodações acessíveis como largura das portas de entrada e de banheiros, altura dos chuveiros, aparelhos e utensílios sanitários;
9. Materiais e equipamentos reguláveis adequados às diversas necessidades, dentre eles cadeiras, camas, macas, mesas para exames ginecológicos, ultrasonográficos, raio-x e outros;
10. Equipamento sonoro/visual de comunicação do quarto com o serviço de enfermagem;
11. Aceitação de acompanhante sem especificação de gênero.

Sobral, 17 de Novembro de 2009.

ANEXO E - Carta enviada à primeira Dama do Estado

Senhora Primeira Dama,

Venho através desta, dar-lhe uma sugestão de a partir de agora os pneus pequenos de cadeiras de rodas serem infláveis, atualmente são macios.

94% dos cadeirantes dependem do Sistema Único de Saúde. Estes pneus infláveis, nesta carta mencionada, só tem na capital do Estado. Custa 70 reais o pneu (a unidade) e 30 reais a cama de ar (a unidade).

As fábricas me comunicaram que a circulação destes pneus é curta, por isso o custo é alto. Assim, se o Sistema Único de Saúde passar a fornecer as cadeiras com estes pneus a circulação será maior e os preços baixarão. E estes passarão a serem vendidos também no interior.

Atenciosamente,

José Grijalba Araújo

ANEXO F- Resposta da carta enviada à primeira dama do Estado

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Gabinete do Governador

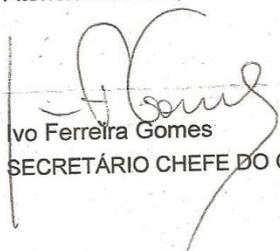
OFÍCIO CHGAB Nº 640/2009
Fortaleza, 29 de setembro de 2009

Ao Senhor
JOSÉ GUJALBA ARAÚJO
Rua Guilherme Henrique de Menezes, 332
62030-060 – Sobral / CE

Prezado Senhor,

Tenho a informar que o Governador Cid Gomes recebeu sua carta, datada de 9 de setembro, na qual o Sr. transmite sugestão relacionada a característica técnica das cadeiras de roda adquiridas, para doação, pelo Governo do Estado. De imediato, o Sr. Governador encaminhou a correspondência à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, orientando no sentido de que sua idéia seja examinada com toda a atenção. Externo, aqui, sinceros agradecimentos por sua contribuição, que objetiva beneficiar dezenas de cadeirantes em nosso Estado.

Atenciosamente,



Ivo Ferreira Gomes
SECRETÁRIO CHEFE DO GABINETE DO GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO G - Símbolo Internacional da Acessibilidade