

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

CÍNTIA MARA PERSONA NOGUEIRA

**O FISIOTERAPEUTA E A ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA**

**São Paulo
2007**

CÍNTIA MARA PERSONA NOGUEIRA

**O FISIOTERAPEUTA E A ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis.

Linha de pesquisa: Políticas e formas de atendimento.

São Paulo
2007

CÍNTIA MARA PERSONA NOGUEIRA

**O FISIOTERAPEUTA E A ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Fátima Aparecida Caromano
Universidade de São Paulo

A quem Dedico

*Ao meu pai e à minha mãe,
Wilson Nogueira e Elizabeth Persona Nogueira, que me educaram, ajudaram a
formar o meu caráter e me incentivaram a estudar e lutar por todos meus objetivos com
perseverança, fé e amor. Nunca desistindo de meus sonhos, pois sempre estariam sonhando
comigo.*

*Às minhas irmãs,
Thaissa e Mariana, pelo fato de existirem e serem tão presentes em minha vida.
Pela amizade, amor e paciência que a cada dia nos une mais, motivando-me a vencer mais
esta etapa. A minha sobrinha Júlia, presente tão precioso de Deus à nossa família.*

*Ao meu querido noivo Robson Augusto Pascoalini,
por estar sempre ao meu lado, dando estímulos que me impulsionaram a buscar e
alcançar este tão sonhado objetivo. Por seu amor e carinho que tornam meus dias mais
alegres e gostosos de viver.*

Agradeço de maneira especial,

*À Deus,
pois sem Ele nada seria possível. Por ter me abençoado com Sua graça durante
toda esta etapa de minha vida.*

*À Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis,
que se tornou grande exemplo de Mestre para mim. Agradeço por dividir seu
conhecimento e me orientar sabiamente, mostrando os passos a ser seguidos para conclusão
desta obra. Por sua atenção e dedicação constante, que junto às palavras carinhosas de
mestre e amiga me deram um grande incentivo.*

*Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
da Universidade Presbiteriana Mackenzie, que contribuíram na minha formação pelo ensino
brilhante.*

*Ao Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta,
a quem tive o privilégio de ser aluna e compartilhar do amplo e valioso
conhecimento que transmite aos alunos. Agradeço por contribuir no Exame de Qualificação
com sugestões necessárias para o amadurecimento da pesquisa.*

*À Profa. Dra. Fátima Aparecida Caromano,
por participar de forma especial do Exame de Qualificação e ajudar positivamente
no andamento da pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À coordenação do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR e aos professores por colaborarem na realização da entrevista e disponibilizar do local para a mesma ser efetuada.

À amiga Livia Joelma, companheira de Graduação de Mestrado, que fez diferença para o sucesso deste trabalho, pelos momentos compartilhados de aprendizagem constante, alegrias e tristezas. E pela amizade que, certamente se eternizará.

A todos os colegas de sala - turma do 2º Semestre de 2005, os quais permanecerão por toda vida em meu coração e dos quais levo ótimas lembranças. Agradeço por cada momento que passamos juntos, pela amizade e carinho que foram conquistados ao longo da caminhada.

Ao MACKPESQUISA e toda sua equipe, que me forneceram informações e recursos necessários para que eu tivesse o apoio financeiro desta pesquisa.

À querida Karla, excelente secretária do Curso de Pós-Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento, que nesses dois anos esteve sempre pronta a ajudar.

Aos demais professores, coordenadores e funcionários da Universidade Presbiteriana Mackenzie, sem os quais a Universidade não teria a mesma qualidade.

Aos queridos e atenciosos tios que admiro e amo muito, José Nogueira e Lucinda Nogueira Persona, pelo incentivo constante no curso de mestrado.

À minha irmã Mariana, e amiga Ana Paula Nunes Bigueti pela prontidão e disponibilidade que apresentaram em revisar minha dissertação.

A todos aqueles que de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

*“Onde não há conselho frustram-se os projetos, mas com a
multidão de conselheiros eles se estabelecem”. (Pv 15:22)*

*“Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o teu coração,
porque dele procedem às saídas da vida”.
(Pv 4:23)*

RESUMO

Após sua formação o fisioterapeuta se depara com os mais variados assuntos na sua prática diária e, a partir da experiência e vivência profissional na área o mesmo passa não somente a conhecer seus pacientes como também as dificuldades enfrentadas por eles nos diversos ambientes que ocupa, seja em situações de estudo, trabalho ou lazer. O presente estudo teve por objetivo identificar e analisar o ponto de vista dos profissionais da fisioterapia em relação à acessibilidade dos deficientes físicos. Foram entrevistados 10 fisioterapeutas que atuam na área de neurologia, junto a uma Universidade no Estado do Paraná. A partir dos resultados identificou-se a grande necessidade de apoio aos deficientes físicos visto que embora exista legislação específica sobre a acessibilidade não há serviços e suportes suficientes oferecidos para eles. Os entrevistados consideraram importante a abordagem da inclusão do deficiente físico durante a formação do fisioterapeuta, assim como a participação em debates, seminários e palestras sobre o tema. Considerou-se relevante também a abordagem dessa temática na formação dos novos profissionais, para que os mesmos possam desempenhar com maior consciência seu papel social no processo de reabilitação da pessoa com deficiência física.

Palavras-chave: Acessibilidade; fisioterapeuta; fisioterapia; deficiência física; inclusão.

ABSTRACT

After the graduation the physiotherapist find the most varied subjects in the daily practice and, starting from the experience and professional existence in the area the same happen not only to know your patients as well as the difficulties faced by them in the several atmospheres that he/she occupies, being in study situations, work or leisure. The present study had for objective to identify and to analyze the point of view of professionals of the physiotherapy in relation to the accessibility of the physical deficient ones. It was interviewed 10 physiotherapists that act in the neurology area, close to a University in the State of Paraná. Starting from the results it was identified the great support need to the physical deficient seeing that although there is specific legislation about the accessibility there are not services and enough supports offered for them. The interviewees considered important the approach of the inclusion of the physical deficient during the physiotherapist's formation, as well as the participation in debates, seminars and lectures about the theme. It was also considered important the approach of that thematic in the new professionals' formation, so the same ones can perform with larger conscience his/her social paper in the process of rehabilitation of a person with physical deficiency.

Key-words: Accessibility; physiotherapist; physiotherapy; physical deficiency; inclusion.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Normas Técnicas da ABNT sobre acessibilidade, divulgado pelo Ministério Público Federal, por intermédio da CORDE.....	15
QUADRO 02	Caracterização dos participantes de acordo com gênero, tempo de formado, tempo na instituição, carga horária e área de atuação.....	44
QUADRO 03	Percentuais de respostas do tema abordado às perguntas objetivas.....	47
QUADRO 04	Categorias de análise subdivididas para análise das questões abertas.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas.
a.C.	Antes de Cristo.
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
CAPES	Comissão Especial para Execução do Plano de Melhoria do Ensino Superior.
CIDID	Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens.
CNE/CSE	Conselho de Ensino Superior / Conselho Nacional de Educação.
CORDE	Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
CR	Cadeira de Rodas.
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
d.C.	Depois de Cristo.
dB	decibéis.
DF	Deficiência Física.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.
NBR	Normas Brasileiras.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 acessibilidade.....	18
1.2. inclusão.....	22
1.2.1. A inclusão e a formação do Fisioterapeuta.....	25
1.3. deficiência física.....	31
2. OBJETIVOS.....	39
2.1. objetivos específicos.....	39
3. MÉTODO.....	40
3.1. Participantes.....	40
3.2. Aspectos éticos.....	41
3.3. Local.....	41
3.4. Procedimentos.....	41
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
6. REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO 1	68
ANEXO 2.....	69
ANEXO 3.....	70

1. INTRODUÇÃO

O tema “acessibilidade” vem sendo estudado e discutido amplamente em espaços acadêmicos e políticos, considerando-se cada vez mais a necessidade de atendimento às especificidades de indivíduos diferentes, que devem, enquanto cidadãos terem preservado os direitos de ir e vir em lugares públicos e/ou privados.

As pessoas com deficiência física (DF) pertencem a um grupo, que apresenta necessidades especiais também no que se refere à locomoção de maneira que os locais de estudo, trabalho, lazer, moradia e outros devem seguir normas que garantam seu livre acesso. Para que elas possam, como aqueles que não têm deficiência física, estudar, trabalhar ou divertir-se em companhia dos outros.

O processo de reabilitação destas pessoas é planejado com o envolvimento de diferentes profissionais, que devem ter como meta final a inclusão social em diferentes ambientes, de acordo com a necessidade e o desejo daqueles que estão diretamente envolvidos neste processo - a própria pessoa com DF.

Entre esses profissionais está o fisioterapeuta, que planeja e executa as diferentes etapas deste processo, percebendo quais são os desejos e anseios de seus pacientes para que tenha subsídio para auxiliá-los na retomada da independência, seja ela pelo caminhar com o auxílio de órteses, bengalas, muletas ou andadores, ou ainda com o uso de cadeira de rodas (CR).

A legislação pátria determina e tem como objetivo a preservação do direito de ir e vir, que, quase sempre, depende da remoção das barreiras ambientais. Entretanto, sabe-se que nem sempre esta é seguida ou por si só garante essa liberdade.

Para nortear as modificações necessárias nas diferentes situações que enfrenta a pessoa com Deficiência Física, a ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – desenvolveu uma série de normas que procuram garantir exigências mínimas de acessibilidade.

A ABNT define acessibilidade como a “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbanos” (ABNT, NBR 9050).

Em documento datado de junho de 2004, o Ministério Público Federal, por intermédio da CORDE, reconhece a necessidade de divulgar pela internet as normas técnicas da ABNT no que diz respeito à acessibilidade (CORDE, 2006), conforme quadro 1.

É fundamental que a acessibilidade seja interpretada como elemento indispensável para a inclusão social de todas as pessoas nos diferentes espaços da vida pública ou privada. Ser acessível aos outros e ao mundo implica respeito recíproco à singularidade de cada pessoa e à pluralidade de condições e situações de vida que determinam a diversidade. No âmbito externo, a acessibilidade ao espaço social e público define-se pelas facilidades físicas, materiais e de participação ativa nas mais variadas instâncias do trânsito existencial, direta ou indiretamente, isto é, pessoalmente ou contando-se com a mediação de recursos humanos, técnicos ou tecnológicos. (MAZZOTTA, 2006, 42).

Diversas são as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência, que vão desde as barreiras arquitetônicas aos preconceitos impostos pela própria sociedade. Dentre as barreiras enfrentadas pela pessoa com deficiência, as barreiras físicas são as que mais a prejudicam no seu cotidiano (SANTOS, 2004).

- NBR 9050 – Acessibilidade a Edificações Mobiliárias, Espaços e Equipamentos Urbanos;
- NBR 13994 – Elevadores de Passageiros – Elevadores para Transportes de Pessoa Portadora de Deficiência;
- NBR 14020 – Acessibilidade a Pessoa Portadora de Deficiência – Trem de Longo Percurso;
- NBR 14021 - Transporte - Acessibilidade no sistema de trem urbano ou metropolitano
- NBR 14022 -Acessibilidade a Pessoa Portadora de Deficiência em Ônibus e Trólebus para Atendimento Urbano e Intermunicipal
- NBR 14273 – Acessibilidade a Pessoa Portadora de Deficiência no Transporte Aéreo Comercial
- NBR 14970-1 - Acessibilidade em Veículos Automotores- Requisitos de Dirigibilidade;
- NBR 14970-2 - Acessibilidade em Veículos Automotores- Diretrizes para avaliação clínica de condutor
- NBR 14970-3 Acessibilidade em Veículos Automotores- Diretrizes para avaliação da dirigibilidade do condutor com mobilidade reduzida em veículo automotor apropriado;
- NBR 15250 - Acessibilidade em caixa de auto-atendimento bancário.
- NBR 15290 - Acessibilidade em comunicação na televisão.

Quadro 1: Normas Técnicas da ABNT sobre acessibilidade

O profissional da fisioterapia tem suas possibilidades de atuação, uma vez que será necessária a sua intervenção com procedimentos específicos, principalmente no que se referem os aspectos ergonômicos.

A Fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo Decreto-Lei 938/69. Conforme o Artigo 3º, do referido decreto, “É atividade privativa de o fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”.

As pessoas com deficiência no Brasil enfrentam uma série de desafios e obstáculos no processo de inclusão social. Dentre eles, podem ser citados o acesso à escolarização, podendo isso estar associado à precária formação de professores, inadequadas condições físicas para o aluno e ausência de materiais diversificados, que possam subsidiar atividades pedagógicas. O mesmo pode ser observado em outras situações, como o trabalho e o lazer.

No Brasil, a organização de serviços para atendimento a cegos, surdos, deficientes mentais e físicos, iniciou-se no século XIX, e somente no final dos anos cinquenta e início da década de sessenta do século XX veio ocorrer na política educacional brasileira a inclusão da educação especial. Nesse período a educação especial apareceu na política educacional brasileira, e a ação governamental instituiu campanhas específicas para o atendimento dos portadores de deficiência auditiva, visual e mental. (MAZZOTTA, 2003).

Desde então, a educação especial tem tido grande avanço no processo inclusivo, embora ainda gere dificuldades, dúvidas e inseguranças para o professor e aluno com deficiência.

Levando em consideração a importância da educação e também da informação, Lima (2006) salienta que a educação e a informação são peças fundamentais, afinal uma pessoa bem informada é capaz não só de argumentar e reclamar, mas também de propor alternativas.

Hoje é sabido que já existem novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) que vêm se tornando, de forma crescente, importantes instrumentos de nossa cultura, e sua utilização, um meio concreto de inclusão e integração no mundo, segundo Levy (1999 apud Damasceno).

Um importante marco na legislação é a tecnologia digital, que deve ser acessível para toda pessoa com deficiência. No entanto, a ausência de informação e a falta de conhecimento das pessoas com necessidades especiais e dos profissionais podem ser consideradas um dos fatores que prejudicam o processo inclusivo.

A aplicação de tecnologias voltadas para a pessoa com deficiência já é parte da legislação brasileira: o Decreto No. 5.296 de 02/12/2004 que consolidou as leis de acessibilidade N^{OS}. 10.048 e 10.098, estabelece o prazo de 02/12/2006 para que todos os sítios públicos e de interesse público na internet, sejam acessíveis para esse público (LIRA, 2006, p. 41).

Desenvolver recursos de acessibilidade seria uma maneira concreta de neutralizar as barreiras e inserir o indivíduo com deficiência nos ambientes ricos para a aprendizagem, assim como combater os preconceitos a que o indivíduo está sujeito, pois no momento em que são dadas condições para interagir e aprender, explicitando o seu pensamento, o indivíduo mais facilmente será tratado como um “diferente-igual”... Ou seja, “diferente” por sua condição de apresentar necessidades especiais, mas ao mesmo tempo “igual” por interagir, relacionar-se e competir em seu meio com recursos mais poderosos, proporcionados pelas adaptações de acessibilidade de que dispõe. Esse indivíduo poderá, então, dar passos maiores em direção à eliminação das discriminações, como consequência do respeito conquistado com a convivência, aumentando sua auto-estima, porque passa a poder explicitar melhor seu potencial e pensamentos (SIMÕES, 2000).

Portanto é preciso intervir nesse aspecto para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Um dos profissionais que mais se aproxima vendo o deficiente físico neste aspecto é o fisioterapeuta, por ser um profissional habilitado a atuar na promoção de saúde, tratando, reabilitando e prevenindo em nível individual e coletivo (BARROS, 2002). Diante disso, torna-se importante conhecer o ponto de vista dos fisioterapeutas sobre acessibilidade para pessoa com deficiência física e suas intervenções no meio.

1.1. Acessibilidade

A acessibilidade é uma das questões centrais para a qualidade de vida e o pleno exercício da cidadania pelas pessoas com deficiência. Devido às dificuldades que encontram nos transportes públicos, locomoção urbana, entre outras barreiras, essas pessoas não praticam o direito que as pertencem de ir e vir. Enfim, deixam de participar dos diversos setores de educação, transporte e lazer.

A luta para garantir esses espaços de igualdade significa uma luta política, porque estar em sociedade para Moraes (2004), representa ter deveres e direitos, os quais devem ser obedecidos e respeitados no planejamento dos projetos públicos, e fica mais fácil alcançar tais espaços se as pessoas com distúrbios motores, desde crianças, já forem estimuladas a viver em sociedade. Além do mais, devido às suas dificuldades e limitações, essas pessoas necessitam também ter sua identidade reconhecida e romper com a tradição de uma sociedade que as segrega, uma comunidade que as marginaliza, estigmatiza e exclui.

A lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99 criaram a Corde (Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) em 24 de outubro de 1989, órgão da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Leitão (2006) mostra que a Corde seria responsável pela gestão de políticas voltadas para a integração das pessoas deficientes.

Essas normativas discorrem sobre o direito de acesso aos bens e serviços existentes na sociedade como sendo um Direito de Cidadania e um Dever do Estado, na perspectiva da inclusão e desenvolvimento dessa política no seio dos direitos humanos, com caráter universal, integral, equânime e com participação/controlado da sociedade organizada (LIMA, 2006).

Assim sendo, para que haja melhor acesso aos deficientes em geral é importante o papel do Estado assim como a atuação da sociedade civil num processo de construção, revisão e fortalecimento das políticas direcionadas para as peculiaridades de cada cidadão.

Analisando a intervenção do Estado, este se impõe como tarefas, a formulação das políticas e a administração das estratégias que garantam, às pessoas com deficiência, o acesso e o ingresso aos bens e serviços oferecidos pelo setor público e a sua permanência em todos os recursos disponíveis na comunidade.

Já à sociedade civil cabe o importante papel de mobilização dos agentes públicos e privados para que estes atuem efetivamente na execução de ações que conduzam as pessoas com deficiência ao exercício pleno de sua cidadania. (CANZIANI, 2006).

Nesse sentido, segundo Lima (2006), a CORDE tem como competência exercer o papel de Coordenadoria e articuladora das Políticas públicas na área da deficiência, buscando a intersectorialidade - atuando com os setores responsáveis pelas ações que se referem à qualidade de vida dessas pessoas com deficiência de forma inclusiva nas áreas de: saúde, educação, habitação, trabalho, cultura, entre outras, através de parcerias, unindo esforços e somando recursos financeiros.

Tendo em vista a existência de barreiras e irregularidades, foram realizadas tentativas legais para resolvê-las, sabendo-se que quando se fala em legislação, a acessibilidade pode ser interpretada como a eliminação de barreiras arquitetônicas, adequação de meios de transporte para pessoas com deficiência, provimento de equipamentos e recursos especiais para que tenham melhor acesso nos mais variados ambientes (OLIVEIRA, 2003).

E para favorecer o acesso do deficiente físico, é preciso mudanças e adaptações no espaço físico, projeto e indicação de mobiliários adequados, favorecendo nas diversas condições de educação, transporte, trabalho e lazer, evitando o agravamento de disfunções motoras, minimizando seus efeitos e promovendo habilidades (LAUAND, 2000).

A Lei Nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, 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 (REVISTA NEUROCIÊNCIA, 2006).

Vejamos as definições dadas pelo art. 2º desta lei:

- I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;
- II – barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas (BRASIL, 2000, Artigo 2º).

Essas barreiras podem ser:

- a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
- b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

- c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;
- d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa;

III – pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida: a que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo;

IV – elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamentos para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

V – mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

VI – ajuda técnica: qualquer elemento que facilite a autonomia pessoal ou possibilite o acesso e o uso de meio físico (BRASIL, 2000, Artigo 2º).

A pessoa com deficiência quer locomover-se livremente pelo espaço comum, sem necessitar da ajuda de terceiros. Deseja circular pelo pátio, utilizar os sanitários, ingressar pela entrada principal, sem depender da intervenção de ninguém, de maneira que não seja objeto de tratamento diferenciado e discriminatório.

Em 2004, foi editado o Decreto N.º 5296/2004, que regulamentou a Lei n.º 10.098/2000, a qual proporciona nos estabelecimentos de ensino, públicos ou privados, condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios e instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários.

1.2. Inclusão

Estudar a inclusão de pessoas com deficiência nos diversos ambientes sociais parece ser fácil do ponto de vista teórico, mas quando se volta para a realidade é possível observar os inúmeros desafios e dificuldades relacionadas à inclusão dessas pessoas, que são de ordem política, cultural, econômica e social.

Segundo Mazzotta (2002), a relação entre as pessoas e o vínculo entre elas é essencial quando se fala de inclusão, tendo em vista que há muito tempo tem sido discutida essa necessidade e a importância de cada cidadão estar junto com os demais em todos os contextos da vida social.

A inclusão é à base da vida social onde duas ou mais pessoas se propõem a, ou têm que, conviver; já que muitas vezes o convívio não depende apenas da vontade individual. E, conviver implica a presença de duas ou mais pessoas (MAZZOTTA, 2002, p. 10).

Quanto antes o indivíduo estiver junto e se relacionar com os outros, melhor será seu convívio, e seu próprio desenvolvimento. A inclusão deve começar na infância, pois desde cedo se quebram preconceitos e tabus. A inclusão não se faz num processo isolado da comunidade, ela envolve o indivíduo, a família e a sociedade, de maneira que estes três vértices ajam coligados.

É fundamental que a acessibilidade seja interpretada como elemento indispensável para a inclusão social de todas as pessoas nos diferentes espaços da vida pública ou privada. (MAZZOTTA, 2006).

Além da política pública e outras lutas pela acessibilidade, é preciso apoio da comunidade e família junto aos serviços públicos para prestar atendimento integral à pessoa com deficiência, pois é junto à família principalmente que se inicia o processo de inclusão.

Para os deficientes físicos e seus familiares a inclusão social é fundamental, pois além de ser um direito adquirido, proporciona o aprendizado de se relacionar com os outros, melhorar a auto-estima e permite que estes tenham mais autonomia e independência, seja na família, escola, trabalho, saúde, esporte, arte, turismo, lazer, etc., afinal, todo indivíduo deve ser tratado com igualdade, não apenas perante a lei, mas principalmente perante a ordem moral e social.

Lima (2006) diz que o mais importante nesse processo de inclusão é sentir o direito que se tem, é acreditar nele, é tirar a imagem de desamparado de dentro de si, é acreditar na própria cidadania, e isso não adianta estar escrito – temos que sentir - está dentro de nós.

Sendo assim, não é possível falar de inclusão sem abordar seu contraponto-exclusão, caso contrário obtém-se uma análise incompleta (CARVALHO, 2000).

O contingente de excluídos do acesso e usufruto dos bens e serviços historicamente acumulados é extremamente numeroso, e estes podem apresentar diminuição ou perda da auto-estima e da identidade.

Para todos os sujeitos o que institui a alteridade entre as pessoas com deficiência é a empregabilidade, acessibilidade e educação. A vivência dos portadores de deficiência é marcada pela ambivalência, pelo uso de estratégias e táticas de resistência objetivando a apropriação de espaços de atuação, o acesso a bens e serviços e a melhoria das condições de vida. (FRANÇA, 2004).

Um mundo inclusivo é onde todos têm acesso às oportunidades de ser e de estar na sociedade de forma participativa; onde a relação entre o acesso às oportunidades e às características individuais não são marcadas por interesses econômicos, ou pela caridade pública (CARVALHO, 2000).

O direito de ir e vir, interdependente com o direito à saúde, à educação, à cultura, à habitação, ao lazer, ao transporte, etc., representa elemento essencial à condição de sujeito e cidadão. (MAZZOTTA, 2006).

Cada pessoa mostra-se como um caso específico e merece atenção diferenciada, profissionais especializados e recursos adequados.

Ao referir-se a profissionais especializados, pensamos em interdisciplinaridade, a qual é marcada por um movimento de pensar, repensar, criar, recriar, reciclar e discutir, como menciona Graça (2006). Assim sendo, cada profissional apresenta um olhar diferenciado para o indivíduo em suas peculiaridades que, quando compartilhadas em equipe, podem além de enriquecer a compreensão sobre o mesmo, chegar a um foco conjunto de ação.

Nos últimos anos, várias vitórias foram conquistadas pelas e para as pessoas com deficiência. Na área trabalhista, diversas leis e convenções foram definidas no sentido de garantir o acesso ao mercado de trabalho para elas.

A garantia de acesso ao trabalho é prevista tanto na legislação internacional como na brasileira. No Brasil, as cotas de vagas para pessoas com deficiência foram definidas em lei datada de 1991, porém esta só passou a ter eficácia no final de 1999, com o decreto 3298 (LIMA, 2006).

Como a acessibilidade depende de toda sociedade, iniciativas diversas vêm ocorrendo no sentido de preparação dos futuros profissionais por algumas instituições de ensino, por exemplo, a apresentação da proposta da inserção temática “acessibilidade” ao meio físico na grade curricular de cursos de Arquitetura e Urbanismo (LANCHOTI, 1997).

Tais iniciativas visam o bem-estar de pessoas com deficiência, facilitando sua mobilidade, tendo em vista que as barreiras físicas são as que mais as prejudicam em seu cotidiano.

Os demais cursos que preparam profissionais nas mais diversas áreas para o mercado de trabalho necessitam dessa mesma preocupação, para que possa haver não só reflexão, como também um planejamento eficaz, de maneira que sejam definidos os papéis que cada um pode e deve desempenhar em seu exercício profissional, com base, é claro, nos princípios da acessibilidade e inclusão.

1.2.1. A inclusão e a formação do Fisioterapeuta

Dicionários de língua portuguesa definem a fisioterapia (do grego *phýsis*, natureza) como tratamento de doenças mediante massagens, exercícios físicos, aplicações de luz, calor, eletricidade e utilização de aparelhos mecânicos, elétricos e eletrônicos. E, pela mesma origem definem terapia (*therapeía*) como "método de tratar doenças e distúrbios da saúde, tratamento de saúde".

Desta forma, segundo a Resolução CREFITO-3 de 18 de Agosto de 2006,
Fisioterapia:

“É uma ciência aplicada tendo por objeto de estudos o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico utiliza conhecimentos e recursos próprios, utilizando-os com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, além de agentes cinésio-mecanoterápicos e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área” (www.crefito.com.br).

Tendo em vista as várias áreas de atuação do profissional fisioterapeuta, a Resolução Crefito-3, o define como profissional da saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, à prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, ao acompanhamento da evolução do quadro funcional e a sua alta do serviço.

Historicamente, observa-se que a fisioterapia por fazer parte de uma área da saúde, sofreu várias oscilações, como ocorreu em outras áreas no decorrer dos séculos, dependendo de cada época, das quais teremos conhecimento a seguir.

Na antiguidade, entre 4.000 a.C e 395 d.C, havia uma preocupação com as pessoas que apresentavam “doenças”, e, com isso, pretendia-se eliminá-las, seria por meio de recursos, técnicas, procedimentos ou instrumentos que apresentavam. Os agentes físicos: sol, calor, água, eletricidade, massagens e exercícios físicos eram bastante utilizados como forma de tratamento, como mencionado por Shestack (1979) e Rebelatto (1999).

As pessoas não tinham interesses em formas preventivas, afinal o trabalho era voltado somente para a cura do indivíduo.

Na Idade Média, período compreendido entre os séculos IV e XV, predominou uma ordem social estabelecida no plano divino e os homens se organizavam hierarquicamente em clero, nobreza e camadas populares, cabendo a cada grupo uma função específica (REBELATTO, 1999).

Houve na época uma alta valorização da alma, também como um interesse pela capacidade física, e a prática do exercício físico que se difundiu na época posterior, o Renascimento.

Esse período compreendido entre o século XV e XVI, é descrito como um momento de crescimento científico. O interesse não se destinava apenas à cura, mas também ao estado físico normal, bem como ao culto à beleza física do homem e da mulher; e os valores morais, ressaltados por Rebelatto e Botomé (1999), que antes eram rígidos, decaem nessa época.

Após esse período, inicia-se a industrialização, ocorrida entre os séculos XVIII e XIX, que teve como característica o avanço na utilização de máquinas e uma decorrente transformação social. As classes dominantes voltavam a atenção para o sistema produtivo e para as atividades lucrativas, obtidas por meio do trabalho de uma população operária submetida a estafantes jornadas de trabalho. Houve em paralelo, os acidentes de trabalho.

As condições sanitárias eram precárias e as condições alimentares insatisfatórias, provocando assim, o aparecimento e proliferação de novas doenças.

Em decorrência das novas patologias e epidemias, as atividades profissionais concentraram seus esforços nas descobertas de novos métodos de tratamento das doenças e seqüelas, segundo Rebelatto (1999), deixando de lado a manutenção de uma condição satisfatória de saúde, como era na época renascentista, assim como a forma preventiva.

A atenção voltada ao tratamento fez surgir as especializações médicas, e o corpo de conhecimentos ou as formas de trabalho que viriam caracterizar a Fisioterapia parecem ter seguido a mesma direção, no sentido de compartimentalizar áreas de estudo e campos de atuação profissional (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Enfim, chegando final o século XX para o século XXI, percebem-se alterações na fisioterapia, junto às alterações de cada época. Entre elas, o reconhecimento da

fisioterapia como profissão, que ocorreu dali a aproximadamente 30 anos, através do Decreto Lei 938 de 13 de Outubro de 1969, conforme dispõe o artigo 3º:

Artigo 3º- “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”.

Conclui-se que a atividade da fisioterapia é privativa do profissional legalmente habilitado para exercê-la.

A habilitação para o exercício da Fisioterapia é obtida mediante um curso de graduação no qual o acadêmico se torna apto a habilitar, reabilitar, prevenir ou manter as funções normais das estruturas físicas para que o indivíduo conviva em sociedade, realizando suas atividades de vida diárias de forma independente, como determina a resolução nº CNE/CSE 4, de 19 de fevereiro de 1983 (MORAES, 2004, p.28).

Em 12/09/2001, o Colegiado de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (FONSECA, 2000).

Visando à graduação de um profissional com ampla e sólida formação universitária, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País, através da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995. Os conteúdos curriculares desenvolvidos durante todo curso de Fisioterapia contemplam seis linhas específicas de conhecimento, devendo-se destacar alguns tópicos que são propostos e que, pressupõem-se,

estejam relacionados tanto à formação específica para a profissão como à atuação mais abrangente e de caráter social do fisioterapeuta:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes à pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano (BRASIL, 1995, Art. 6º).

Anos atrás, mesmo tendo seus direitos, os fisioterapeutas precisavam lutar em busca de seu espaço para que projetos que favorecessem a população deficiente fossem aceitos, e a profissão fosse tendo mais valor.

Nos anos 80 circulou um projeto na câmara dos Deputados, onde seria criado o Instituto Nacional de Reabilitação, com o intuito de atender à população com deficiência física, mas não obteve sucesso e não foi aprovado (LEITÃO, 2006).

E como citado anteriormente, nos anos que se seguiram foi criada a Corde como norteadora das Políticas Públicas. Embora o avanço da fisioterapia seja

considerável, ainda assim é preciso esclarecer à população sobre qual é o papel fundamental desta profissão na saúde.

Barros (2002) defende a classe fisioterapeuta, confia na competência dos profissionais e acredita no futuro da fisioterapia na Saúde Pública. Órgão com déficit de profissionais atuantes, o que de fato contradiz com a realidade dos profissionais segundo ele. Pois, se os fisioterapeutas são excelentes técnicos, se podem crescer enquanto políticos e se querem transformar podem fazê-lo; isto é, são competentes e podem chegar ao objetivo almejado. Ele diz que se os profissionais fizerem, a Fisioterapia cresce e isto significa, em última análise, o reconhecimento do trabalho da Fisioterapia.

“Nós fisioterapeutas, antes de tudo, somos profissionais transformadores. Transformamos a realidade que nos cerca. Transformamos um joelho lesado em um joelho apto à funcionalidade. Transformamos em qualidade de vida nossos atos dirigidos ao paciente. Mas, temos potencial de fazer mais, transformar mais, crescer na nossa ação por uma sociedade inclusiva, socialmente justa, igualitária, onde a saúde seja um direito” (BARROS, 2002, p.237).

1.3. Deficiência Física

As condições atuais de vida, traduzidas pela acessibilidade, inclusão social e satisfação pessoal são motivos de inquietação para a população com deficiência, por isso é importante darmos ênfase nesse assunto para pensar em possíveis mudanças que as beneficiem.

Quando se trata de conceitos e terminologias em geral, é preciso uniformidade entre os profissionais das diferentes áreas que atuam na vida das pessoas com deficiência.

E com este propósito de contribuição, em 1980 foi publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Manual de Classificação das Deficiências,

Incapacidades e Desvantagens – CIDID-1, com título aprovado inicialmente no ano de 1976 em caráter experimental, na língua inglesa como International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. E houve a tradução para o português em 1989 (AMIRALIAN, 2000; MAZZOTTA, 2002).

A CIDID apresenta o conceito de deficiência, incapacidade e desvantagem, qual seja:

Deficiência: No domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

Incapacidade: No domínio da saúde, incapacidade corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma atividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

Desvantagem (HANDICAP): No domínio da saúde, desvantagem (*handicap*) representa um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores sócio-culturais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 1989, p. 35-37).

Assim, para Moraes (2004), deficiência, “disability” (em inglês), “discapacidad” (em espanhol) e “handicap” (em francês) são os termos recomendados aos países que formam as Nações Unidas.

As classificações são justificadas para a adoção dos códigos: D (deficiências), I (incapacidades) e DV (desvantagens ou handicaps).

O presente estudo estará abordando sobre a pessoa com deficiência, especificamente sobre a deficiência física, tendo em vista que o fisioterapeuta tem grande relação com essas pessoas, incluindo situações de seu estudo, trabalho e lazer. Não somente os fisioterapeutas, como outros profissionais da mídia podem ajudar a formar uma imagem positiva, humana, da pessoa com deficiência, através de mensagens edificantes verbal e visualmente.

As condições sanitárias das cidades e a rede de assistência de saúde às populações desde a revolução industrial têm sido precárias e hoje constituem ainda um dos problemas mais graves do país (LEITÃO, 2006).

O Brasil é um país com profundas desigualdades econômicas e sociais. O desenvolvimento econômico não trouxe benefícios para as populações de todos os estados. O rendimento dos 10% mais ricos é cerca de trinta vezes superior aos 40% mais pobres.

Ter uma deficiência física não se restringe à apresentação de uma dificuldade motora, sendo assim, a saúde não será só o restabelecimento do movimento alterado ou perdido, mas a possibilidade de realizar atividades, a partir de uma determinação interna, pessoal, e não apenas uma aproximação dos padrões de normalidade (TAKATORI, 2003).

O Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e consolida as normas de proteção, e dão outras providencias.

No artigo 3º, considera-se:

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

II- deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III- incapacidade- uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999, Artigo 3º).

No artigo 4º, considera-se pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

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

II-deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
- b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) acima de 91 db – surdez profunda; e
- f) anacusia;

III-deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IV-deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V-deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999, Artigo 4º).

O Artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, foi alterado pelo Artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, no qual é considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

Art. 4º - É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I – deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da

função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;

III – deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

IV – deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) Cuidado pessoal;
- c) Habilidades sociais;
- d) Utilização dos recursos da comunidade;
- e) Saúde e segurança;
- f) Habilidades acadêmicas;
- g) Lazer; e
- h) Trabalho;

V – deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004, Artigo 70°).

A fim de compreender as características dos comprometimentos que podem ocorrer na deficiência física, Nambu (2003) apresenta as definições de alguns acometimentos físicos:

- Paraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores;
- Paraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- Monoplegia – perda total das funções motoras de um só membro;
- Monoparesia – perda parcial das funções motoras de um só membro;
- Tetraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

- Tetraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- Hemiplegia – perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo;
- Hemiparesia – perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo;
- Amputação – perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro;

Jorqueira (2002), com base nas definições sobre deficiência física, descreve deficiência física com e sem comprometimento neurológico, que podem decorrer em possíveis dificuldades no controle do equilíbrio, no controle da postura, no controle e na função do movimento, na coordenação motora, na locomoção, entre outras peculiaridades.

- Deficiência Física sem Comprometimento Neurológico – comprometimento das funções físicas e das habilidades motoras por fatores de causalidade puramente física e motora.

- Deficiência Física com Comprometimento Neurológico – comprometimento das funções físicas e das habilidades motoras associadas a comprometimentos neurológicos.

Com o intuito de revelar o quadro real das deficiências físicas no Brasil, serão exibidos os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000.

O IBGE constatou que o número de pessoas com deficiência física ultrapassa 24,5 milhões, numa população de 169 milhões de habitantes.

Segundo Leitão (2006), os dados do IBGE revelam que o Brasil possui cerca de 24.600.256 pessoas que se tem algumas dessas deficiências: deficiência mental permanente; tetraplegia, paraplegia, hemiplegia; falta de membro ou parte de um membro; incapaz, com dificuldade permanente de enxergar; ou incapaz com dificuldade permanente para ouvir.

Esses dados estatísticos contrastam com os percentuais da Organização Mundial de Saúde, que sugere a existência de 10% de pessoas deficientes na população mundial. Além de que não coincidem com os de alguns países conforme se extraiu do site. O site U.S. Census do governo americano relata que o censo de 1995 mostrou que havia nos EUA 20% de pessoas com algum tipo de deficiência, número que se aproxima do que ocorre no Brasil.

Abaixo estão apresentados os percentuais sobre pessoas no Brasil com deficiência segundo dados do Censo 2000:

- Deficientes visuais: 48,1%.
- Deficiências motoras: 22,9%
- Deficiências auditivas: 16,7%.
- Deficiências mentais: 8,3%.
- Deficiências físicas: 4,1%.

A acessibilidade se refere ao ambiente físico, meios de transporte e também acesso aos meios de comunicação como rádio, televisão. Todos esses direitos do indivíduo estão garantidos em lei, mas nem sempre são trazidos para a realidade.

Analisando o acesso ao mercado de trabalho, é possível observar que a inclusão facilita a vida de muitas pessoas com deficiência física, possibilitando o reconhecimento de sua capacidade laborativa e também como pessoa.

Na área da educação sabe-se que crianças e adolescentes com deficiência física sofrem com a adaptação arquitetônica e pedagógica das escolas em geral.

Deficientes físicos (não sensoriais) são os que, em virtude de limitações na sua capacidade de locomoção, postura ou uso das mãos, ou ainda limitação no vigor, vitalidade e agilidade, têm a sua escolarização comprometida em situações comuns de ensino (MAZZOTTA, 1993, p.22).

Tendo em vista as dificuldades físicas dessas pessoas, seriam necessários nas escolas de ensino regular serviços e recursos especiais que auxiliassem as pessoas com deficiência na estimulação de suas habilidades. Mas assim como há dificuldade em encontrar recursos especiais, também há dificuldade em encontrar profissionais especializados e habilitados para trabalhar com elas.

Para que as pessoas com deficiência possam ter o acesso à educação em sua plenitude, é indispensável que a escola de ensino regular se adapte às mais diversas situações, conforme as necessidades dos alunos inseridos em suas salas de aula (SANTOS, 2003).

Para possibilitar o acesso de pessoas com deficiência física, toda escola deve eliminar suas barreiras arquitetônicas, tendo ou não alunos com deficiência matriculados no momento, pois se não há alunos assim, um dia pode vir a ter ou até mesmo os alunos podem ter pais ou responsáveis nestas condições (Constituição Federal, Leis 7.853/89, 10.098/00).

Com as oportunidades de acesso ao trabalho, escola, entre outros, a pessoa com deficiência passa por sucessos e fracassos com sua deficiência. E na medida em que participam da sociedade, passam a explorar mais dela mesma, sendo vantajoso para ela e seus familiares.

2. OBJETIVOS

Conhecer o ponto de vista de um grupo de fisioterapeutas docentes do Estado do Paraná sobre a acessibilidade para a pessoa com deficiência física, incluindo vivências em situações escolares, de trabalho e lazer.

2.1. Objetivos específicos

- Conhecer como o tema acessibilidade é tratado nas relações entre o profissional fisioterapeuta e seus pacientes com deficiência física ou familiares;
- Conhecer como o tema acessibilidade vem sendo trabalhado na graduação em Fisioterapia pelos profissionais participantes.

3. MÉTODO

O estudo apresenta dados que são tratados quantitativamente, oferecendo um panorama geral em dados percentuais do público participante e oferecendo um perfil que poderá ser explicitado por gráficos e tabelas.

Esses dados são provenientes da coleta de dados a partir de entrevista cujo conteúdo foi analisado a partir do relato verbal dos entrevistados, caracterizando-se por uma análise descritiva e qualitativa dos dados. Os estudos qualitativos permitem maior aprofundamento e compreensão dos fenômenos estudados considerando aspectos ressaltados por Bogdan e Biklen (1992) como relevantes para a compreensão da situação evidenciada. Estes autores referem-se ainda a algumas características que norteiam a pesquisa qualitativa, como a realização da mesma em ambiente natural e a obtenção de dados a partir da descrição de situações e acontecimentos, podendo haver a transcrição de entrevistas e depoimentos, levando em consideração as diferentes formas de pensar dos participantes. A área da saúde, embora tradicionalmente experimental, vem ganhando novos adeptos e defensores dos estudos clinico-qualitativos (TURATO, 2003).

3.1. Participantes:

Participaram desse estudo 10 profissionais graduados em Fisioterapia com tempo de formação superior a cinco anos que atuam na área de neurologia infantil ou adulto junto a pessoas com deficiência física cujas seqüelas sejam decorrentes de lesões neurológicas ou síndromes que afetem a condição motora do indivíduo e que tenham imposto a condição do uso de cadeira de rodas ou outro equipamento de auxílio à marcha, como órteses, bengalas, muletas ou andadores.

3.2. Aspectos éticos:

A todos os participantes foi apresentada a carta de informação, com as devidas explicações sobre o estudo (anexo 1). Após a leitura da mesma, todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Antes de dar início a qualquer tipo de coleta de dados, o projeto teve a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie sob o processo CEP/UPM nº 970/04/07 e CAAE – 0020.0.272.000.07.

3.3. Local:

A coleta de dados foi realizada numa instituição universitária de atendimento ao deficiente físico sediada na cidade de Maringá, Estado do Paraná. A instituição oferece o serviço à comunidade e conta com fisioterapeutas em sua equipe. A instituição foi convidada a participar do estudo e recebeu a carta de informação e o termo de consentimento para ser assinado por um responsável (anexo 2).

3.4. Procedimentos:

O estudo foi planejado em fases distintas, seqüenciais, a saber:

Fase I:

- 1 Levantamento e atualização bibliográfica em base de dados lilacs e medline e banco de teses da Capes.
- 2 Contato inicial com possíveis locais para coleta de dados.
- 3 Apresentação da proposta e estabelecimento de acordo para autorização (carta de informação à instituição - anexo 2) das instituições convidadas.

Fase II:

Pesquisa de campo nos locais selecionados. A realização da coleta de dados foi efetuada individualmente, em local previamente reservado pela instituição, seguindo-se o seguinte roteiro para todos os participantes:

- 4 Agendamento de encontros com os participantes para aplicação do questionário de análise quantitativa e entrevista de caráter qualitativo.
- 5 Leitura da carta de informação ao sujeito e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- 6 Realização da entrevista, com registro simultâneo e posterior do conteúdo verbal do participante. Após esse registro, o mesmo foi encaminhado de volta a cada um dos entrevistados para que eles pudessem ter acesso aos dados e autorizassem a divulgação dos mesmos no trabalho.
- 7 Agradecimento pela participação e cadastramento de endereço se houvesse interesse em receber os resultados parciais ou finais simplificados do estudo ao final do mesmo.

Fase III:

- 1 Análise dos dados e redação do relatório final de pesquisa;
- 2 Envio dos resultados simplificados aos participantes que manifestaram interesse;
- 3 Apresentação dos resultados à comunidade científica e acadêmica em eventos científicos;

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 10 fisioterapeutas que atuam junto a pessoas com deficiência física de uma única instituição de ensino superior localizada na cidade de Maringá, Paraná. Apenas um profissional que atendia aos critérios de inclusão não foi entrevistado por indisponibilidade de horário nas vezes em que a pesquisadora foi à Universidade. As dez entrevistas foram realizadas em sete dias não consecutivos no mês de junho de 2007, conforme agendamento prévio da coordenação do curso. O perfil do grupo participante do estudo está caracterizado no quadro 2. Os profissionais estão identificados pela letra P seguida do número correspondente à entrevista.

	Gênero (Feminino ou Masculino)	Tempo de formado (em anos)	Tempo na instituição (em anos)	Carga Horária (horas/aula semanais)	Área de atuação em disciplinas ou estágio
P1	F	18	7	24	Neurologia e Geriatria
P2	M	6	6	28	Traumato-Ortopedia e Neurologia
P3	F	15	5	20	Neurologia
P4	F	12	5	20	Neurologia
P5	F	7	7	40	Neurologia
P6	F	24	5	24	Neurologia
P7	F	9	7	24	GO, Dermato-Funcional e Neurologia
P8	F	11	6	40	Cardiologia e Neurologia
P9	F	8	6	40	Neurologia
P10	F	7	5	24	Ortopedia e Neurologia

Quadro 2: Caracterização dos participantes

Dos 10 participantes apenas um era do sexo masculino e todos os demais do sexo feminino. O tempo de formado variou entre 5 a 24 anos, sendo em média 11 anos. O tempo de experiência docente na instituição foi em média 6 anos, variando entre 5 a 7 anos. Observa-se que todos os professores mantinham carga horária superior a 20 horas/aula, o que indica um bom vínculo com a instituição e favorece o envolvimento em projetos pedagógicos. As áreas de envolvimento dos docentes, em aulas teóricas ou supervisão de estágios, eram somente a neurologia (adulto ou infantil) em cinco casos e nos demais a neurologia somada a outras áreas de atuação, como Ginecologia e Obstetrícia e Dermato-Funcional, Cardiologia e Pneumologia, Traumato-Ortopedia e Reumatologia.

As entrevistas ocorreram conforme proposto, isto é, o pesquisador após o contato com a instituição e o parecer favorável do comitê de ética agendou horário com o coordenador de curso, que se dispôs a conversar com os professores para incentivar a participação no estudo. Foram então agendadas as entrevistas individualmente. O tempo de duração das mesmas foi em média 10-15 minutos e os professores reataram dispor de pouco tempo para responder às questões. Um dos participantes referiu logo no início não ter interesse no tema abordado, mas mesmo assim aceitou participar.

As entrevistas foram analisadas em duas etapas:

- a) Análise das questões fechadas, com quantificação dos resultados;
- b) Análise das questões abertas, a partir da criação de categorias de análise conforme Lüdke e André (1986), que ressaltam a análise das informações tenderem a seguir um processo indutivo, na qual a inspeção de forma recursiva permite a construção das categorias de análise.

Segundo Dencker (2001) quando queremos efetuar uma análise levantamos as informações por meio de um questionário aberto, que possibilita a obtenção da maior quantidade de informação possível.

a) Análise das respostas objetivas:

Foram feitas perguntas objetivas nas questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12.

Dos 10 entrevistados, todos já tinham ouvido falar em acessibilidade, porém foram unânimes em concordar que o tema não é suficientemente discutido entre os profissionais. Quanto à legislação, apenas 50% dos entrevistados referiram conhecimento, sendo que os demais referiram não conhecê-la. Em paralelo à legislação, questionou-se aos fisioterapeutas como eles considerariam seu local de trabalho em relação às recomendações legais que garantem acessibilidade à pessoa com deficiência física. Para 70% o local era considerado pouco acessível e 30% consideravam não ser um local acessível. Sobre possíveis mudanças, 80% dos entrevistados mudariam alguma coisa em seu ambiente de trabalho para facilitar a vida da pessoa com deficiência física, enquanto 20% não fariam mudança alguma. Quanto às respostas referentes à existência de relação entre acessibilidade e inclusão social, todos concordaram com a relação entre as duas. Também foi questionada a frequência em que os entrevistados conversam sobre acessibilidade com seus pacientes e familiares. 60% disseram que às vezes conversam, 30% disseram que sempre abordam este tema com familiares e pacientes, enquanto 10% relataram conversar frequentemente sobre o tema. Enquanto isso o percentual do tema abordado com alunos da graduação variou, sendo que 40% trabalham objetivamente o tema acessibilidade junto aos seus alunos, 30% relataram trabalhar às vezes e os 30% restante disseram não trabalhar sobre o tema com seus alunos.

Perguntas			
Ouviu falar em acessibilidade?	Sim 100%	Não --	--
O tema é discutido suficientemente?	Sim --	Não 100%	--
Conhece a legislação?	Sim 50%	Não 50%	--
Considera o local de trabalho acessível para a pessoa com deficiência física?	Muito --	Pouco 70%	Não 30%
Mudaria o ambiente de trabalho para facilitar o acesso?	Sim 80%	Não 20%	--
Há relação entre acessibilidade e inclusão?	Sim 100%	Não --	--
Conversa com pacientes e familiares sobre o assunto?	Sempre 30%	Freqüentemente 10%	Às vezes 60%
Trabalha esse tema com seus alunos?	Sim 40%	Não 30%	Às vezes 30%

Quadro 3: Percentuais de respostas às perguntas objetivas

b) Análise das respostas abertas:

Foram feitas perguntas abertas nas questões 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 e 13. As categorias de análise estão descritas no quadro 4:

CATEGORIA 1 (questões 1, 6 e 11)	Definição do conceito de acessibilidade	Sub categoria Relação entre acessibilidade e inclusão
CATEGORIA 2 (questões 3, 4 e 5)	Legislação e aplicabilidade	
CATEGORIA 3 (questões 2, 7, 8, 9, 12 e 13)	Discussão do tema acessibilidade em diferentes grupos	Sub categorias a) Profissionais b) Deficientes físicos e familiares c) Alunos de graduação
CATEGORIA 4 (questões 10 e 13)	Papel do fisioterapeuta nas propostas de acessibilidade	

Quadro 4: Categorias de análise

Categoria 1: Definição do conceito de acessibilidade

Essa categoria, além de conceitos, engloba também a relação entre acessibilidade e inclusão, pois algumas vezes as falas se mostram complementares em relação aos dois temas. Para dar início às entrevistas foi preciso saber qual o conhecimento que os profissionais fisioterapeutas tinham sobre o assunto, portanto a princípio definiram o que é acessibilidade.

De acordo com os fisioterapeutas, acessibilidade é o acesso que as pessoas com necessidades especiais apresentam, através da eliminação ou redução de barreiras físicas no ambiente de trabalho, na educação, saúde e lazer, proporcionando facilidade de acesso aos lugares públicos e privados. Citaram também o direito de ir e vir de forma independente como parte do conceito.

Essa concepção vai ao encontro das colocações de Mazzotta, que ressalta que: O direito de ir e vir, interdependente com o direito à saúde, à educação, à

cultura, à habitação, ao lazer, ao transporte. E representa elemento essencial à condição de sujeito e cidadão (MAZZOTTA, 2006).

De modo sucinto, o que transpareceu como conceito para o grupo foi a eliminação de barreiras arquitetônicas nas diversas situações. Também aparece nas falas a percepção do desejo da pessoa com deficiência em locomover-se livremente pelo espaço comum, sem necessitar da ajuda de terceiros. Sendo assim, para uma fácil e possível locomoção é necessária a adaptação arquitetônica do local através da eliminação de barreiras existentes, conforme fala dos entrevistados:

“Acessibilidade são adaptações arquitetônicas que permitem o acesso a pessoa com deficiência física a lugares públicos e privados” (P7).

As barreiras se dividem em barreiras urbanísticas, barreiras na edificação, barreiras nos transportes e barreiras nas comunicações, como se observa na Lei Nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000.

É importante ressaltar, como ocorreu na questão seis do questionário, respondida afirmativamente por todos os participantes, que é impossível fazer um estudo de acessibilidade não tendo conhecimento do que é inclusão e vice-versa, afinal pode-se dizer que as duas caminham juntas. De acordo com Mazzotta (2006) é fundamental que a acessibilidade seja interpretada como elemento indispensável para a inclusão social de todas as pessoas nos diferentes espaços da vida pública ou privada.

Para Carvalho (2000) um mundo inclusivo é onde todos têm acesso às oportunidades de ser e de estar na sociedade de forma participativa.

Na questão onze, também incluída nesta categoria por relacionar os temas inclusão e acessibilidade, foi feito um levantamento para saber como a acessibilidade pode interferir no bom aproveitamento nas situações escolares, de

trabalho e de lazer da pessoa com deficiência física, sabendo que esses locais devem seguir normas que garantem o livre acesso a essas pessoas.

Desenvolver recursos de acessibilidade seria uma maneira concreta de neutralizar as barreiras e inserir o indivíduo com deficiência nos ambientes ricos para a aprendizagem, pois no momento em que são dadas condições para interagir e aprender, explicitando o seu pensamento, o indivíduo poderá interagir relacionar-se e competir em seu meio com recursos mais poderosos, proporcionados pelas adaptações de acessibilidade de que dispõe. Esse indivíduo poderá, então, dar passos maiores em direção à eliminação das discriminações, como consequência do respeito conquistado com a convivência, aumentando sua auto-estima, porque passa a poder explicitar melhor seu potencial e pensamentos (SIMÕES, 2000).

Uma das respostas dos entrevistados dizia que *“primeiramente as pessoas precisam de oportunidades, seguidas de capacitação e dignidade”* (P6).

É preciso fazer com que as dificuldades sejam menores e isso irá gerar um maior acesso e disposição da pessoa com deficiência física. Observa-se que o entrevistado relatou seguindo o pensamento de Simões (2000).

Outros profissionais disseram que muitas crianças não freqüentam as escolas por falta de acesso ou ficam isoladas dentro da própria escola sem nela poder circular. Enquanto houver barreiras e dificuldades para o deficiente físico se locomover todos seus estímulos ficarão obstados, isso sem falar da auto-estima que irá à zero.

Quando há barreiras e dificuldades, não há estímulos para pessoas se deslocarem do local onde estão. Quando as dificuldades em todas as situações, tanto escolares, quanto no trabalho e lazer são minimizadas, um maior

aproveitamento é propiciado ao deficiente e sua possibilidade no meio social aumenta, resultando em sua inclusão no meio social.

Acreditando que em todas as situações, tanto escolares, quanto de trabalho e lazer, quando as dificuldades são minimizadas, é propiciado maior aproveitamento, aumentando a possibilidade do indivíduo no meio social.

“Na escola a compreensão dos colegas gera inclusão” (P2). “E caso não encontrem apoio podem se frustrar diante de algumas situações e desistir de certas metas” (P10). “Se a criança tem local acessível, consegue participar da atividade física, consegue chegar melhor na sala de aula, cantina” (P1).

Nessas falas ficam claras as preocupações dos entrevistados com a receptividade da turma que acolhe e a necessidade de liberdade no acesso para que a inclusão ocorra de modo positivo nas situações escolares. Fica clara também a relação entre inclusão e acessibilidade (MAZZOTTA, 2006).

Outro ponto levantado nas respostas foi em relação ao trabalho, chamando-se a atenção para a falta de condições adequadas e a presença de situações de discriminação. *“A pessoa com deficiência precisa sentar-se bem posicionada, tendo tudo próximo, computador, e se usar cadeira de rodas, que esta encaixe no local” (P1).* Enfim, é preciso adequação do ambiente tanto de trabalho quanto de estudo para melhora das condições de aprendizado, desenvolvimento e produtividade no trabalho. O ambiente bem planejado favorece o bem estar e as interações com outras pessoas.

No Brasil, as cotas de vagas para pessoas com deficiência foram definidas em lei datada em 1991, porém esta só passou a ter eficácia no final de 1999, com o decreto 3298 (LIMA, 2006). Contudo a existência, apenas, de uma legislação não é

suficiente, porque por si só ela não tem eficácia alguma, sendo necessária sua aplicabilidade pelo Estado em conjunto com toda a sociedade.

Sobre o lazer, poucas observações foram feitas, sugerindo que a preocupação do grupo participante esteja mais voltada às condições escolares e de trabalho. Entretanto, vale ressaltar que o lazer deve ser visto com a mesma dimensão quando se fala na luta pelos direitos da pessoa com deficiência, já que favorece o desenvolvimento e revela-se como uma situação de alto potencial educativo (BLASCOVI-ASSIS, 2001). Além disso, alguns estudos têm demonstrado que os investimentos em acessibilidade de locais de lazer vêm sendo escassos e mesmo quando o local dispõe de acesso, as normas da ABNT não são integralmente cumpridas (OPPERMANN, 2005).

Categoria 2: Legislação e aplicabilidade

Em questão de legislação o resultado mostrou que cinco dos profissionais relatou conhecimento, dois disseram conhecer pouco, enquanto o restante (três) relatou não conhecer.

Dentre as respostas descritivas foram analisados os aspectos da legislação citados pelos fisioterapeutas, a fim de justificar o conhecimento a que os mesmos se referiram.

Houve ênfase na resposta de um dos profissionais ao expor que a legislação é ótima, mas não funciona. Assim como a excelente norma que coloca todas as medidas de uma barra, escada, entre outras adaptações, e não existe uma fiscalização suficiente, que veja exatamente o que é necessário. Por ex.: “há rampas que escorregam que nem uma pessoa normal consegue subir. E o fiscal aprova porque não conhece” (P1).

Os entrevistados mostraram conhecimento sobre a legislação no aspecto de integração social, seguridade social, adaptações de barras, rampas e banheiros, transportes para deficientes físicos, escolas com adaptações, e também a colocação de símbolos de acesso em locais e serviços. Aspectos relacionados à isenção de impostos também foram citados.

Foi relatada a responsabilidade dos logradouros, isto é, as construções serem feitas com medidas específicas para cadeirantes; solos com saliência para deficientes visuais; traduções em braile em cardápios de restaurantes para deficientes visuais; sinalização específica para deficientes auditivos; e existência de tradutor em libras nas universidades;

Segundo a Lei Nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000 são estabelecidas normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de 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.

É importante conhecer o ponto de vista dos fisioterapeutas sobre acessibilidade a pessoas com deficiência física no local onde prestam atendimentos. No caso dos entrevistados a maioria considera o local pouco acessível diante das recomendações legais; em contrapartida, o restante já considera muito acessível.

Quanto se trata da saúde do indivíduo, sabe-se que é uma questão de necessidade, e para favorecer o acesso do deficiente físico, é preciso mudanças e adaptações no espaço físico, projeto e indicação de mobiliários adequados, favorecendo nas diversas condições evitando o agravamento de disfunções motoras, minimizando seus efeitos e promovendo habilidades (LAUAND, 2000).

Quando questionados sobre o que mudariam no ambiente de trabalho para facilitar a vida da pessoa com deficiência física, desconsiderando a minoria que nada mudariam, os entrevistados relataram eliminar o número de escadas, fariam a colocação de rampas menos inclinadas, ampliariam o acesso aos locais com rampas; fariam banheiro com portas maiores, mudariam o tamanho da barra paralela em certos lugares, alterariam a altura dos espelhos deixando-os inclinados, deixariam as vagas de estacionamentos mais adequadas, colocariam pisos antiderrapantes e corrimões. Enfim, alterariam aspectos físicos e funcionais principais, buscando sempre a opinião do deficiente físico.

Categoria 3: Discussão do tema acessibilidade em diferentes grupos

Os profissionais entrevistados relataram como percebem a abordagem e a discussão sobre o tema acessibilidade junto a grupos de:

- a) Profissionais
- b) Deficientes físicos e familiares
- c) Alunos de graduação

Em relação ao tema ser discutido entre os profissionais, todos os entrevistados acham que não é discutido suficientemente. Um deles relatou ser bastante discutido em disciplinas específicas no curso de Fisioterapia. Mas entre os profissionais é bem pouco discutido, somente quando o caso é mais grave e a pessoa com deficiência se depara com alguma barreira.

Relataram que em centros de reabilitação, locais de apoio ao deficiente e campanhas políticas também se discute sobre o tema. Foi dado exemplo de políticos que só prestam atenção nos casos quando ocorrem na família ou com alguém

famoso. *“Como ocorreu numa faculdade onde o coordenador sofreu um acidente e passou a usar CR, e então toda universidade fez as adaptações necessárias”* (P1).

Sabendo que a discussão do tema entre os profissionais da área não é suficiente, foi questionado também se os profissionais conversam com seus pacientes ou familiares sobre o assunto.

Tendo em vista o que é citado por Lima (2006), que além da política pública e outras lutas pela acessibilidade, é preciso apoio da comunidade e família junto aos serviços públicos para prestar atendimento integral à pessoa com deficiência, pois é junto à família principalmente que se inicia o processo de inclusão.

A maioria relatou discutir somente às vezes, e os temas que mais aparecem quando conversam são a respeito de: acesso a locais públicos, adaptações de ambientes, ou seja, eliminações de barreiras arquitetônicas, questão financeira, utilização de ônibus, dificuldade que tem de passear em local público, chegar à farmácia, mercado, dificuldade em viajar. Também citaram a falta de conscientização da população e de profissionais habilitados.

Entre eles foi apresentado a “Dificuldade ao acesso em locais de carros, e a falta de transporte especial” (P3).

Afinal, a questão de transporte aos deficientes é citada na legislação, na colocação de que a acessibilidade pode ser interpretada como a eliminação de barreiras arquitetônicas, **adequação de meios de transporte (grifo meu)** para pessoas com deficiência, provimento de equipamentos e recursos especiais para que tenham melhor acesso nos mais variados ambientes (OLIVEIRA, 2003).

Então, vemos que para o indivíduo estar incluso na sociedade ele precisa ter mais acesso, e tanto a inclusão como a acessibilidade não se fazem num processo isolado da comunidade, ela envolve o indivíduo, a família e a sociedade.

No entanto, a ausência de informação e a falta de conhecimento da sociedade e principalmente dos profissionais podem ser consideradas fatores que prejudicam o processo inclusivo.

Portanto é de grande valia a ajuda dos profissionais especializados, pensando logicamente na interdisciplinaridade juntamente a seus pacientes e familiares terão bons resultados na acessibilidade, a qual é marcada por um movimento de pensar, repensar, criar, recriar, reciclar e discutir, como menciona Graça (2006).

Assim, todo problema quando compartilhado em equipe, pode além de enriquecer a compreensão sobre o mesmo, chegar a um foco conjunto de ações.

Blascovi-Assis (2004) também ressalta sobre o caráter da interdisciplinaridade, demonstrando a grande interface existente entre as áreas das ciências humanas e das ciências da saúde. Mostra também a importância da participação familiar que facilita o desenvolvimento e a evolução do tratamento, bem como a tríade – família, criança, terapeuta.

As condições atuais de vida, traduzidas pela acessibilidade, inclusão social e satisfação pessoal são motivos de inquietação para a população com deficiência, por isso é importante a ênfase no assunto para que sejam pensadas e articuladas possíveis mudanças e benefícios.

Quanto às principais dificuldades relatadas pelos pacientes sobre os locais por eles freqüentados, os profissionais na nona questão citaram: portas estreitas para passar com a cadeira de rodas; falta de banheiros adaptados; dificuldades em escadas e rampas com muita angulação, ou a ausência de rampas; grande quantidade de degraus; más condições de ruas e calçadas; distância entre os ambientes; falta de consciência de pessoas comuns e de prestadores de serviço,

incluindo o desrespeito; vagas para estacionamento e rampas de acesso; dificuldade no meio de transporte, sendo poucos adaptados e disponíveis;

Os dados encontrados nas entrevistas condizem com Santos (2004), que salienta que as barreiras enfrentadas pela pessoa com deficiência que mais as prejudicam no seu cotidiano são as barreiras físicas.

Categoria 4: Papel do fisioterapeuta nas propostas de acessibilidade

Segundo o relato de quase todos os entrevistados o fisioterapeuta tem o papel de orientar os pacientes, mas para orientá-los, este precisa ter informações, afinal uma pessoa bem informada é capaz não só de argumentar e reclamar, mas também de propor alternativas, como afirma Lima (2006).

Para ele também é necessário mostrar aos pacientes seus direitos de cidadão de ir e vir. Trabalhar com uma equipe analisando as necessidades do paciente, pois isoladamente, pouco se consegue para potencializar a reabilitação de um indivíduo (BLASCOVI-ASSIS, 2004).

“O papel do fisioterapeuta seria orientar os pacientes a vencer as barreiras arquitetônicas reeducando e desenvolvendo suas potencialidades físicas” (P7)

“Nós fisioterapeutas, antes de tudo, somos profissionais transformadores (...). Transformamos em qualidade de vida nossos atos dirigidos ao paciente. Mas, temos potencial de fazer mais, transformar mais, crescer na nossa ação por uma sociedade inclusiva, socialmente justa, igualitária, onde a saúde seja um direito” (BARROS, 2002, p.237).

O fisioterapeuta deve planejar e executar as diferentes etapas do processo de inclusão, percebendo quais são os desejos, dificuldades e anseios de seus pacientes e auxiliando-os na retomada da independência, seja ela pelo caminhar

com o auxílio de órteses, bengalas, muletas ou andadores, ou ainda com o uso de cadeira de rodas (CR).

É papel do fisioterapeuta habilitar, reabilitar, prevenir ou manter as funções normais das estruturas físicas para que o indivíduo conviva em sociedade, como determina a resolução nº CNE/CSE 4, de 19 de fevereiro de 1983 (MORAES, 2004, p.28).

As entrevistas foram finalizadas com a pergunta de como o trabalho de acessibilidade poderia ser incrementado.

“Primeiramente a conscientização dos profissionais da área da saúde e políticos sobre o conhecimento das normas de acessibilidade” (P1).

Entre as respostas, foi sugerido que o tema deve ser discutido com maior frequência, a partir de mais situações práticas do que somente estudos teóricos. Assim como orientações e informações, por meio de palestras, seminários e debates entre profissionais, alunos e também junto à população.

Foi ressaltada também a importância em se incluir obrigatoriamente aulas sobre deficiência física em escolas, faculdades e até mesmo em escolas de trânsito. Há necessidade também de incentivos do governo para colaborar nesse processo.

Iniciativas diversas vêm ocorrendo no sentido de preparação dos futuros profissionais por algumas instituições de ensino, por exemplo, a apresentação de proposta da inserção temática “acessibilidade” ao meio físico na grade curricular de cursos de Arquitetura e Urbanismo (LANCHOTI, 1997), visando o bem-estar de pessoas com deficiência, facilitando sua mobilidade.

O trabalho também pode ser incrementado com a preparação adequada dos formadores e professores; e que deveria ser mais salientado em cada uma das categorias profissionais, pois assim as dificuldades seriam esgotadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou descrever e analisar como a acessibilidade da pessoa com deficiência física vem sendo percebida pelos fisioterapeutas participantes nas diversas situações de estudo, trabalho e lazer, levando em consideração a experiência pessoal do fisioterapeuta com a reabilitação de seus pacientes e as informações adquiridas no transcurso de sua formação acadêmica.

A média de tempo de formado dos participantes é de onze anos, e o tempo de trabalho com reabilitação foi de mais de cinco anos, o que demonstra que mesmo profissionais experientes não estão informados e atualizados sobre temas que fogem da área técnica e que se referem à vida e participação social da pessoa com deficiência.

Verifica-se a importância do envolvimento do fisioterapeuta neste tema uma vez que a fisioterapia é um campo de atuação profissional que visa intervir na vida do paciente com deficiência física facilitando sua independência em todos os locais que o mesmo frequenta.

O estudo mostra que os próprios profissionais pouco discutem entre si sobre o tema e precisam de mais conhecimento e clareza do assunto, inclusive o conhecimento legal referente à acessibilidade, pois a lei tem contribuído teoricamente para o processo inclusivo e acessibilidade da pessoa com deficiência física.

Constatou-se que, além dos profissionais não terem informações necessárias não orientam segura e suficientemente seus pacientes e familiares a respeito do assunto. Com mais informações e conhecimento o profissional poderia desempenhar melhor seu papel social na vida da pessoa com deficiência física

desenvolvendo visão mais humanizada voltada aos problemas de seus pacientes, lutando junto a eles e seus familiares para que tenham mais acesso ao processo inclusivo, proporcionando-lhes melhores condições e qualidade de vida.

Diante dos resultados obtidos, identificou-se a grande necessidade de apoio aos deficientes físicos visto que não há serviços e suportes suficientes oferecidos para eles diante a acessibilidade. Deve-se ressaltar a necessidade da atuação preventiva do fisioterapeuta em todos os locais freqüentados pela pessoa com deficiência física.

Há necessidade de inúmeras mudanças para que o deficiente físico seja incluído em todas as esferas sociais, ou seja, em situações escolares, de trabalho ou de lazer, desde a eliminação de barreiras arquitetônicas para que se locomovam livremente pelo espaço comum, até o bem estar e o direito de sentir-se seguro e respeitado no meio social e na comunidade onde está inserido, contando com o apoio de profissionais especializados e, em especial, do fisioterapeuta.

7. REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria Lucia. Et al. Conceituando deficiência. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 34, n.1, p. 97-103, fev. 2000.

BARROS, Fábio. O Fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. 1ªed. Rio de Janeiro: Ed. Fisio Brasil, 2002.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. Mudanças no perfil do profissional da reabilitação: reflexões sobre a interface entre ciências humanas e ciências da saúde. Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, v. 4, n.1, p. 9-11, 2004.

_____. Lazer e deficiência mental. 2. ed. Campinas: Papirus, 1997.

BOGDAN, r.c.; Biklen, S.K. Qualitative research for education: na introduction to theory and methods. 2. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992.

BRASIL. DECRETO – LEI Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em <[http://: www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)> Acesso em: 09 de abril de 2007.

_____. Acessibilidade, DECRETO - LEI Nº 5.296/ 2004. Altera as Leis Nº 10.048/ 2000 e 10.098/2000, Brasília.

_____. Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providencias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 14 out. 1969.

_____. Lei N.º 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 25 de novembro de 1995, Seção 1, p. 1.

CANZIANI, Maria L. Acessibilidade: exercício do direito/participação e cidadania. In: I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 12 a 15 de maio, 2006.

CARVALHO, Rosita Edler. Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva. Porto Alegre: Mediação, 2000.

CORDE, _Normas da ABNT, Ministério Público Federal, Termo de Ajustamento de Conduta,
http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp
Disponível em 12 de julho de 2006.

CREFITO-3 N° 22, DE 18 DE AGOSTO DE 2006. Disponível em: <<http://www.crefito.com.br>>. Acesso em: 07 de maio de 2007.

DAMASCENO, Luciana; FILHO, Teófilo. As novas tecnologias e as tecnologias assistivas: utilizando recursos de acessibilidade na educação especial.
<http://www.educacaoonline.pro.br>

DENCKER, A. F. M Pesquisa empírica em ciências humanas – com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001.

FONSECA, Maria Antonia da. Graduação em Fisioterapia: um estudo no ciclo de formação básica rumo à melhoria da qualidade do ensino profissional. Florianópolis, 2002 96f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de produção, UFSC, 2002.

FRANÇA, Inácia. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivencia das pessoas com necessidades especiais. 01/06/2004. www.capes.gov.br

GRAÇA, Patrícia. O fisioterapeuta, a interdisciplinaridade e a inclusão escolar segundo as expectativas de professores que lecionam para alunos com deficiências. São Paulo, 2006 (Dissertação – Universidade Presbiteriana Mackenzie).

IBGE – CENSO Demográfico 2000. Características Demográficas da População – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro.

JORQUEIRA, A. Expectativa do professor com relação à atuação do fisioterapeuta no processo de inclusão escolar com ênfase no brincar da criança com deficiência física. São Paulo, 2006 (Dissertação – Universidade Presbiteriana Mackenzie).

LANCHOTI, José. O ensino da Eliminação de Barreiras Arquitetônicas nos Cursos de Arquitetura e Urbanismo. 01/12/1997. www.capes.gov.br

LAUAND, Giseli. Acessibilidade e formação continuada na inserção escolar de crianças com deficiências físicas e múltiplas. 01/11/2000. www.capes.gov.br

LEITÃO, Araújo; LEITÃO, Ana Valéria A. Medicina de reabilitação: manual prático. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, Niusarete M. A legislação e a política pública de Inclusão da pessoa portadora de deficiência. In: I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 12 a 15 de maio, 2006.

LIRA, Guilherme. Acessibilidade Digital para as Pessoas com Deficiência e para os Idosos. In: I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 12 a 15 de maio, 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica, 1986.

MAZZOTTA, Marcos J. S. Trabalho docente e formação de professores de educação especial. São Paulo: EPU, 1993.

_____. Deficiências, Incapacidades e Necessidades Especiais. In: Deficiência, Educação Escolar e Necessidades Especiais: reflexões sobre inclusão socioeducacional. São Paulo: Mackenzie, 2002.

_____. Educação Especial: Realidade e Tendências. In: Deficiência, Educação Escolar e Necessidades Especiais: reflexões sobre inclusão socioeducacional. São Paulo: Mackenzie, 2002.

_____. Educação Especial no Brasil: História e políticas públicas. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Acessibilidade e a indignação por sua falta. I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Acessibilidade: você também tem compromisso, Brasília (DF), v. 1, 2006.

MORAES, Lílian R. S. A formação do fisioterapeuta quanto à inclusão escolar de crianças com deficiência física. São Paulo, 2004 (Dissertação – Universidade Presbiteriana Mackenzie).

NAMBU, T. S. Construindo um mercado de trabalho inclusivo: guia prático para profissionais de recursos humanos. Brasília: CORDE, 2003.

OLIVEIRA, Elaine. Acessibilidade na Universidade Estadual de Londrina: o ponto de vista do estudante com deficiência. 01/11/2003. www.capes.gov.br

OPPERMANN. Paulo Ricardo Veríssimo. Acessibilidade dos parques municipais na cidade de São Paulo: um estudo exploratório. São Paulo, 2005 (Dissertação – Universidade Presbiteriana Mackenzie).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças. Lisboa: Secretaria Nacional de Reabilitação, 1989.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. Fisioterapia no Brasil. 2ª Ed. Manole: São Paulo, 1999.

REVISTA NEUROCIÊNCIAS. Análise da acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. V 14, N1 – JAN/MAR, 2006.

SANTOS, Boaventura. O acesso de pessoas com deficiência às classes e escolas comuns da rede regular de ensino. São Paulo: PFDC. 2003.

SANTOS, Lisana K. S. Diretrizes de Design e Arquitetura para a Adaptação da Habitação de Interesse Social ao Cadeirante. 2v. 216p. Mestrado. Universidade Federal do Paraná. 01/04/2004.

SHESTACK, Robert. Fisioterapia prática. Manole: São Paulo, 1979.

SIMÕES, Ana Cristina. "Educação para todos-sociedade inclusiva" Jornal "a Página" nº94/ ano 9/ set 2000 pg. 22.

SISNEP. Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
<http://portal.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/> Disponível em 12 de julho de 2006.

TAKATORI, Marisa. O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clinica do terapeuta ocupacional. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.

TURATO, E. R. Tratado de metodologia da pesquisa clinico - qualitativa. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda., 2003. 685 p.

ANEXOS

ANEXO 1 - Carta de Informação ao sujeito

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

O presente trabalho se propõe a estudar a “O Fisioterapeuta e a Acessibilidade das Pessoas com Deficiência Física”, e tem como objetivo conhecer e avaliar as condições de acessibilidade para a pessoa com deficiência física a partir do ponto de vista desse profissional.

Os dados para o estudo serão coletados através da aplicação de um questionário aos fisioterapeutas participantes e este material será posteriormente analisado quantitativamente e qualitativamente, sendo garantido o sigilo absoluto sobre as questões respondidas e resguardado o nome dos participantes e locais de vínculo. A participação não implica em nenhum risco para os participantes.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Cíntia Mara Persona Nogueira
Pesquisadora responsável
E-mail: cintia-mara@hotmail.com

Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis
orientadora
Fone para contato: (11) 2114-8707
E-mail: silvanablascovi@mackenzie.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimento aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito ou seu representante legal

ANEXO 2 - Carta de informação à Instituição

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Venho por meio desta, informar que estou desenvolvendo o projeto “O Fisioterapeuta e a Acessibilidade das Pessoas com Deficiência Física”, cujo objetivo é conhecer e avaliar as condições de acessibilidade para a pessoa com deficiência física a partir do ponto de vista desse profissional.

Os dados colhidos neste estudo terão finalidades de pesquisa acadêmica e serão coletados através da aplicação de um questionário aos participantes. À Instituição, cabe o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Agradecemos à colaboração,

Cíntia Mara Persona Nogueira
Pesquisadora responsável
E-mail: cintia-mara@hotmail.com

Profa. Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis
orientadora
Fone para contato: (11) 2114-8707
E-mail: silvanablascovi@mackenzie.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) senhor (a) _____, representante da instituição, após a leitura da Carta de Informação à Instituição, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do representante da instituição

ANEXO 3 - Entrevista para profissionais de fisioterapia selecionados para o estudo

Dados do profissional

Nome:

Sexo: Idade:

Ano de graduação:

Disciplinas que leciona:

Há quanto tempo atua nesta instituição? Carga Horária/sem:

E-mail para contato:

Perguntas para orientar a entrevista

1) Você já ouviu falar em acessibilidade?

() Não () Sim.

Como você definiria esse conceito _____

2) Você acha que o tema acessibilidade é discutido suficientemente entre os profissionais na área que ocupa?

() Não () Sim.

Em que situações ele é discutido? _____

3) Você conhece a legislação do Brasil sobre acessibilidade?

() Não () Sim.

Quais aspectos da legislação você poderia citar?

4) Você considera que o local em que você trabalha segue as recomendações legais para garantir acessibilidade à pessoa com deficiência física?

() Não acessível () pouco acessível () muito acessível

5) Você mudaria alguma coisa em seu ambiente de trabalho para facilitar a vida da pessoa com deficiência física?

() Não () Sim.

O que mudaria? _____

6) Em sua opinião existe relação entre acessibilidade e inclusão social?

() Não () Sim.

Explique _____

7) Você costuma conversar sobre isso com seus pacientes ou familiares?

() Não () as vezes () freqüentemente () sempre

8) Quando você fala sobre acessibilidade com seus pacientes ou familiares, quais são os temas que mais aparecem?

9) Quais são as principais dificuldades relatadas por seus pacientes sobre os locais por eles freqüentados?

10) Qual o papel dos fisioterapeutas, no seu entender, na proposta de acessibilidade?

11) Como a acessibilidade pode interferir no bom aproveitamento nas situações escolares, de trabalho e de lazer da pessoa (criança ou adulto) com DF?

Fale sobre cada uma dessas situações.

12) Você trabalha objetivamente esse tema (acessibilidade) junto aos seus alunos de graduação? () não () às vezes () sim

Se sim, como?

13) Como esse trabalho poderia ser incrementado?
