

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11945

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA SOBRE BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE URBANA

*Perception of physical rehabilitation center users about accessibility barriers and urban mobility**Percepción de los usuarios de centros de rehabilitación física sobre las barreras de accesibilidad y movilidad urbana*Vanessa Vianna Cruz¹ Aline Coutinho Sento Sé¹ Wiliam César Alves Machado¹ Nébia Maria Almeida de Figueiredo¹ Rute Salomé da Silva Pereira² Ricardo da Silva Monteiro¹ 

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos usuários de programa de reabilitação física sobre suas experiências no enfrentamento de barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana para comparecer nos atendimentos em Centro Especializado de Reabilitação. **Método:** estudo descritivo, abordagem qualitativa, realizado na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, Brasil. Dados coletados através de entrevistas semiestruturadas, analisados à luz da análise de conteúdo, abordagem temática. **Resultados:** da análise emergiram quatro categorias que evidenciaram reiteradas experiências desafiadoras no percurso de suas residências para agendamentos no programa de reabilitação, se deparando com ambientes de mobilidade urbana inadequados à circulação de pessoas com algum tipo de deficiência ou mobilidade reduzida. **Considerações Finais:** os participantes experimentam situações constrangedoras que os fazem se sentir impotentes, desmotivados, frustrados e com baixa autoestima, requerendo das equipes de reabilitadoras a adoção de estratégias acolhedoras de atendimentos para que não comprometam o alcance de metas planejadas no programa de reabilitação.

DESCRITORES: Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; Centros de reabilitação; Pessoas com deficiência; Limitação da mobilidade; Discriminação social.

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

² Universidade do Porto, Porto, Portugal

Recebido em: 21/06/2022; Aceito em: 03/01/2023; Publicado em: 22/05/2023

Autor correspondente: Vanessa Vianna Cruz, E-mail: vanessavianna2005@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Cruz VV, Sé ACS, Machado WCA, Figueiredo NMA, Pereira RSS, Monteiro RS. Percepção dos usuários de centro especializado em reabilitação física sobre barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana. *R. Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e11945. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11945>



ABSTRACT

Objective: to understand the perception of users of a physical rehabilitation program about their experiences in facing barriers to accessibility and urban mobility to attend consultations at a Specialized Rehabilitation Center. **Method:** descriptive study, qualitative approach, in the Metropolitan Region I of Rio de Janeiro, Brazil. Data collected through semi-structured interviews, analyzed in the light of content analysis, thematic approach. **Results:** from the analysis, four categories emerged that showed repeated challenging experiences in the course of their residences for scheduling in the rehabilitation program, facing urban mobility environments unsuitable for the circulation of people with some type of disability or reduced mobility. **Final Considerations:** participants experience embarrassing situations that make them feel powerless, unmotivated, frustrated and with low self-esteem, requiring rehabilitation teams to adopt welcoming strategies for care so that they do not compromise the achievement of goals planned in the rehabilitation program.

DESCRIPTORS: Barriers to access of health services; Rehabilitation centers; Disabled person; Mobility limitation; Social discrimination.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los usuarios de un programa de rehabilitación física sobre sus experiencias frente a las barreras de accesibilidad y movilidad urbana para asistir a consultas en un Centro Especializado de Rehabilitación. **Método:** estudio descriptivo, abordaje cualitativo, realizado en la Región Metropolitana I de Río de Janeiro, Brasil. Datos recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, analizados a la luz del análisis de contenido, abordaje temático. **Resultados:** del análisis surgieron cuatro categorías que evidenciaron reiteradas experiencias desafiantes en el transcurso de sus residencias para la inserción en el programa de rehabilitación, frente a ambientes de movilidad urbana no aptos para la circulación de personas con algún tipo de discapacidad o movilidad reducida. **Consideraciones Finales:** los participantes viven situaciones bochornosas que los hacen sentir impotentes, desmotivados, frustrados y con baja autoestima, requiriendo que los equipos de rehabilitación adopten estrategias acogedoras de atención para que no comprometan el logro de las metas previstas en el programa de rehabilitación.

DESCRIPTORES: Barreras de acceso a los servicios de salud; Centros de rehabilitación; Personas con discapacidad; Limitación de la movilidad; Discriminación social.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um bilhão da população global apresente algum tipo de deficiência e, com esse número em ascensão, declarou a necessidade de mais pesquisas qualitativas para melhor compreender as experiências vividas de pessoas com deficiência. Como assinalado pela OMS, a acessibilidade abrange acessibilidade física, econômica e de informação, bem como a não discriminação, como um dos quatro elementos do direito à saúde, juntamente com disponibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços prestados.¹

Uma variedade de obstáculos dispostos em diversos pontos ao longo dos percursos usados pelas pessoas que se dirigem aos ambientes de cuidados de saúde e reabilitação, representam nada menos que iminentes riscos de acidentes e reproduzem a desigualdade social, restringem a acessibilidade para muitos indivíduos e grupos em todo o mundo. Esses obstáculos ou barreiras especialmente dificultam acesso regular de pessoas com deficiência (PcD) ou mobilidade reduzida (MR) sejam atendidas em suas necessidades de cuidados de saúde e reabilitação, comprometendo seu bem-estar, qualidade de vida e inclusão social.²⁻³

No que tange as barreiras, citam-se as objetivas, subjetivas e atitudinais. As barreiras objetivas são constituídas de materialidade, possuem potencial de identificação para que sejam questionadas, criticadas e eliminadas. As barreiras subjetivas, contudo, mais difíceis de serem questionadas, denunciadas, subsistem em gestos, atitudes e formas de comportamentos dis-

crimatórios de algumas pessoas pouco esclarecidas, dirigidas aos grupos minoritários da sociedade, como as PcD física ou MR. As barreiras atitudinais decorrem de atitudes preconceituosas e impróprias, impedindo o acesso das pessoas a algum ambiente, equipamentos, serviços e informações essenciais.^{3,5}

Tais barreiras persistem e são realçadas em numerosas situações do cotidiano, reproduzindo consciente ou inconscientemente comportamentos sociais históricos, cultivados por parte da humanidade que se negava aceitar que a diversidade humana tem múltiplas formas de se manifestar, mas todas sentem, sofrem, choram, amam e podem ser felizes, a depender de como são respeitadas e incluídas entre os demais na sociedade.^{3,6-7} A falta de vínculo social tem se consolidado fator que mais influencia o isolamento social e, finalmente, a exclusão social,⁸ proporcionando impactos significativos na saúde, resiliência, autoestima, recuperação, reabilitação e vida das pessoas.⁴

A participação em atividades sociais, comunitárias e convívio com pares é determinante indicador de deficiência ou mobilidade reduzida e está ligada a experiências de motivação, competência e autoeficácia. Os usuários dos serviços de saúde ou reabilitação física estão entre as pessoas mais prejudicadas pelas barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana que se localizam em diversos pontos ao longo do percurso, quando se dirigem aos seus atendimentos.^{1,3,8,11}

Nesse contexto, a mobilidade urbana exerce influência indireta, mas significativa, sobre o bem-estar de todos os membros da sociedade. Além disso, é um tema central na discussão sobre

desenvolvimento regional urbano, principalmente em regiões metropolitanas.^{5,11} A acessibilidade, por sua vez, implica tornar os locais públicos acessíveis a todos os indivíduos, independentemente de sua deficiência ou necessidade especial, garantindo a integração desses cidadãos na sociedade e, assim, conferindo-lhes direito, habilidade e capacidade de participar de atividades da vida plena nas comunidades onde habita e circula, como as demais pessoas.¹²

Isto posto, faz mister considerar a premente necessidade de que os profissionais atuantes nas equipes de reabilitação física conheçam as experiências decorrentes da falta de acessibilidade e mobilidade urbana enfrentadas pelos usuários desses serviços, de forma a promover estratégias de cuidados encorajadores e acolhedores, focadas nas suas potencialidades para promoção da autonomia funcional. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos usuários de programa de reabilitação física sobre suas experiências no enfrentamento de barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana para comparecer nos atendimentos em Centro Especializado de Reabilitação. A justificativa deste estudo é ampliar a compreensão dos profissionais de saúde atuantes em equipes dos centros especializados de reabilitação física e nos pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, sobre como seus usuários percebem o enfrentamento das diversas barreiras para se fazer presentes nos atendimentos. Sendo imprescindíveis acolhidas encorajadoras e fraternais, agindo com empatia para minimizar a ansiedade dessas pessoas, incentivando-as à perseverar para o alcance de metas de superação e vida com mais independência funcional.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conduzido e estruturado em consonância com os Critérios de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

Os participantes foram 90 usuários do Centro Especializado de Reabilitação Física, da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR, localizado no município do Rio de Janeiro (RJ), que de acordo com a Portaria 793 de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do Sistema Único de Saúde.¹³

Elencaram-se como critérios de inclusão ser usuário dos programas de reabilitação física da instituição, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, regularmente atendido pela equipe multiprofissional e residente na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. O critério de exclusão foi déficit cognitivo ou outra incapacidade que inviabilizasse a compreensão das perguntas e realização das respostas.

A produção de dados ocorreu no período de abril e maio de 2019 por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, contendo caracterização sociodemográfica e clínica e questões abertas sobre barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana.

O convite para participação das entrevistas foi feito em recepção aos usuários na sala de espera para os atendimentos no programa de reabilitação, com posterior agendamento conforme sua disponibilidade. A finalização das entrevistas baseou-se no critério de saturação teórica, considerando o número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações.¹⁴

As entrevistas foram gravadas através de aplicativo de telefone celular, com duração média de 30 minutos. O conteúdo das entrevistas foi transcrito por uma das pesquisadoras, e posteriormente validado por outro pesquisador.

Para preservar o anonimato dos participantes, utilizou-se a abreviatura M/F de sexo, seguido de número cardinal, conforme a ordem das entrevistas, e a faixa etária dos usuários.

Os procedimentos de análise dos dados foram norteados com base na técnica de análise temática, seguindo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Na primeira etapa, procura-se fazer uma leitura compreensiva do material selecionado, de forma exaustiva, atingindo níveis mais profundos, com objetivo do autor impregnar-se com o material. Na segunda, realiza-se a exploração do conjunto do material selecionado, a análise propriamente dita, também chamada de categorização, que compreende fazer os recortes dos textos em unidades de registros, para posterior classificação e junção das unidades em categorias temáticas, com o objetivo de identificar os núcleos de sentidos. Na terceira etapa de tratamento dos resultados/inferência/interpretação, procura-se colocar em evidência as informações fornecidas pela análise, por meio de quantificação simples. Assim, se faz a inferência em uma fase intermediária, entre o tratamento analítico e a interpretação dos resultados.¹⁵

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 97122818.6.0000.5285, obedecendo às Resoluções vigentes do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A categorização dos participantes deste estudo mostrou que a maioria é do sexo feminino, com faixa etária entre 44 e 56 anos, solteiro, com ensino fundamental e renda familiar entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,99. Apresentam MR ou deficiência em decorrência de enfermidade, acidente, má formação congênita e violência. Realizam tratamento de 1 a 2 vezes por semana, deslocando-se principalmente através de ônibus, táxi ou Uber, com acompanhante, conforme dados descritos na Tabela 1.

Os dados oriundos dos depoimentos dos participantes deste estudo foram analisados e organizados em quatro categorias temática, a saber: Sentimentos negativos por riscos e dificuldades de se locomover nas vias públicas; Inacessibilidade no local de moradia, falta de rede de apoio ou dependência dos familiares; Discriminação, exclusão e julgamentos pela aparência; e Sensações de impotência e inferioridade que impactam a autoestima.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários de Centro Especializado de Reabilitação Física quanto às barreiras de acessibilidade na região Metropolitana 1. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	53	58,9
Feminino	37	41,1
Faixa etária		
18 a 30 anos	9	10,0
31 a 43 anos	5	6,0
44 a 56 anos	26	29,0
57 a 65 anos	25	28,0
> 65 anos	25	28,0
Estado civil		
Solteiro	37	41,1
Casado	27	30,0
Divorciado	9	10,0
Viúvo	17	18,9
Escolaridade		
Ensino fundamental	43	47,8
Ensino médio	30	33,3
Ensino superior	14	15,6
Sem escolaridade	3	3,3
Renda familiar		
< R\$ 1.000,00	12	13,3
Entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,99	47	52,2
Entre R\$ 2.000,00 a R\$ 5.000,00	23	25,6
> R\$ 5.000,00	7	7,8
Não informado	1	1,1
Deficiência		
Por enfermidade	77	85,5
Por acidente	57	74,0
Por má formação congênita	17	22,0
Por violência	2	3,0
Por violência	1	1,0
Mobilidade reduzida	13	14,4
Periodicidade de tratamento		
1 a 2 vezes por semana	90	100,0
3 vezes ou mais por semana	0	0
Meio de transporte para tratamento		
Carro particular	14	15,5
Ônibus	23	25,7
Táxi ou Uber	25	27,8
Metrô	2	2,2
Trem	0	0
Motocicleta	3	3,3
Ambulância	6	6,7
Van da prefeitura	17	18,9
Deslocamento para tratamento com acompanhante		
Sim	57	63,3
Não	23	25,6
Às vezes	10	11,1
Total	90	100,0

Fonte: Os autores

Categoria 1: Sentimentos negativos por riscos e dificuldades de se locomover nas vias públicas.

Os enfrentamentos físicos diante das barreiras arquitetônicas expõem os participantes a riscos de atropelamento e dependência de terceiros por impossibilidade ou dificuldade de locomoção

e acessibilidade durante o deslocamento para os atendimentos no serviço de reabilitação, desencadeando sentimentos negativos por se sentirem desrespeitados, humilhados e envergonhados.

Minha maior dificuldade é o desrespeito porque as pessoas não respeitam os deficientes. São locais destinados para

deficientes que eles não respeitam. Se bobear eles atropelam os deficientes. (M28, entre 44-56 anos).

Eu me sinto muito constrangida. Não tem como a gente se locomover sozinha, sempre com ajuda de familiares, é muito ruim porque a gente não tem a nossa independência. (F52, entre 31-43 anos).

Fiquei arrasado, não podia passar. Eu achei humilhante a pessoa me pegar no colo e me botar lá em cima, fiquei sem fazer tratamento. Eu fiquei sem saber o que fazer, vou reclamar com quem? (M84, acima de 65 anos).

Não, ninguém vai me pegar no colo não! (F1, entre 57-65 anos).

Me mata o permitir que me carregarem no colo. Fico muito envergonhada. (F3, > 65 anos).

Parece que a gente não tem lugar no nosso mundo. Todo mundo consegue ir e vir, mas a gente não. (F4, entre 57,65 anos).

Categoria 2. Inacessibilidade no local de moradia, falta de rede de apoio ou dependência dos familiares.

Residir em bairros distantes, ou em comunidades de pessoas de baixa renda, com menos recursos de mobilidade urbana e oscilações lineares do solo aumenta os obstáculos para usuários de programas de reabilitação física, tornando ainda mais desafiadores seus percursos, como narrado na sequência.

Eu vivo sozinha, moro em bairro muito distante, minha irmã cuida de mim, mas tem que trabalhar [...] eu me sinto sozinha. (F24, entre 44-56 anos)

Eu sinto dificuldade no acesso, porque eu não tenho condições de fazer tudo por conta própria, tendeu? Eu moro em lugar que é morro tendeu? Aí tenho de pedir as pessoas pra me carregar.... (M45, entre 57-65 anos).

O pior problema que tem pra mim aqui é descer as escadas onde eu moro, que é cento e setenta e oito degraus, tanto pra subir como pra descer, e moro sozinho e Deus. (M2, entre 57-65 anos).

A dependência de ajuda de familiares para acompanhamento ao sair de casa está presente na maioria das narrativas, alguns, inclusive, perdem os atendimentos de reabilitação, o que lhes fazem desistir de sair de casa.

É tão difícil sair, que prefiro não sair de casa, tenho medo porque preciso de ajuda de outra pessoa. (M7, entre 44-56 anos).

Muito triste, porque antigamente a gente conseguia, mas agora com esse tipo de deficiência ficou complicado. Dependemos de pessoas para ajudar. (M65, entre 31-43 anos).

Não tem ninguém para me levar e sozinha, é impossível. O jeito é se conformar né, fazer o que, já tive depressão, já tentei me matar, mas agora eu já me conformei. (F19, > de 65 anos).

Muito complicado! Essa semana mesmo eu tive que vir com a cadeira de rodas, quando chegou na rodoviária não tinha rampa pra subir a cadeira, aí tive que depender da ajuda de um rapaz que pegou a cadeira, e outro pegou do lado pra poder carregar, pra poder botar do outro lado, pra poder passar. (M10, entre 31-43 anos).

Eu gostaria que tivesse, todo mundo, tivesse condição de circular, de ter liberdade de ir e vir, mas infelizmente não é assim. Não saio muito de casa, só pra vir para as terapias mesmo. Até tenho vontade, mas quando lembro por tudo que vou ter que passar...aí desisto. (M15, entre 18-30 anos).

Categoria 3. Discriminação, exclusão e julgamentos pela aparência.

As narrativas dos participantes expressam situações de discriminação, exclusão e julgamentos por empregadores, funcionários de empresas prestadoras de serviços públicos e população em geral, associados à aparência e deficiência física.

Eu era secretária, falo três idiomas Depois do acidente que tive que amputar as pernas, não me quiseram mais. Me encostaram. Acho que foi porque ficou feio né. Lá eles dão muito valor para aparência. (F3, > de 65 anos).

Porque o povo mesmo não respeita (...) enfim, é muita discriminação com idoso portador de deficiência". (F17, entre 57-65 anos).

Minha maior dificuldade é o desrespeito porque as pessoas não respeitam os deficientes. São locais destinados para deficientes que eles não respeitam. Se bobear eles atropelam os deficientes. (M28, entre 44-56 anos).

É uma falta de respeito com a gente. Eu me sinto humilhada, e desprezada aos olhos dos governantes do Rio, acabou! (F64, entre 44-56 anos).

Às vezes, nós somos tão discriminados por ser deficiente. Eu já fui xingado várias vezes, já fui posto para fora do ônibus e já passei muito constrangimento. (M17, entre 57-65 anos).

Categoria 4. Sensações de impotência e inferioridade que impactam a autoestima.

Relatos de se sentir inferior às demais pessoas devido à condição de deficiente, marcam as experiências dos participantes, que relatam tristeza, choro, depressão, sentir-se incapaz, ou parecer que não vive. Realidade que evidencia profundo sofrimento emocional, impacto na autoestima, decorrentes do não cumprimento de seus direitos fundamentais.

Eu sinto uma tristeza muito grande e me sinto inferior as outras pessoas tá! (F49, entre 57-65 anos).

Choro muito, muito, mas muito mesmo. (F35, entre 57-65 anos).

Eu me sinto incapaz. (F33, entre 57-65 anos).

A gente se sente ninguém, não é?! A gente quer fazer as coisas não pode tem que depender dos outros né. (F48, > de 65 anos).

Eu me sinto muito mal. Parece que não vivo. (F90, entre 44-56 anos).

Olha eu me sinto muito chateado. Eu fico deprimido, não dá vontade de sair de casa. Eu sinto que a gente não tá valendo nada. (M22, entre 44-56 anos).

Tá difícil, desculpa a expressão, a gente vira bicho, bicho nesse país, olha que trabalhei tanto, que perdi as pernas, dependendo, implorando pra poder um direito que é meu, não consigo, é ridículo. (M42, entre 57-65 anos).

De outro modo, mesmo diante de tantas dificuldades para conseguir se locomover em face das barreiras arquitetônicas, há entre os participantes quem não se entregue e recorra à resiliência.

É muito difícil. Eu moro em apartamento, moro no segundo andar, não tem elevador, e eu tenho que descer da cadeira, subir escadas e tem aquelas barreiras, as dificuldades, mas eu não me entrego com isso né, eu vou ultrapassando né, e fazendo da melhor forma que posso fazer, fazendo a minha parte. (M13, entre 31-43 anos).

DISCUSSÃO

A mobilidade independente constitui direito fundamental das pessoas com ou sem deficiências e deveria assegurar direito de acesso pleno aos espaços e equipamentos urbanos de uso coletivo, como forma de prevenir situações constrangedoras de dependência para com os outros nas vias públicas.⁴ Entretanto, estudos realizados na Indonésia,¹⁶ Polônia,¹⁷ Índia,¹⁸ México,³ Brasil⁷ e Estados Unidos,⁶ demonstram realidades antagônicas e revelam que barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana subsistem cerceando direitos fundamentais de ir e vir das PcD ou MR ao redor do mundo, causando-lhes constrangimentos em suas experiências no sistema de transporte, vias públicas e construções prediais de uso coletivo.

Como narrado pelos participantes deste estudo, a percepção reiterada de estarem sendo desrespeitados em seus direitos fundamentais de ir e vir, é corroborada tanto pela bibliografia internacional sobre o tema, destacando-se a desmotivação para sair de casa e o receio das barreiras que enfrentarão no percurso para os atendimentos no Centro Especializado de Reabilitação. Realidade presente tanto em países de baixa renda¹⁹⁻²⁰ quanto ricos e desenvolvidos^{6,21}, atestando que o respeito ou desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa humana independem dos

recursos tecnológicos e econômicos das nações, mas do sentido humanitário e fraternal que permeia as relações das pessoas umas com as outras.

É importante sublinhar que os espaços públicos urbanos fazem parte do ambiente de circulação de seus usuários e, portanto, precisam ser concebidos de maneira adequada para atender às suas necessidades. A despeito das reações preconceituosas e julgamentos pela aparência do diferente, abrir mão das próprias emoções por medo de que o custo seja alto significa nos afastarmos da luta pela inclusão, essencial ao alcance maior do real sentido e significado à vida.^{4,22} O enfrentamento das diversas barreiras estruturais nos ambientes públicos associado aos atos de preconceito e julgamentos pela aparência narrados pelos participantes deste estudo, recrudescer a percepção de não pertencimento na sociedade, depressão e graves impactos na autoestima, corroborados em estudo realizado no Irã, em 2014 e 2015,²³ sobremodo agravado pela indiferença das demais pessoas.

Relativamente aos relatos dos participantes deste estudo sobre serem transportados no colo por falta de opção de acessibilidade no percurso de suas casas para atendimento de reabilitação, cabe ressaltar que o episódio em si faz com que se sintam excluídos, embora haja quem se disponha a ajudar.²² A propósito, a hipótese de ser transportado no colo de pessoas estranhas ao seu convívio diário, por motivos da falta de acessibilidade faz com que quaisquer seres humanos adultos se sintam desconfortáveis, inseguros, tristes, humilhados, com medo de cair e adquirir maiores complicações funcionais.^{21,23} O medo de cair é uma importante preocupação de saúde entre os adultos e idosos dependentes, relacionado à experiência prévia ou à probabilidade de uma queda futura, favorecendo a restrição de atividades, declínios funcionais, isolamento social, depressão e institucionalização.²³

As sensações de impotência e inferioridade que afetam a autoestima dos participantes deste estudo, reportam à percepção da indiferença das autoridades quanto ao cumprimento da legislação. Embora a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência determine essencial o direito de ir e vir para PcD.²⁴ A implementação de políticas públicas para dispensação de tecnologias assistivas, órteses, próteses, materiais e equipamentos, é fundamental para tornar digna a vida dessas pessoas, porém, sua consecução ainda é difícil em países de baixa e média renda, principalmente por falta de apoio financeiro.²⁵⁻²⁶

O fato de se sentirem inferiorizados, discriminados, excluídos, pode levar à ideação suicida, como mencionada pelos participantes deste estudo, desencadeada por um sintoma de transtorno depressivo maior. Como os transtornos depressivos ocorrem em uma taxa elevada entre os indivíduos com deficiência adquirida (particularmente nos primeiros 2 anos após a lesão neurológica incapacitante ou amputação), tornando-se parcela da população em risco para ideia suicida.²⁷

Similares as narrativas dos participantes deste estudo foram identificadas em estudo focado no mesmo objeto, realizado no Camboja, concluindo que a interseção entre saúde, deficiência e acessibilidade apresenta desafios práticos significativos para pessoas com deficiência que vivem em países de baixa e média

renda, onde a infraestrutura urbana é precária e a mobilidade não é segura.²⁶ Ademais, a falta de acesso à saúde, reabilitação, educação, emprego e outros serviços impede a consecução dos objetivos de desenvolvimento sustentável e afeta a qualidade de vida desses cidadãos e cidadãs, mesmo em países ricos.²⁸

No Brasil, o deficitário nível de conhecimento dos gestores públicos e dos profissionais de saúde sobre a implementação e operacionalização da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência,¹⁵ assomados às precárias condições de acessibilidade e mobilidade urbana nas suas regiões metropolitanas,^{4,15,27} influenciam sobremaneira a vida, saúde e recuperação das minorias, inclusive, pessoas que carecem de regularidade nos atendimentos de reabilitação.

Os resultados deste estudo contribuem para ampliar a compreensão dos profissionais de saúde atuantes em equipes dos centros especializados de reabilitação física e nos pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, sobre como seus usuários percebem o enfrentamento das diversas barreiras para se fazer presentes nos atendimentos. Sendo imprescindíveis acolhidas encorajadoras e fraternais, agindo com empatia para minimizar a ansiedade dessas pessoas, incentivando-as a perseverar para o alcance de metas de superação e vida com mais independência funcional. A limitação deste estudo consiste em ter sido realizado apenas com usuários de um centro especializado de reabilitação física da Região Sudeste do Brasil, não permitindo a generalização dos resultados obtidos a partir da análise dos depoimentos coletados, sendo necessários estudos em outros cenários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito do fato de haverem sido identificadas experiências majoritariamente negativas no enfrentamento de barreiras de acessibilidade vivenciadas pelos participantes deste estudo, no percurso para seus atendimentos em centro especializado em reabilitação física, é relevante investir no despertar da resiliência para que superem suas próprias vulnerabilidades, visando progressos funcionais gradativos no programa. Situações de desrespeito, frustração, solidão, medo, dependência dos outros, preconceitos, exclusão, julgamento, sensação de impotência, inferioridade e baixa autoestima, que requerem dos membros das equipes profissionais a adoção de atendimentos acolhedores e de apoio emocional.

O aprofundamento de discussões sobre como as barreiras de acessibilidade podem proporcionar avanços para a prática, ensino e pesquisa nas áreas de reabilitação física e da saúde coletiva, demonstrando como as adversidades sociais devem influenciar as condutas terapêuticas das equipes reabilitadoras, em particular os enfermeiros pela presença ininterrupta nos ambientes institucionalizados de cuidar estendidos aos contextos da atenção básica de saúde. Da mesma forma, por oferecer subsídios relevantes para que gestores públicos cumpram a legislação e promovam adequação dos equipamentos de mobilidade urbana, garantindo direito indistinto de acessibilidade para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (WHO). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. [Internet]. 2015. [cited 2021 jul 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf.
2. Harrison JAK, Thomson R, Banda HT, Mbera GB, Gregorius S, Stenberg B, Marshall T. Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers? *BMC Public Health*. [Internet]. 2020 [cited 2022 feb 18];20(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268500/>.
3. Giraldo-Rodríguez L, Mino-León D, Murillo-González JC, Agudelo-Botero M. Factors associated with environmental barriers of people with disabilities in Mexico. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 26];53(27). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/0034-8910-rsp-53-27.pdf>
4. Cruz VV, Silva HF, Pinto EG, Figueiredo NMA, Sento Sé, AC, Fernandes EM, Machado WCA. Accessibility Barriers For People With Disabilities Or Reduced Mobility: An Integrative Review. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2020 [cited 2021 dec 26];9(4):e168943053. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3053>
5. Molina Amaya, E., Jiménez Dilworth, A., Castellanos Dubón, W., Flores, S., Maradiaga, E., Gonzáles, M., & Alger, J. Barreras arquitectónicas en establecimientos sanitarios contribuyen a la discapacidad en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, [Internet]. 2020 [citado 2022 feb 26];88(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i2.11486>.
6. Botticello AL, Tulsy D, Heinemann A, Charlifue S, Kalpakjian C, Slavin M et al. Contextualizing Disability: A Cross-sectional Analysis of the Association between the Built Environmental and Functioning among People Living with Spinal Cord Injury in the United States. *Spinal Cord*. [Internet]. 2019 [cited 2021 dec 18];57(2). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0186-8>.
7. Vianna V, da Silva Pereira RS, Almeida de Figueiredo NM, Coutinho Sento Sé A, Mascarenhas Fernandes E, Alves Machado WC. Barreiras de acessibilidade e mobilidade urbana para atendimento em centro especializado de reabilitação física. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2021 [acesso em 16 de fevereiro 2022];4(2). Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.190>.
8. Belzunegui-Eraso A, Pastor-González I, Puig-Andreu X, Valls-Fonayet. Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2018 [cited 2021 dec 19];15(10). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph15102129>.

9. Smith EM, Sakakibara BM, Miller WC. A review of factors influencing participation in social and Community activities for wheelchair users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. [Internet]. 2016 [cited 2021 dec 18];11(5). Available from: <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.989420>.
10. Kuper H, Hanefeld J. Debate: can we achieve universal health coverage without a focus on disability? *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 08];18(738). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3547-2>
11. Valenzuela-Fuenagan PA, Mejia-Ortega LM. Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Internet]. 2021 [citado 2021 dec 21];39(1):e336663. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336663>.
12. Yarfi C, Ashigbi EYK, Nakua EK. Wheelchair accessibility to public buildings in the Kumasi metropolis. Ghana. *Afr J Disabil*. [Internet]. 2017 [cited 2021 dec 14];6(341). Available from: <https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.341>.
13. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Comprehensiveness In The Care Network Regarding The Care Of The Disabled Person. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2021 dec 10];27(3):e4480016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. [Internet], 2017 [acesso em 21 de dezembro 2019];5(7). Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>.
15. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
16. Toro ML, Eke C, Pearlman J. The impact of the World Health Organization 8-steps in wheelchair service provision in wheelchair users in a less resourced setting: a cohort study in Indonesia. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2016 [cited 2021 dec 18];16(26). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1268-y>.
17. Kurtyka-Marcak I, Heldak M, Przybyla K. The Actual Demand for the Elimination of Architectural Barriers among Senior Citizens in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 18];16(4). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142601>.
18. Mathias K, Pant H, Marella M, Singh L, Murthy G, Grills N. Multiple barriers to participation for people with psychosocial disability in Dehradun district, North India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. [Internet]. 2018 [cited 2022 feb 18];8(2):e019443. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019443>.
19. Bernabe-Ortiz A, Diez-Canseco F, Vasquez A, Kuper H, Walsham M, Blanchel K. Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 [cited 2021 dec 12];6(8):e011300. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011300>.
20. Eide AH, Dyrstad K, Munthali A, Van R, Braathen SH, Halvorsen T, Persendt F et al. Combining survey data, GIS and qualitative interviews in the analysis of health service access for persons with disabilities. *BMC Int Health Hum Rights*. [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 26];18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-018-0166-2>.
21. Smith EM, Giesbrecht EM, Mortenson WB, Miller WC. Prevalence of Wheelchair and Scooter Use Among Community-Dwelling Canadians. *Phys Ther*. [Internet]. 2016 [cited 2021 dec 20];96(8). Available from: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150574>.
22. Alvarez A, Machado WCA, Teixeira ML, Castelo Branco EM, Figueiredo NMA. Body image in paraplegics: coping with changes from the perspective of people with spinal cord injury. *Revista Enfermagem UERJ*. [Internet]. 2016 [cited 2021 dec 14];24(1):e16125. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.16125>.
23. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring Barriers of the System to Rehabilitation Services for People with Disabilities in Iran: A Qualitative Study. *Electron Physician*. [Internet]. 2015 [cited 2022 jan 19];7(7). Available from: <https://doi.org/10.19082/1476>.
24. Sakellariou D, Rotarou ES. Access to healthcare for men and women with disabilities in UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*. [Internet]. 2017 [cited 2021 dec 22];7(8):e016614. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016614>
25. UN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations; New York, NY, USA: 2006. [cited 2022 mar 02]. Available from: <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i2.11486>.
26. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W. Improving access to assistive technologies: challenges and solutions in low – and middle-income countries. *WHO South East Asia J Public Health*. [Internet]. 2018 [cited 2021 dec 22];7(2). Available from: <https://doi.org/10.4103/2224-3151.239419>.
27. Dias C da S, Alfieri FM, Ayres DVM, Battistella LR. Efeitos de programa de reabilitação em regime de internação em paciente amputado transfemoral unilateral: relato de caso. *Acta Fisiátr*. [Internet]. 2021 [acesso em 29 março 2022];28(4). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v28i4a192612>.
28. Gao F, Foster M, Liu Y. Disability concentration and access to rehabilitation services: a pilot spatial assessment applying geographic information system analysis. *Disabil Rehabil*.

[Internet]. 2019 [cited 2022 mar 02];41(20). Available from:
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1468931>.