

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Fabiana Paulino Alves

**Deficiência física adquirida em decorrência da violência
física: representações de adolescentes e jovens**

Campina Grande
2012

Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: representações de adolescentes e jovens

Fabiana Paulino Alves

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.
Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Inácia Sátiro Xavier de França

Campina Grande
2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A474d Alves, Fabiana Paulino.
 Deficiência física adquirida em decorrência da
 violência física [manuscrito] : representações de
 adolescentes e jovens / Fabiana Paulino Alves. – 2012.
 107 f.

 Digitado
 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –
 Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-
 Graduação e Pesquisa, 2013.

 “Orientação: Profa. Ma. Inácia Sátiro Xavier de França,
 Departamento de Enfermagem”.

 1. Deficiência. 2. Adolescência. 3. Violência. 4.
 Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 362.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Paulino Alves

**Título: Deficiência física adquirida em decorrência da violência física:
representações de adolescentes e jovens**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Inácia Sátiro Xavier de França

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 17 Dezembro 2012
Banca Examinadora

Assinatura: Inácia Sátiro Xavier de França
Prof. (a) Dr.(a): Inácia Sátiro Xavier de França

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Assinatura: Maria Emília Limeira Lopes
Prof. (a) Dr.(a): Maria Emília Limeira Lopes

Instituição: Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Assinatura: Rosilene Santos Baptista
Prof. (a) Dr.(a): Rosilene Santos Baptista

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

De forma não pretensiosa, mas *ESPERANÇOSA*, dedico este trabalho aos **adolescentes e jovens** do nosso País; grupo que sempre representará o “**Futuro de uma Nação**”. Futuro este, que deverá ser construído no presente... Presente este que é constituído por todos nós **Brasileiros! ... Façamos a nossa parte!**

AGRADECIMENTOS

(De relevância à elaboração desse trabalho)

A minha amiga Mestreira *CLÁUDIA MARTINIANO*, por sempre acreditar em mim. Pelo olhar às primeiras escritas desse projeto. Se hoje estou concluindo uma pós-graduação Lato sensu e estou como membro acadêmico, devo a *VOCÊ*, pois foi o seu incentivo, através do “Dom Nato” de ensinar e estimular, que me conduziu aos caminhos da docência e da pesquisa! Desde a especialização, lembra?. Nesse momento, sinto-me como uma mudinha que você semeou e que começa a brotar! *OBRIGADA SEMEADORA DO CONHECIMENTO!*

À professora Doutora *INÁCIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA*, que com seu modo de orientar/ensinar fez-me enxergar para além das palavras ditas e/ou escritas... com o seu modo de ver e viver fez-me acreditar que voar é possível ... basta ter coragem! ... E que a altitude, a magnitude e o esplendor do voo dependem da força de vontade de cada um! Com a Sr^a, aprendi que valorizar o conhecimento do outro é o primeiro passo para o processo de ensino-aprendizagem: “O conhecimento que cada um tem é importante” e que eu como aprendiz complemento: “ao partilharmos saberes ... arguirmos ... instigamos ...inferimos, e assim contribuímos para a reelaboração do saber/conhecimento ou para a construção de um novo saber ou saberes”. Obrigada por me orientar/conduzir nas escritas que aqui apresento. Se hoje conquisto esta titulação, devo a *SENHORA! OBRIGADA* por acreditar em mim, *SEMEADORA DE SONHOS E DE CONHECIMENTO!*

A minha amiga Mestreira *ROSANA FARIAS BATISTA LEITE*, pelo olhar às primeiras escritas deste projeto. Pelas palavras certas nos momentos incertos ..., por me ajudar (talvez mesmo sem saber) a enfrentar as perdas ... e os furacões sócio-urbanos que se fizeram presentes nesses três últimos anos. Como me disse: “Às vezes, para se ganhar tem que perder”. *PERDI*, Vivenciei o *LUTO*, vou *SUPERAR*. *OBRIGADA*, seu cuidar foi essencial!

Às professoras Doutoradas *GABRIELA COSTA*, *MARIA EMÍLIA LIMEIRA LOPES*, *ROSILENE BAPTISTA*, pelo olhar técnico científico a este trabalho.

Ao meu esposo *JAILTON*, pelo apoio financeiro e empenho pessoal concedido à realização desta pesquisa durante o período da coleta de dados.

Às coordenadoras do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas - FCM, *ADEMILDA GARCIA* e *ANA RITA RIBEIRO*, pela compreensão e colaboração a minha meia ausência ao longo desses dois anos e meio. *OBRIGADA!*

À turma do mestrado 2010.2, pelos momentos de discussões realizadas que possibilitaram conhecimento, aprendizado e inquietações necessárias a um pesquisador. Pelos momentos de distrações, tão essenciais diante do cansaço que vivenciamos no primeiro semestre. Em especial ao grupo de estudo *TALIANNE* (amiga, fruto do mestrado), *FLÁVIA* e *BERTRAN*.

Aos Docentes do mestrado em Saúde Pública, em especial aos professores que participaram da minha banca na defesa dos seminários, pelas opiniões relacionadas às minhas escritas, as quais trouxeram grandes contribuições a este trabalho.

Aos adolescentes, jovens e familiares, por permitirem partilhar suas experiências vividas, relacionadas a um acontecimento tão marcante em suas vidas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande pela permissão concedida ao desenvolvimento da pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela colaboração imprescindível. Por gentilmente conduzirem-me aos domicílios dos adolescentes e jovens, viabilizando a realização desse trabalho.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande pela receptividade e contribuição à realização desse trabalho.

A minha cunhada, *ELIANE SANTOS PAULINO*, pelas correções as minhas escritas.

A todos, obrigada!

AGRADECIMENTOS

(De relevância pessoal)

A *DEUS*, Pai Todo Poderoso! Pelas oportunidades, conquistas, desafios e superações ao longo da vida, os quais me possibilitaram realizações pessoais e profissionais. Obrigada, SENHOR!

Aos meus *PAIS*, *SOCORRO* e *PEDRO*, que através de suas *palavras* e *ações* constituíram a base para a minha formação pessoal, alicerce sólido no qual construo e reconstruo minha formação e prática profissional.

Ao meu esposo, companheiro *JAILTON*, pela presença constante nas horas difíceis, pela compreensão das ausências, por partilhar comigo os momentos de doenças e tristezas que a vida nos trouxe nos últimos quatro anos, buscando sempre a superação e a alegria. Não tenho dúvidas, realmente o *AMOR SUPERA TUDO!*

Aos meus filhos, *MATHEUS*, (meu adolescente com feições de rapagão) e *VINÍCIUS*, (minha criança que já diz ser rapaz), minhas maiores obras! Obrigada pelos beijos, abraços e pelas palavras carinhosas: verdadeiros alimentos para a alma de uma mãe.

Aos meus irmãos, *FLÁVIO PACELLI*, *MARIA GORETTI*, *ANA FLÁVIA*, *MICHELINE* (*in memoriam*), *FÁBIO RONCALLI*, *FLÁBIO KAROL* e *ÂNGELO FABIANO*, pela partilha do amor, do companheirismo, da presença constante (perto ou longe). Sinto-me privilegiada por vivenciar o real sentido da palavra *IRMÃO: AMOR E UNIÃO: INCONDICIONAIS!*

Aos meus sobrinhos *GÉSSICA LARISSA*, *KHÉSIA SUILE*, *FLÁVIA LABELLE*, *ARTHUR*, *LINCOLN*, *ANDRÉ*, *ELLEN D'ELIANE*, *CAMILA CAROL* e a minha sobrinha neta *SHOFIA*. Fases que representam a infância, adolescência e juventude. Fontes de gargalhada e alegria, tão necessárias a nossa vida.

As minhas amigas *IOLANDA*, *MARISA*, *JULIANA*, *TEREZINHA*, *EDILEUZA*, *ABILENE*, *RISONETE*, *CARMINHA*, *ZILDA*, *SANDRA*, *GICÉLIA* pelo incentivo, pelas conversas

cotidianas, pelas partilhas nos momentos difíceis e alegres, assim como pela compreensão das minhas ausências, enfim pela amizade. Agora teremos tempo para *CELEBRAR A VIDA*.

As minhas primas e amigas *SUELÂNDIA* e *JUSCELÂNDIA*, pelas palavras de incentivo, por sempre torcerem por mim.

As minhas amigas *DIVANDA*, *DAIANE* que ao longo desses últimos dois anos partilharam momentos difíceis e momentos de alegria, mas principalmente de crescimento profissional através dos diálogos e práticas técnico científicas os quais têm gerado bons frutos. *OBRIGADA, COMPANHEIRAS!*

Aos familiares (*CUNHADOS, CUNHADAS, PRIMOS, PRIMAS, TIAS, TIOS*) um agradecimento especial pelos incentivos e presença constante.

À *ANDRÉIA FLORÊNCIO* minha gratidão, por ajudar a cuidar da minha família para que eu pudesse me dedicar a essa nova conquista.

“Deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino”...

(Mário Quintana)

... Pois como disse Mahatma Gandhi:

“A força não provém da capacidade física, mas da vontade férrea”.

RESUMO

ALVES, F. P. **Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: representações de adolescentes e jovens.** 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

Objetiva-se compreender as representações de adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida decorrente de violência física e suas consequências. Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa apoiada na teoria das representações sociais, realizada nas UBSF de Campina Grande, período outubro 2011 a fevereiro 2012. No universo de treze sujeitos, nove se constituíram a amostra. Os Instrumentos utilizados foram formulário e roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados do formulário foram analisados pela interpretação e expressividade, apresentados de forma discursiva, enquanto nas entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática pautado na Teoria das Representações Sociais. Respeitaram-se as diretrizes da Resolução 196/96, protocolo CEP nº 1912.0.000.133-11. Os resultados mostram os participantes do sexo masculino; com idade entre 16 e 24 anos; baixa escolaridade e baixa renda, cinco solteiros e quatro com companheira; dois trabalham; apresentavam monoparesia, paraplegia, tetraplegia ou amputação. Da análise das representações sociais, duas categorias se enunciaram. A primeira relacionada às representações sobre a deficiência, a partir das subcategorias alterações anatomofuncional, dos sentimentos vivenciados com a deficiência e a ausência da representação do termo deficiência. A segunda categoria diz respeito às representações sobre as repercussões da deficiência adquirida, representada pelas subcategorias: dificuldades e limitações decorrentes da deficiência, conquistas e superações, impacto nas relações pessoais e preconceito. A deficiência física adquirida na adolescência ou juventude, em decorrência da violência, se constitui em marca indelével representando dificuldades e limitações de ordem biopsicossociais, comprometendo a qualidade de vida. Requer melhora da assistência pelas instâncias competentes facilitando o acesso aos bens e serviços de direito.

PALAVRAS CHAVE: Deficiência. Adolescência. Juventude. Violência.

ABSTRACT

ALVES, F. P. Physical disability acquired at result of physical violence: representations of adolescents and youth. 107f. Dissertation (Master of Public Health). State University of Paraiba, Campina Grande, 2012.

Aims to understand the representations of adolescents and young people about the acquired physical disability due to physical violence and its consequences. It search exploratory, descriptive, qualitative is based on the theory of social representations held in UBSF of Campina Grande, the period October 2011 to February 2012. In the universe of thirteen subjects, nine constituted the sample. The instruments used were form and semi-structured interviews. The form data were analyzed by the interpretation and expressivity, presented in a discursive mode, while the interviews, we used the Content Analysis Categorical Thematic supported in the Theory of Social Representations. Respected to the guidelines of Resolution 196/96, Protocol No. CEP 1912.0.000.133-11. The results show the male participants, aged between 16 and 24 years, low education and low income, five singles and four with partner, two working; showed paresis, paraplegia, quadriplegia or amputation. From the analysis of social representations, two categories are enunciated. The first relates to the representations on disability from subcategories anatomical changes, the feelings with the disabilities and the lack of representation of the disability term. The second category concerns the representations about the repercussions of acquired deficiency, represented by subcategories: difficulties and limitations resulting from the disability, achievements and overruns, impact on personal relationships and prejudice. The disability acquired in adolescence or youth, as a result of violence, constitutes an indelible mark representing difficulties and limitations of order biopsychosocial, compromising the quality of life. Improvement requires assistance by the competent authorities facilitating access to goods and services correct.

KEYWORDS: Disabilities. Adolescence. Youth. Violence.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição territorial da Estratégia Saúde da Família nas zonas urbana e mista no Município de Campina Grande - Paraíba e dados do censo sobre casos de deficiência física adquirida na adolescência e juventude decorrentes de violência física, 2012.....	41
Quadro 2 – Apresentação das categorias e subcategorias.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	- Associação de Assistência às Crianças Deficientes
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APVP	- Anos potenciais de vida perdidos
ASAJ	- Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
ASIA	- American Spinal Injury Association
AVD	- Atividade da Vida Diária
BPC	- Benefício Prestação Continuada
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	- Comitê de Ética da Pesquisa
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade
CID-ID	- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CORDE	- Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Ministério da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PB	- Paraíba
PcD	- Pessoa com Deficiência
PROSAD	- Programa de Saúde do Adolescente
RS	- Representações Sociais
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
UBSF	- Unidade Básica Saúde da Família

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INDICE

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVO.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1	VIOLÊNCIA FÍSICA NA VIDA DOS ADOLESCENTES E JOVENS.....	24
3.2	DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA FÍSICA.....	29
3.3	POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS AOS ADOLESCENTES E JOVENS E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	35
3.3.1	Política de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem	35
3.3.2	Política Nacional direcionada a Saúde da Pessoa com Deficiência.....	36
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1	PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
5.2	AS REPRESENTAÇÕES DOS ADOLESCENTES E JOVENS ACERCA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	53
5.2.1	Categoria I – Representações Sobre Deficiência.....	54
5.2.2	Categoria II – Representações Sobre as Repercussões da Deficiência Adquirida.....	59
6	DIFICULDADES DA PESQUISA.....	82
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICES A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A.....	95
	APÊNDICES B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B.....	97
	APÊNDICES C - Instrumento para Coleta de Dados A.....	99
	APÊNDICES D - Instrumento para Coleta de Dados B.....	101
	APÊNDICES E - Termo de Compromisso do Pesquisador.....	102
	APÊNDICES F - Informe sobre a Pesquisa.....	103

ANEXOS	105
ANEXO A - Termo de Autorização Institucional.....	106
ANEXO B - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.....	107

1 INTRODUÇÃO

A adolescência e juventude compreendem as fases da vida em que se tem maior vigor físico, disposição e espírito de aventura, mas compreende também fases de dúvidas, angústias e de maior vulnerabilidade a fatores de risco psicoemocionais e sociais, que se apresentam de formas distintas, devido as características biológicas específicas de cada fase e ao meio social, econômico e cultural em que vive.

No Brasil, dada as dimensões continentais e de formação histórica, social e multicultural, se torna imperativo considerar a diversidade dos contextos de vida de adolescentes e jovens para melhor análise e compreensão dos grupos em questão, sendo mais adequado falar de cada fase distintamente. Deste modo, o Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período da adolescência entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e o período da juventude entre 15 e 24 anos, havendo uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. No entanto, utiliza também o termo “pessoas jovens” para incluir ambos os grupos, ou seja, pessoas de 10 a 24 anos (BRASIL, 2010). A juventude também corresponde ao período entre 20 a 24 anos (POTTER ; PERRY, 2009).

A adolescência representa do ponto de vista fisiológico, o período de crescimento e desenvolvimento do corpo humano, onde a fragilidade do corpo de criança ganha hígidez a partir das transformações anatomofisiológicas ocorridas. Do ponto de vista emocional/cognitivo ocorrem transformações complexas e conflitantes, no entanto necessárias a maturidade do ser humano. Para Waiselfisz (2007) na juventude o indivíduo já apresenta potencial biológico para a produção de funções sociais e reprodutivas, mais ainda é considerado imaturo pela sociedade. Portanto, levando-se em consideração as especificidades de cada fase, utilizou-se nesse estudo (para fins metodológicos) o termo adolescente, para pessoas de 10 a 19 anos e o termo jovem para pessoas de 20 a 24 anos de idade.

No Brasil, a preocupação com a saúde e o estilo de vida dos adolescentes e jovens está, cada vez mais, crescente. Nos últimos anos leis, normas e diretrizes foram elaboradas e implementadas visando à melhoria da assistência dos sistemas de saúde para com esse grupo. A política de atenção à saúde do adolescente e jovem preconiza a promoção à saúde e a prevenção de agravos por meio de ações educativas, com participação direta destes no

planejamento e avaliação, através de ações multidisciplinares e intersetorial (SERRA; CANNON, 2003).

Apesar da implementação de políticas específicas os dados evidenciados na atualidade relacionados a essas fases da vida são preocupantes, sendo decorrentes de problemas gerados por questões como a violência, (diversos tipos), infrações, evasão escolar, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, alta taxa de mortalidade por causas externas, desajuste emocional (RUZANY; MEIRELLES, 2009; BENETTI et al, 2006). Problemas como estes, que podiam ser factíveis de prevenção, têm comprometido a qualidade de vida de adolescentes e jovens no Brasil.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2002, a população de adolescentes e jovens no Brasil correspondia a 57.426.021 de indivíduos, representando 30,33% da população nacional, com proporções quase iguais entre os sexos, sendo que 50,4% são rapazes e 49,5% são garotas. Na população considerada adolescente os dados demonstravam semelhança, sendo 17.348.067 de indivíduos com idade entre 10-14 e 17.939.815 de indivíduos com idade entre 15-19 anos, enquanto na população de jovens, com idade entre 20-24 anos, havia um decréscimo, sendo 16.141.515 indivíduos. A explicação para esse decréscimo estava nos dados de mortalidades por causas externas. Mesmo considerando o processo de desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, nesse período, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade foi considerada a mais numerosa em toda a história do Brasil (FERNANDES, 2009).

Dados do censo do IBGE de 2010 apresentam uma redução nesse grupo populacional, correspondendo atualmente a 51.402.821 de indivíduos, representando 29,9% da população nacional. A proporção entre os gêneros está equiparada com 25.914.508 garotos e 25.488.313 garotas. A população de adolescentes entre 10-14 anos é de 17.166.761 indivíduos, entre os adolescentes de 15-19 anos a população é de 16.990.870 indivíduos, uma redução de pouco mais de um milhão de adolescentes, quando comparado aos dados do IBGE em 2002; enquanto que entre os jovens de 20-24 anos houve um aumento na população, sendo 17.245.190 indivíduos, pouco mais de um milhão de pessoas, quando comparados aos dados do IBGE de 2002 (IBGE, 2010).

Na Paraíba, segundo dados do censo 2010, a população de adolescentes e jovens corresponde a 1.048.171 indivíduos, sendo 526.347 indivíduos do sexo masculino e 521.824 indivíduos do sexo feminino, representando 27,8% da população. Em Campina Grande esse grupo populacional corresponde a 105.199 indivíduos, sendo 52.394 indivíduos do sexo

masculino e 52.805 indivíduos do sexo feminino, representando 27,3% da população do município (IBGE, 2010).

Na avaliação dos dados do censo de 2000 e 2010, referente à população brasileira de adolescentes e jovens, observa-se que houve uma mudança na faixa etária do grupo que apresentou redução da população, onde no censo de 2000 foi na faixa etária de 20 - 24 anos e atualmente foi na faixa etária de 15 - 19 anos, onde a causa relacionada ao decréscimo desse grupo etário continua sendo a mesma relacionada ao grupo etário do censo de 2000, ou seja, a mortalidade por causas externas. Percebe-se, portanto, que a mudança ao longo desses 10 anos, em relação à mortalidade por causas externas, está relacionado apenas a faixa etária do grupo mais vulnerável, não havendo redução dos fatores desencadeantes do problema, a exemplo da violência.

A adolescência é considerada a fase mais complexa e dinâmica do ponto de vista físico e emocional na vida do ser humano; fase em que ocorrem várias mudanças no corpo repercutindo diretamente na evolução da personalidade do indivíduo (VIANA; FIGUEIREDO, 2006). Estas transformações constituem tanto as particularidades individuais quanto as peculiaridades de grupos sociais de uma determinada sociedade (MARQUES, 2008). Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) crianças e adolescentes vivem em situação de absoluta miséria, filha da violência estrutural, campo propício para a experiência da delinquência (MINAYO, 1994).

Para Castro e Abramovay (2005, p 32) os jovens constituem uma população vulnerabilizada, principalmente se pobres. As vulnerabilidades se reproduzem e se combinam, limitando os sujeitos de suas potencialidades e direitos. Nessa perspectiva, Ruzany (2008) relata que os problemas de saúde que acometem os adolescentes são gerados por dificuldades socioeconômicos, como pobreza, desemprego, falta de moradia, ausência da família, ausência de educação adequada e violência; falta de acesso a direitos sociais e de políticas públicas específicas. Tais questões de vulnerabilidade requerem políticas públicas efetivas e eficazes para o enfrentamento das demandas, visto que esse grupo etário representa não só um grande contingente populacional do país, mas o “futuro da nação”.

A experiência de trabalho com adolescentes e jovens tem mostrado que, dada às características específicas dessas fases da vida, os sonhos são muitos, mas as oportunidades nem sempre possibilitam a concretização desses sonhos e, em uma comunidade carente os caminhos existentes podem levar os adolescentes e jovens aos diversos tipos de vulnerabilidade, dentre elas a violência, geradora de traumas fatais e não fatais. Quando não

fatais estes traumas trazem principalmente consequências físicas e psíquicas, assim como repercussões sociais e econômicas ao Estado, aos adolescentes, jovens e seus familiares.

Esta experiência remete a uma abordagem feita por Minayo em 1994, em que relata “a situação da dinâmica social propulsiona a violência e esta repercute de forma drástica nos adolescentes e jovens”, sendo considerado um dos mais persistentes problemas do desenvolvimento social, da prática política e do relacionamento da humanidade e traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano. Deste modo, segundo a autora, “não existe nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente; tendo o ser humano, desde os tempos passados, se preocupado em entender o fenômeno da violência e quais elementos compõem a sua essência, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social”(MINAYO, 1994, p. 7).

Para o Ministério da Saúde (MS), atualmente, a violência vem sendo disseminada sobre várias formas, tornando-se quase impossível precisar suas causas e propor medidas eficazes para sua extinção. Essa questão se torna mais complexa quando as agressões são dirigidas à população infanto-juvenil (BRASIL, 2008).

No Brasil, falar de adolescentes e jovens nas duas últimas décadas implica falar de violência, sendo considerado o grupo mais exposto e vulnerável a sofrer violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional (BRASIL, 2006). Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que é principalmente na fase da adolescência e juventude que essa questão é mais evidenciada, em que aparecem tanto como agressor, quanto como vítimas (BRASIL, 2006; WEISELFISZ, 2012).

A violência, tradicionalmente, vem sendo tratada através das investigações dos estudos de mortalidade, enquanto que os sistemas de informação relacionados à morbidade são precários ou inexistentes, sendo difícil dimensioná-la (MINAYO, 1994). Dentre os casos de morbidade, os traumatismos não fatais e com sequelas, a exemplo da deficiência física, representam grande impacto (em longo prazo), repercutindo na família e na sociedade, penalizando crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Repercutem também em custos sociais, econômicos e emocionais (CAVALCANTI et al, 2008).

Os fatos descritos são representados nos dados da instituição filantrópica de reabilitação física – Associação de Assistência às Crianças Deficientes – AACD de São Paulo que revelam os índices de jovens vítimas de traumas decorrentes da violência em 2000: 63%, menores de 18 anos deram entrada na instituição por apresentarem lesão medular por algum tipo de violência, em sua maioria sequelas permanentes. Desses atendimentos, a categoria de

causas externas relacionada à violência por arma de fogo foi de 47% dos casos (CHEN; NEVES, 2002). No Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), a Paraíba registrou no período de janeiro de 2008 a maio de 2011, entre as faixas etárias de 10 a 24 anos, 1.640 internações por causas externas relacionadas à violência física, sendo as categorias de causas: agressão, arma de fogo, objeto cortante, penetrante ou contundente (DATASUS, 2011).

Em dados percentuais, esse número de atendimentos representa apenas 0,15 % desse grupo populacional (dados do censo de 2010), o que pode ser considerado pouco significativo, do ponto de vista estatístico, mas, se avaliado do ponto de vista da causa base (a violência) que gerou a necessidade desses atendimentos e das consequências para os sujeitos (a exemplo da deficiência física), passa a apresentar maior relevância para a saúde pública. De certo modo, esses dados de atendimento por causas externas expressam uma visão mais ampla da problemática relacionada aos quadros de morbidade por violência, uma vez que revelam, principalmente, as fragilidades, limitações e impotências das políticas públicas nas questões que permeiam o combate ao fator desencadeante do problema (a violência), bem como do fator considerado protetor/preventivo (o processo de educação familiar e escolar no país), requerendo, pois, maior ação do poder público no combate a esse mal assolador.

Abordar sobre a deficiência física adquirida na adolescência ou juventude, em decorrência da violência, é relatar sobre uma vida “marcada” para sempre. Por isso, promover a acessibilidade e inclusão social do adolescente e jovem com deficiência física adquirida requer medidas de ações interdisciplinares e intersetoriais; faz parte das ações prioritárias da atenção integral a saúde do adolescente e jovem, papel que deve ser realizado por todos os profissionais da saúde. Assim, no que concerne à deficiência, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como meta mais abrangente a inclusão dessa pessoa, com o propósito de que todos possam desfrutar de uma vida com qualidade, sem exclusões (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens à violência é um tema bastante pesquisado e divulgado, principalmente nos dados relacionados à mortalidade em decorrência da violência. No entanto, no que concerne aos dados de morbidade adquirida pelos adolescentes e jovens vítimas da violência, a exemplo da deficiência física, estes são pouco explorados e conseqüentemente os registros literários são escassos (BRASIL, 2001). Embora Minayo (1994) tenha abordado esta situação, há 16 anos, as informações sobre morbidade adquirida por violência a esses grupos, na atualidade, ainda continuam escassas.

Considerando que os dados estatísticos nessa faixa etária limitam-se aos dados de vulnerabilidades e mortalidade, interessa nesta pesquisa **compreender as representações de adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida** decorrente de violência física, sendo pertinentes os seguintes questionamentos: **Qual a representação de deficiência física adquirida em decorrência de violência física construída por** adolescentes e jovens? Que significados os adolescentes e jovens atribuem as modificações/consequências ocorridas na sua vida diária? Tais questões buscam identificar a representação social da deficiência física adquirida para os adolescentes e jovens

Diante das observações cotidianas da vida profissional de enfermagem, em âmbito hospitalar e na atenção primária, observou-se um número significativo de adolescentes e jovens vitimados pela violência. No campo da academia, atuando em pesquisa com a qualidade de vida de pessoas adultas com deficiência física adquirida (lesão raquimedular), foram identificados adolescentes e jovens com deficiência física adquirida decorrente de violência, sofrendo com as sequelas. Muito desses adolescentes e jovens deixam a escola, isolam-se em casa, perdem as perspectivas para o futuro, percebendo apenas as dificuldades geradas pela deficiência adquirida. Tal situação despertou a atenção para os problemas vivenciados pelos adolescentes e jovens e por seus familiares, suscitando a pesquisa do tema em questão.

Na área da saúde as limitações e dificuldades para o enfrentamento da deficiência física é um fato presente em todos os atores envolvidos, como família, profissionais da saúde e gestores, assim como de outras áreas sociais (educação, serviço social) (VENTURI; DECÉSARO; MARCON, 2001). Estas questões dizem respeito aos fatores causais, ou seja, aos fatores de risco que decorrem da conjuntura dos problemas de ordem social, política, econômica e cultural que, embora levem a um problema comum “a violência”, podem apresentar características diversas, conforme o meio social ao qual pertence o indivíduo, fato que dificulta ainda mais as ações de prevenção necessárias ao enfrentamento do problema.

Do ponto de vista da saúde pública, a deficiência física como sequela da violência deve ser considerada “evitável”. No entanto, essa é uma problemática extremamente complexa e que requer ações intersetoriais e não apenas da área da saúde.

No setor saúde, essa problemática impõe a necessidade de ações que envolvam os adolescentes e jovens de forma pró-ativa na busca de melhoria da qualidade de vida, com participação direta destes nos serviços de saúde, através do planejamento e avaliação de suas necessidades e seus próprios cuidados, de modo que possibilite a redução dos fatores de riscos

ao qual o grupo está exposto, devendo ser este o papel fundamental das ações da Atenção Primária.

Em se tratando do ser adolescente e jovem que está com a vida desabrochando e de repente se torna vítima e/ou agente da violência, faz-se necessária uma reflexão mais profunda de toda a sociedade, de modo que cada um (indivíduo e Estado) seja capaz de assumir suas responsabilidades diante dessa problemática que vem comprometendo a vida desses “pequenos e jovens **cidadãos**”, assim como repercutindo na história da própria sociedade.

2 OBJETIVO

Compreender as representações de adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida decorrente de violência física e suas conseqüências.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão e posterior explanação do tema proposto nesta pesquisa, foi realizado levantamento bibliográfico acerca da temática com enfoque na violência física como fator de risco para adolescentes e jovens; a deficiência física como uma consequência da violência na vida dos adolescentes e jovens e as políticas públicas direcionadas aos adolescentes e jovens e as Pessoas com Deficiência (PcD).

3.1 VIOLÊNCIA FÍSICA NA VIDA DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A palavra violência provém do latim *vis* que representa idéia de força, vigor e potência, designando o emprego da força. O termo violência refere-se à vida de relação do ser humano com o mundo, com os outros e consigo mesmo (BRASIL, 2008). Segundo Dadoun (1998 apud BRASIL, 2008, p. 134), “vis serve para marcar o caráter essencial, a essência de um ser”. Neste caso a violência é algo inerente ao ser humano, faz parte da sua natureza humana. No entanto, a violência também é descrita como algo externo ao homem, que lhe é impingido, podendo levar a uma resposta também violenta (reação ou forma de defesa), ou seja, não é simples indicar com precisão a origem e os motivos da violência.

A abordagem conceitual da violência é posta na literatura como um termo de difícil elaboração, dada a sua amplitude, complexidade e dinamicidade, sendo considerado um fenômeno social, visto que a sua compreensão/significação é construída segundo o momento histórico e o contexto sócio cultural de uma sociedade (WAISELFISZ, MACIEL, 2003; MINAYO, 2006). Segundo Machado (2010), a definição ou delimitação desse termo pode incorrer no risco de excluir aspectos considerados essenciais ao próprio conceito. Para Abramovay e Pinheiro (2003), dada as suas características, não existe um conceito absoluto para a violência, mais um conceito em constante transformação.

Waiselfisz e Maciel (2003, p. 16) relatam que essa dificuldade de conceituar a violência perpassa por duas questões efêmeras. A primeira questão diz respeito ao fato

(supracitado) dos seus significados serem construídos e modificados socialmente a partir de momento histórico e contexto social, de modo que diferentes significados lhes são atribuídos. A segunda questão diz respeito ao termo “violência” poder ser referido a diversas situações específicas, com determinações legais, modos de produção, explicações e efeitos diferentes, a exemplo: violência a mulher, a criança, juvenil, racial, entre outras. Sobre este termo os autores dizem: “... são outros tantos delimitadores que nos falam de âmbitos e situações diversas que, sob o termo genérico, escondem realidades que geram modos de manifestação e de entendimento da violência bem diferentes”.

Entretanto, Abramovay e Rua (2002, p 49) relatam que apesar da complexidade do termo, dos diferentes significados a ele atribuídos dificultando sua conceituação, existe um consenso básico atrelado a sua significância, o qual descrevem como: “ Todo ato de agressão - física, moral, institucional - que tenha como alvo a integridade do(s) indivíduo(s) ou grupo(s) é considerado ato de violência”. Waiselfisz e Maciel (2003, p. 16) chama esse consenso de núcleo central e, assim dizem, “ ... não se pode negar que existe um forte núcleo central atrelado , de uma ou outra forma, à noção de agressão física ou moral que pode causar danos ou sofrimento a pessoas ou a grupos”.

Riustum (2004 p.20) apresenta quatro características que denotam a grande complexidade relacionada ao termo violência, sendo estas: “a polissemia do seu conceito; a controvérsia na delimitação de seu objeto, a quantidade, variedade e interação de suas causas e a falta de consenso quanto a sua natureza”.

Mesmo diante das dificuldades de conceituação do termo violência, necessário se faz descrevê-la, para fins de utilização deste termo nos mais diversos âmbitos da sociedade, em que seja necessário delimitar o que seja entendido como violência para se fazer a defesa do ser humano se acometido por esta. Para tanto, muitos conceitos foram postos ao longo dos anos, por diversas áreas do saber (psicologia, sociologia, área jurídica, área da saúde, entre outras), com o intuito de estabelecer limites que visem a proteção do homem e o respeito a dignidade humana.

No Brasil, o MS em 2001, através da Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, publicou em documento oficial a “ Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências”, neste definiu o termo violência como “ ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si a aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

Já no Relatório mundial sobre violência e saúde da OMS, o termo violência foi definido considerando-se a intencionalidade do ato praticado, independentemente do resultado

gerado (KRUG et al, 2002, p.5). Em relação à saúde ou ao bem estar das pessoas, o termo violência é descrito como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al, 2002, p.5)

A partir da análise dos conceitos, percebe-se que independente do modo de ação como se institui uma agressão contra o (s) indivíduo (s) ou o entendimento que se tem desta, o termo final designado será “violência”, posto que não existe nenhum outro termo, mesmo com tantas dificuldades de definição e delimitação de sua significância, que consiga abarcar tamanha complexidade gerada pela diversidade e amplitude de agressões perpetradas pelo homem.

A partir do modo de ação com que a violência é instituída se estabelecem tipos de classificações para o termo violência. Segundo a OMS, a violência é dividida conforme a característica de quem comete a ato, sendo os tipos: violência autoinfligida (contra si mesmo); violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (acontecem no âmbito macro social, político e econômico – dominação de grupos e do Estado). Os tipos existentes são diversos: violência sexual, violência de gênero, violência psicológica, violência financeira, violência no trânsito, violência física, entre outras (WAISELFISZ, 2003).

Dentre os conceitos descritos para o termo violência, para fim didático e metodológico, este estudo se guiou pelo conceito estabelecido pela OMS, com o foco na definição da violência física como sendo a ação de uma pessoa sobre a outra, de forma intencional, por meio de força física, de algum tipo de arma, podendo ou não, provocar lesões internas, externas ou ambas; podendo se manifestar sob várias formas, como: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, lesões por arma de fogo, cortes, entre outras, que cause dano corporal ao indivíduo (WAISELFISZ, 2011).

Sobre o tema, o mundo contemporâneo traz em sua história o crescimento acentuado de dois fenômenos, a violência e a vulnerabilidade social, sendo os jovens de classes populares os mais atingidos por estes. Estudos demonstram que as diversas situações em que vivem estes jovens, como condições de vida, serviços públicos precários, falta de oportunidades de emprego, de lazer e restritas perspectivas de mobilidade social, são considerados potenciais motivadores de ações violentas (ABRAMOVAY; PINHEIRO, 2003). A violência constitui-se, portanto, em um fenômeno de origem multicausal correlacionada às

desigualdades sócias econômicas e culturais (MALTA et al, 2010; ABRAMOVAY; PINHEIRO, 2003; MINAYO, 2006) , assim como aos aspectos subjetivos e comportamentais vigentes em cada sociedade (MALTA et al, 2010).

No Brasil, nas últimas décadas, a violência tomou proporções preocupantes em razão da sua magnitude, gravidade e capacidade de vulnerabilizar a saúde dos indivíduos e da coletividade, tornando-se um problema de saúde pública (MINAYO, 2006; SOUZA; SANTANA, 2009).

Minayo (2005) aborda a violência como um fenômeno sócio cultural, dada a sua origem e manifestações, não sendo em si uma questão de saúde pública, mas por afetar a saúde do indivíduo e da coletividade, transforma-se em um problema de saúde pública o que exige, para sua prevenção e tratamento, a elaboração de políticas específicas.

O fenômeno da violência deixou de ser um fato presente apenas nos grandes centros urbanos, sua interiorização já vem se reproduzindo tal qual nas metrópoles, revelando-se como mais um desafio para a sociedade brasileira (GONGÁLEZ, 2007; WAISELFISZ, 2011). Com formas multifacetadas a violência atualmente, está presente nos mais diferentes espaços, público ou privado, adquirindo crescente envolvimento da população jovem, tanto no papel de vítima quanto no de agressor (ABRAMOVAY et al 2003; WAISELFISZ, 2002; MELO et al, 2007). Sobre essa relação com a violência, Milani (1999) diz que a população de adolescentes e jovens, quando vítima, sofre a exclusão da própria vida ou saúde, e, quando agressor, exclui-se da possibilidade de viver o exercício da cidadania, sujeito de direitos e deveres.

Os dados epidemiológicos da violência física entre os adolescentes e jovens estão evidenciados nos registros do Mapa da Violência no Brasil 2011 e 2012. No Mapa da Violência - Os jovens do Brasil, Waiselfisz (2011) relatou que os índices de violência no país permanecem extremamente elevados, principalmente a violência física, sendo os jovens os principais atores e vítimas. No ano de 2008, a violência física (homicídio) foi a causa morte de 39,7% dos jovens de 15 a 24 anos. No Mapa da Violência – Crianças e adolescentes do Brasil, Waiselfisz (2012) relatou que a violência física prevaleceu nos registros do Sistema Único de Saúde (SINAN/SVS/MS) entre crianças e adolescentes, correspondendo a 40,5% dos atendimentos registrados. Entre adolescentes de 15 a 19 anos, esse percentual elevou-se, correspondendo a 59,6% dos atendimentos registrados. Em todas as faixas etárias, a violência, dentre elas a física, ocorreu na residência das vítimas, sendo que a partir dos 15 anos de idade, as ocorrências passaram a acontecer na rua, gerando uma maior reincidência da violência física.

Por serem os jovens e os adolescentes os grupos mais vulneráveis a violência, faz-se necessário conhecer e compreender essas fases da vida, de modo a identificar as características específicas, a conjuntura social a que pertencem e os fatores de riscos aos quais estão expostos, como meio de buscar soluções para esses problemas e o intuito de reduzir a violência e suas consequências: a mortalidade e as morbidades.

Do ponto de vista da saúde, a adolescência é considerada o período em que o indivíduo faz a transição da infância para a fase adulta. O termo adolescente refere-se ao amadurecimento psicológico do indivíduo e a puberdade refere-se ao desenvolvimento anatomo-fisiológico do organismo, ponto em que a reprodução se torna possível (POTTER; PERRY, 2009). A juventude é considerada o período que vai da adolescência a idade adulta, sendo considerado um fato relativamente recente na história da humanidade (subproduto da modernidade). Caracteriza-se por uma etapa em que o indivíduo já tem adquirido potencial biológico para a produção (terminar os estudos, ingressar no mundo do trabalho, o casamento, a formação de um novo lar) e para reprodução (procriação), no entanto, socialmente ainda são considerados imaturos para assumirem tais funções (WAISELFISZ, 2007).

Horta e Sena (2010) chamam-nos a atenção para ampliarmos nosso olhar para as características e especificidades desses “cidadãos”, para que estes não sejam avaliados e/ou compreendidos por conceitos que limitem nossas ações, apenas vinculadas às transformações físicas, o crescimento/desenvolvimento e à maturação sexual; devendo também ser considerados os aspectos referentes aos riscos atribuídos pela curiosidade e experiências vivenciadas nessas fases, conforme seu meio social; assim dizem:

Considerar os contextos de vida, as particularidades, os recursos existentes e acionados é fundamental na conceituação e na compreensão da adolescência e juventude. Nas classes sociais mais privilegiadas, a adolescência e juventude tendem a se estender, enquanto que, nas periferias, a vivência da juventude é encurtada pelas necessidades de que os jovens assumam o trabalho além da família, com a chegada dos filhos, marcadores da vida adulta (HORTA; SENA, 2010 p.480).

Para se trabalhar com os adolescentes e jovens é necessário destituir o foco exclusivo dos aspectos biológicos/pubertários e considerar essas fases como um fenômeno cultural marcado por um período psicossociológico específico, em que os elementos simbólicos e sua dinâmica interna adquirem grande importância. Esses elementos encontram expressão na realidade social e vão ao encontro da violência (GUIMARÃES; CAMPOS, 2007). Violência essa que pode restringir e/ou limitar o processo de crescimento e desenvolvimento destes como pessoa, podendo produzir atitudes antissociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras (SOUZA; SANTANA, 2009).

Dentre os processos de restrição e limitação impostos pela violência física encontra-se a deficiência física adquirida que se configura como consequência não fatal dessa violência (FRANÇA et al, 2011). Os grupos de adolescentes e jovens são os mais vulneráveis a violência e conseqüentemente a uma deficiência física adquirida. Diante dessa condição, que na maioria das vezes é decorrente de um ato de violência, suas vidas estarão marcadas para sempre; visto que ocorrem mudanças abruptas em decorrência da condição de deficiência, ocasionando a ruptura de uma certa ordem em detrimento às novas necessidades, que se estabelecerão para além do período agudo da doença ou lesão, sendo necessária a introdução de cuidados, frequentemente desconhecidos pelos familiares e adolescentes (CHEN; NEVES, 2002).

Podemos perceber que, ao longo da história, a violência muda de contexto, de ação, de foco, mas não muda o modo como atinge as pessoas, pois continua a dilacerar o ser humano, seja do ponto de vista físico ou psicoemocional; perpetuando-se ao longo dos tempos com uma mesma forma de atemorizar, atingindo tanto as vítimas como os agressores, disseminando-se cada vez mais na sociedade e gerando vítimas fatais e não fatais, a exemplo da deficiência física que tem comprometido a vida de muitos adolescentes e jovens ao longo do tempo no nosso país.

Desse modo, o problema relacionado à violência no Brasil é considerado um problema social e multifacetado, decorre do desrespeito aos direitos humanos, das desigualdades sociais, da insuficiência das políticas públicas e das diferenças regionais. O enfrentamento dessa problemática requer ações multidisciplinares e o compromisso de todos os envolvidos para sustentar políticas e desenvolver condutas contra a violência (SOUZA; SANTANA, 2009).

3.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA FÍSICA

Segundo dado da Organização das Nações Unidas (ONU), existe no mundo cerca de 600 milhões de PcD, vivendo em sua maioria em países em desenvolvimento (BERNARDES, et al, 2008). No Brasil, os dados estatísticos oficiais sobre a PcD foi apresentado no Censo Demográfico de 1991, em cumprimento a Lei nº 7.853/89, que tornou obrigatória a inclusão

de itens específicos nos censos nacionais. Os resultados evidenciaram a existência de 2.198.988 milhões de PcD, numa população total de 146.815.750 habitantes, representando 1,49 % desta. No Censo de 2000, essa população teve um aumento considerável passando para 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, isso em virtude da nova abordagem conceitual e metodologia adotada pela OMS, através da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (CIF/ percepção de funcionalidade, 2001), representando 14,5% da população brasileira (BRASIL, 2009).

Os dados do último censo realizado em 2010 revelam que existem no Brasil 45 milhões de pessoas com deficiência motora, visual, auditiva, mental ou intelectual, correspondendo a 23,9% da população brasileira, sendo 38.473.702 residentes da na área urbana e 7.132.347 da zona rural. (IBGE, 2012). No entanto, se faz necessário abordar que em relação à deficiência motora o IBGE considerou como critério a pessoa que apresentava dificuldade permanente para caminhar ou subir escadas com uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, de acordo com a classificação: não consegue de modo algum, grande dificuldade, alguma dificuldade, nenhuma dificuldade. Foram verificados os graus de severidade de cada deficiência motora relacionada à dificuldade de locomoção (comprometimento de membros inferiores), não existindo coleta relacionada às pessoas com deficiência motora de membros superiores, a qual também traz limitações para o indivíduo, principalmente no desenvolvimento de atividade laboral.

Na Paraíba, a população com deficiência motora é de 320.805 pessoas (zona rural e urbana) e no município de Campina Grande é de 27.521 pessoas. No referido município, a classificação de dificuldade permanente verificada foi: não conseguem de modo algum - 1.571 pessoas; grande dificuldade – 7.835 pessoas e com alguma dificuldade – 18.115 pessoas (IBGE, 2012).

Nos dados do IBGE, não se faz distinção entre deficiência adquirida e por causas diversas. Essa distinção é importante porque cada tipo de deficiência tem seu comprometimento singular, devendo este ser considerado, uma vez que traz dificuldades e limitações, de menor ou maior grau para a vida do indivíduo, podendo comprometer sua qualidade de vida.

Destarte, se faz necessário ressaltar as várias “palavras” utilizadas ao longo do tempo para denominar a PcD, visto que a partir dessas “palavras conceituais” surgiram as classificações que representaram a PcD perante a sociedade, sendo a compreensão destas um dos fatores que influenciaram nas legislações e políticas públicas estabelecidas para esse grupo social (FRANÇA, PAGLIUCA, 2009; AMIRALIAN et al, 2000).

França e Pagliuca (2009) relatam que o conceito de deficiência é constituído culturalmente, em um contexto histórico, sendo determinado pelas relações e interesses da sociedade. Para Bernardes (et al, 2008,) a evolução conceitual de deficiência é induzida pelas transformações sócio-históricas e culturais impondo-se a ajustes contínuos à compreensão. Deste modo, o conceito de deficiência tem evoluído ao longo dos tempos, em decorrência das mudanças na sociedade, assim como pelas conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Na década de 1960, essas pessoas passaram a ser classificadas de “incapacitadas”, ou seja, “pessoas sem capacidades”. Entre as décadas de 1960 e 1980 foram designadas de “os defeituosos” (indivíduos com deformidade física) e “os deficientes” (indivíduos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla), posteriormente, utilizou-se a expressão “os excepcionais” classificando as pessoas com deficiência intelectual. O termo “pessoas deficientes” foi utilizado entre as décadas de 1981 e 1987, objetivando melhorar a imagem dessas pessoas. Entre 1988 até 1993, várias denominações foram utilizadas, como “portadores de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais” e “portadoras de necessidades especiais”. A partir de 1994, estas pessoas passaram a ser designadas como “pessoas com deficiência”, sendo esta atualmente a conceituação aceita no Brasil e no mundo. (SILVA, PINTO, GUEDES, 2007).

Para Bernardes (et al, 2008, p.32), as pessoas com deficiências constituem um “grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência e, por conseguinte, diferentes necessidades”. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.22) a pessoa com deficiência é “aquela que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade”.

Na área social, Queiroz (2009, p 12) descreve a deficiência física como sendo:

o produto do descompasso entre as condições do indivíduo afetado por uma limitação funcional, as suas expectativas quanto à execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, as demandas ambientais nessa direção, a escassez ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que lhe permitam funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a auto-estima..

Para efeito jurídico e social faz-se necessário definir os termos que classificam os vários tipos de deficiência; para tanto, o Decreto nº 3.298/1999 considera três termos básicos na avaliação do comprometimento da deficiência para o sujeito, sendo estes o tipo de deficiência, a permanência desta e o grau de incapacidade gerada. Assim considera-se a deficiência como “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”; a deficiência permanente como “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 a incapacidade como a “redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função. (BRASIL, 1999, p. 1)

Na área da saúde, em se tratando do termo estabelecido para a deficiência física, o Decreto nº 5.296/2004, do Ministério da Saúde define como (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2004, p.314):

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, 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.

Essas categorias de deficiência física são definidas segundo o nível da lesão sofrida e o grau de comprometimento funcional gerado, sendo os tipos (IBC, 2012):

Paraplegia: perda total (paralisia) das funções motoras dos membros inferiores.

Paraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.

Monoplegia: paralisia das funções motoras de apenas um membro do corpo (superior ou inferior).

Monoparesia: perda parcial das funções motoras de um só membro (superior ou inferior).

Tetraplegia: perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores.

Tetraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros superiores e inferiores.

Triplegia: perda total das funções motoras em três membros.

Tri paresia: perda parcial das funções motoras em três membros.

Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).

Hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo. (direito ou esquerdo).

Amputação: quando há falta total ou parcial de um ou mais membro do corpo.

Ostomia: abertura de um orifício em um órgão, através de procedimento cirúrgico, fazendo a comunicação deste com o meio externo.

A avaliação do nível da lesão neurológica sofrida e/ou apresentada é imprescindível para que se determine o comprometimento neurofuncional existente; a partir desta avaliação se estabelece o tipo de deficiência física, permitindo melhor acompanhamento ao paciente (FARIA, 2006).

A Associação Americana de Lesões da Coluna Vertebral (ASIA - American Spinal Injury Association) elaborou e publicou, em 1992, uma escala de classificação das restrições neurológica e funcional destinada a avaliar e definir com exatidão o nível da lesão neurológica e o grau de comprometimento funcional, com o objetivo de estabelecer prognóstico, sendo uma das escalas mais utilizada a nível mundial (HOSPITAL ISRAELITA, 2012).

Esta escala classifica os tipos de lesão em cinco categorias (NEVES et al, 2007; FRANÇA et al, 2011):

A = Lesão completa. Ausência de função motora e sensorial nos segmentos sacrais S4 –S5.

B = Lesão incompleta. Função sensorial preservada abaixo do nível da lesão neurológica, inclui o segmento sacral S4- S5, e ausência de função motora abaixo do nível neurológico de ambos os lados do corpo.

C = Lesão incompleta. Função motora preservada abaixo do nível da lesão neurológica, e mais da metade das funções dos músculos-chave abaixo do nível neurológico apresentando um grau de força muscular abaixo de 3 (escala de 0-5).

D = Lesão incompleta. Função motora preservada abaixo do nível da lesão neurológica, e pelo menos a metade (metade ou mais) das funções dos músculos-chave apresentando um grau de força muscular igual ou superior a 3.

E = Normal. Função motora e sensitiva normais em todos os segmentos.

Outro documento utilizado para classificar a deficiência e suas consequências é a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIF). Esse documento foi elaborado e aprovado pela OMS com participação ativa de 65 países, estabelecendo novos paradigmas sobre a saúde e deficiência, resultado de sete anos de trabalho com empreendimento de rigorosos estudos científicos, sendo uma das classificações sociais das ONU, incorporada às Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. Deste modo, a CIF foi elaborada permitindo ser aplicada de forma independente em relação a cultura, grupo etário ou sexo, possibilitando dados

confiáveis e susceptíveis de comparação relativos aos critérios de saúde dos indivíduos e das populações. A CIF visa, portanto, descrever e avaliar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde, sendo o instrumento apropriado para implementar as normas internacionais relativas aos direitos humanos e às legislações nacionais (BRASIL, 2007b).

Essa classificação destaca-se pela sua visão e abrangência, visto que focaliza seu interesse no conceito de vida, em detrimento aos indicadores tradicionais que se baseiam em taxas de mortalidade da população; considerando o modo como as pessoas vivem, seus problemas de saúde e formas de melhorar as condições de vidas das PcD física, objetivando uma vida produtiva e enriquecedora. Essas novas classificações influenciaram na prática médica, na legislação e políticas sociais relacionadas aos direitos das PcD (BRASIL, 2007b).

Desta forma, as modificações relacionadas ao conceito de deficiência, decorrentes das inovações na área da saúde e da forma como a sociedade se relaciona com as PcD, contribuíram para uma mudança na abordagem da deficiência evoluindo do modelo médico, em que prevalece a visão da patologia física para o novo sistema estabelecido pela CIF na qual a incapacidade decorre de uma limitação das funções e estruturas do corpo e da influência de fatores sociais e ambientais (IBGE, 2012).

Atualmente, as organizações especializadas orientam adotar a terminologia “pessoa com deficiência” (utilizada internacionalmente), substituindo o termo “pessoa portadora de deficiência”, por entenderem que deficiência não é o oposto de eficiência, ou seja, ineficiência. Ter uma deficiência não implica em ser menos capaz, devendo o indivíduo se inserido em todos os âmbitos da sociedade (BRASIL, 2007b).

Vale ressaltar que os grupos de adolescentes e jovens são os mais vulneráveis a violência e conseqüentemente a uma deficiência física adquirida. Diante de uma das condições de deficiência física, que na maioria das vezes é decorrente de um ato de violência, suas vidas estarão marcadas para sempre; visto que ocorrem mudanças abruptas em decorrência da condição de deficiência, ocasionando a ruptura de uma certa ordem em detrimento às novas necessidades, que se estabelecerão para além do período agudo da doença ou lesão, sendo necessário a introdução de cuidados, frequentemente desconhecidos pelos familiares e adolescentes (CHEN; NEVES, 2002).

3.3 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS AOS ADOLESCENTES E JOVENS E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.3.1 Política de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem

Os Adolescentes e jovens se constituem num grupo de pessoas em desenvolvimento que representam as mais elevadas esperanças de uma nação. No entanto, ao mesmo tempo trazem à tona as vulnerabilidades e contradições de cada sociedade. São cidadãos cujos direitos sociais precisam ser assegurados. Desta forma, o MS tem priorizado ações de promoção de saúde, com participação juvenil, baseado nos princípios do SUS, buscando fortalecer os fatores protetores que possibilitarão a saúde e qualidade de vida destes, desenvolvendo ações preventivas de agravos e de atendimento às necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2007a).

A partir da elaboração da Carta Constitucional em 1988, que abordou o atendimento às crianças e adolescentes, outros documentos foram sendo revogados como o Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990, buscando garantir a essa população direitos à proteção integral a partir do estabelecimento de bases para a criação de políticas voltadas à juventude no Brasil (VIEIRA et al, 2008).

O Ministério da Saúde, em 1989, criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com o propósito de promover a saúde do grupo a partir da identificação das suas vulnerabilidades e dos grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação (MINAS GERAIS, 2006). O PROSAD estabeleceu como proposta ações de promoção, prevenção e recuperação com o objetivo de melhorar a saúde do adolescente e jovem. Desta forma, foram sistematizadas ações para serem realizadas, com o propósito de promover a atenção integral aos adolescentes, sendo estas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, abordagem da violência, maus tratos e família (BRASIL, 1996).

Em âmbito internacional, no ano de 1999, em Lisboa, foi realizada a Conferência Mundial dos Ministros responsáveis pelos jovens; a partir das discussões levantadas nesse

encontro criou-se a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), responsável pela elaboração dos projetos do MS, para a realização das ações de promoção da atenção integral à saúde das pessoas na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2002).

Apesar da criação de programas específicos, pelo MS, para essas faixas etárias, observa-se a falta de implementação destes em serviços de saúde que visem a promoção da saúde e prevenção de agravos, a exemplo da violência

3.3.2 Política Nacional direcionada a Saúde da Pessoa com Deficiência

No Brasil, os primeiros discursos em relação aos direitos das PcD ocorreu na década de 1960; sendo reivindicado o direito à convivência social (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009). A mobilização dos vários segmentos da sociedade, em prol das demandas das pessoas com deficiência, possibilitou um avanço no processo de politização dos sujeitos sociais, contribuindo para que o Estado assumisse a responsabilidade em desenvolver políticas públicas destinadas a atender as demandas desse grupo social (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008). Desde então, no Brasil, muitas discussões foram levantadas em relação à pessoa com deficiência, visto que demandavam questões políticas, econômicas e sociais, as quais o Governo era responsável.

Seguindo o percurso histórico das conquistas legislativas no Brasil, em 1986, através do Decreto de Nº 93.481/86, foi criada a CORDE - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2007b). A partir da Constituição Federal de 1988, novos instrumentos legais foram estabelecidos no Brasil, para assegurarem os direitos das PcD em diferentes campos e aspectos. Em seu artigo 23, Capítulo II, determina: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 2008, p.5).

Em 1989, foi sancionada a Lei n.º 7.853, que dispõe sobre o apoio e integração social as PcD e institui a atuação do Ministério Público, descrevendo no Capítulo VII- seção I as questões relacionadas à assistência à saúde, atribuindo ao setor ações de promoção,

prevenção; reabilitação e habilitação (criação de rede de serviços especializados); e garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e seus serviços (BRASIL, 2007b).

A Lei n.º 7.853 foi regulamentada pelo Decreto 3298/99 que trata da inclusão social das pessoas com deficiência. Este Decreto estabelece as diretrizes para implementação da inclusão das PcD no campo da Saúde, educação, trabalho, reabilitação profissional, lazer, cultura e acessibilidade.

A Organização dos Estados Americanos, em 1999, elaborou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, que foi promulgada, no Brasil, pelo Decreto nº 3.956/01. Outra conquista importante foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CID-ID), pela OMS em 2001, tendo como princípios o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, e não suas incapacidades e limitações (BRASIL, 2009).

A elaboração e implementação de todos esses documentos ressaltam os direitos das PcD, de modo que tenham oportunidades iguais, decorrentes do desenvolvimento econômico e do progresso social, resultando em melhoria das condições de vida; visto que são esses que estabelecem as diretrizes para as áreas da saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, orientando a elaboração de políticas públicas. É neste contexto que se insere a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, resultado de movimentos e mobilizações, nacionais e internacionais, ao longo da história, constituída de diversos atores sociais e institucionais (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Portaria nº 10.060 de 2002, tem por propósito “reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, colaborando para a sua inclusão total na vida social, e proteger a saúde deste grupo populacional, como também evitar agravos que ocasionem as deficiências”. A promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços, constituem-se nas diretrizes que norteiam a política para implementação das ações nas três esferas de gestão e nas parcerias interinstitucionais necessárias (BRASIL, 2009).

A OMS considera o Brasil um dos países que mais se preocupa com a PcD, sendo sua legislação específica uma das mais vasta. No entanto, ressalta o descaso ora existente no descumprimento dessas leis pela sociedade comprometendo o exercício dos direitos desse contingente social (BRASIL, 2007b).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O presente capítulo expõe o percurso metodológico planejado e desenvolvido com vistas à elaboração do referido estudo. A partir da delimitação do nosso objeto de estudo, estabeleceu-se como classificações metodológicas necessárias ao desenvolvimento desta pesquisa: ser do tipo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa que utilizou a teoria das representações sociais para embasar seus pressupostos teóricos metodológicos.

Para melhor compreensão e embasamento teórico sobre a temática proposta, realizou-se pesquisa e estudo da literatura pertinente em fontes de dados primários e secundários em bases de dados eletrônicos (artigos, periódicos, sites, manuais, Leis, portarias, decretos), livros e manuais impressos. Elencaram-se palavras-chave (descritores) como fontes primárias para a pesquisa literária, sendo estas: violência (física), Adolescência (designa também juventude), deficiência (física), políticas públicas de saúde (direcionadas à pessoa com deficiência e ao adolescente e jovem) e representações sociais. A partir dessas palavras conceituais, identificamos os conteúdos relevantes ao nosso tema e apresentamos como tópicos, acrescidos de abordagens textuais inerentes à temática proposta, compondo o escopo teórico científico do estudo.

Para Gil (2009), a pesquisa exploratória tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis. A pesquisa descritiva tem por objetivo caracterizar determinada população ou fenômeno ou ainda estabelecer a existência de associações entre as variáveis trabalhadas.

A abordagem da pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social acerca de um determinado fenômeno. Responde as questões particulares, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis; trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais notável das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem se reduzir a variáveis quantitativas (MINAYO et al, 1997). Por tais características, a pesquisa qualitativa foi a abordagem necessária a este estudo, uma vez que se buscou compreender as representações de adolescentes e jovens sobre a deficiência física adquirida e suas consequências.

As Representações Sociais (RS) apresentam-se como importante suporte teórico nas pesquisas qualitativas. Segundo Moscovici (2003, p.79), a teoria das RS “toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade” e tem por objetivo “descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade”. Para Guimarães e Campos (2007), cada grupo social elabora a partir de suas práticas sociais um sistema de representações para poder lidar com as situações sociais que consideram complexas; este funciona como um sistema de referências que dão sentido às condutas, possibilitando a compreensão da realidade (GUIMARÃES; CAMPOS, 2007). Pela significância desses pressupostos teóricos metodológicos é que se definiu a escolha da referida teoria para embasar a análise e interpretação dos dados.

O termo RS tem origem filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. As RS impostas pelo mundo moderno são dinâmicas e em constante transformação, sendo o indivíduo capaz de elaborar e reelaborar seus próprios conceitos, constituídos a partir da sua interação com o mundo e com outros sujeitos (MINAYO, 1992). Através das relações de trocas sociais e da comunicação social do cotidiano o indivíduo torna-se capaz de pensar, repensar, reformular e reconstruir suas idéias, comportamentos, atitudes, análises de questões, atribuindo significados para definir o outro e se auto definir (OLIVEIRA, ROAZZI, 2004).

A partir do estudo das RS, Moscovici buscou mais do que compreender como o conhecimento é produzido, analisou seu impacto nas práticas sociais e vice-versa; interessou-se pelo poder das ideias do senso comum. Buscou compreender como os grupos, seus atos e suas idéias constituem e transformam uma sociedade (OLIVEIRA, 2004). Segundo Guimarães e Campos (2007), cada grupo social elabora, a partir de suas práticas sociais, um sistema de representações para poder lidar com as situações sociais que consideram complexas; esse funciona como um sistema de referências que dão sentido às condutas, possibilitando a compreensão da realidade.

Na área da saúde, as concepções de saúde / doença embasadas nas teorias das representações sociais podem ser conhecidas como intermediadoras na elaboração e expressão de conjuntos provindos das realidades objetiva e subjetiva dos indivíduos no que diz respeito às enfermidades, uma vez que as representações sociais da saúde envolvem a vivência social de cada indivíduo com suas implicações afetivas, experiências e práticas, condutas e pensamentos, transmitidos pela comunicação social (OLIVEIRA, ROAZZI,

2004). “A teoria das representações sociais, originária do paradigma psicossocial, vê o processo saúde – doença não apenas como fenômeno objetivado em termos orgânicos, mas no intercâmbio com os fatores sociais” (ALVES, EULÁLIO, BRITO, 2004, p. 136).

A partir desses pressupostos teóricos, buscou-se elucidar qual a representação dos adolescentes e jovens sobre a deficiência física adquirida em decorrência da violência física no município de Campina Grande, Paraíba.

O cenário da pesquisa foi o município de Campina Grande, localizado na região do agreste paraibano, a 122 km quilômetros da capital João Pessoa. O referido município apresenta área territorial de 594km². Sua população atual é de 385.213 habitantes, sendo a população de adolescentes e jovens (pessoas de 10 a 24 anos) de 105.199 indivíduos, representando 27,3% dos campinenses (IBGE, 2012).

A pesquisa de campo foi realizada no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, junto as Equipes de Saúde da Família, da zona urbana e mista (zona urbana com cobertura também de zona rural), por ser este o segmento do serviço de saúde que tem registro e acompanhamento das populações nos seus diversos problemas de saúde, a partir do cadastramento das famílias na ficha A- ficha de cadastramento dos indivíduos/ famílias (SIAB, 2003). Tal estratégia permitiu que fossem identificados os sujeitos investigados, a partir dos dados de registro da ficha A – condição referida- Deficiência (DEF) e do conhecimento dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre os indivíduos/ famílias residentes na sua microárea de atuação e do seu “livre acesso profissional” aos domicílios, intermediando o contato da pesquisadora com os participantes do estudo.

Inicialmente, foi solicitada na secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande a relação nominal das Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF) com seus respectivos endereços e telefones, a qual foi disponibilizada a contento. Identificadas as UBSF, realizou-se visita a estas para o levantamento do censo. Foi entregue em cada equipe um informe (APÊNDICE F) com explicações referentes à pesquisa (objetivo, metodologia e os critérios de inclusão e exclusão), solicitando a colaboração da equipe, em específico do ACS, na identificação dos sujeitos.

Para uma melhor compreensão do percurso realizado, o resultado foi exposto em um quadro (Quadro 1) que dispõe sobre a distribuição territorial dos serviços de saúde relacionados à Estratégia Saúde da Família (ESF), composto pelos Distritos Sanitários existentes no município de Campina Grande e sua cobertura por UBSF, os respectivos números de equipes e microáreas existentes por zonas urbana e mista, a cobertura destas por

ACS, bem como o quantitativo de sujeitos identificados que compuseram o universo da pesquisa.

Quadro 1 –Distribuição territorial da Estratégia Saúde da Família nas zonas urbana e mista no Município de Campina Grande- Paraíba e dados do censo sobre casos de deficiência física adquirida na adolescência e juventude decorrentes de violência física, 2012.

Distrito Sanitário	Unidade Básica de Saúde da Família	Equipe Saúde da Família	Micro áreas				Zona		Sujeitos identificados	Entrevista realizada
			Existentes	Com Cobertura do ACS	Descobertas		Urbana	Mista		
					ACS Licença/afastado	Não existe ACS				
Distrito Sanitário I	11	15	88	84	04		14	01	01	01
					02	02				
Distrito Sanitário II	07	11	67	62	05		07	04	02	02
					04	01				
Distrito Sanitário III	09	13	72	66	06		11	02	05	02
					02	04				
Distrito Sanitário IV	07	09	48	44	04		07	02	02	02
					00	04				
Distrito Sanitário V	13	16	105	91	14		14	02	01	01
					02	12				
Distrito Sanitário VI	11	21	137	124	13		21	00	02	01
					09	04				
TOTAL	57	85	507	411	19	27	74	11	13	09

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Campina Grande está dividida em seis Distritos Sanitários, atualmente possui 96 Equipes de Saúde da Família, 85 destas fazem a cobertura da zona urbana e mista; sendo distribuídas em 57 unidades de saúde. A partir dessa divisão territorial, cada equipe faz o cadastramento e acompanhamento das pessoas/famílias através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que possui relatórios com informações referentes a dados demográficos, do meio ambiente, sócio econômico e culturais, de morbidade e mortalidade, permitindo identificar os problemas de saúde de cada comunidade, bem como estabelecer o

planejamento das ações de necessárias, acompanhamento e avaliações destas (VIEIRA et al, 2011).

Para identificação do universo da pesquisa, foi realizado levantamento censitário nas 57 Unidades de Saúde da Família (zona urbana e mista) existentes no referido município, compostas por 85 equipes. Foram identificados, em 11 unidades de saúde, 13 sujeitos (entre adolescentes e jovens), que se enquadraram no perfil pesquisado, estabelecido nos critérios de inclusão, os quais compuseram o universo do estudo; destes, quatro foram excluídos, dois porque não estavam presentes na área de abrangência durante o período de coleta de dados (estavam na casa de parentes em outro município); um, por ter adquirido a DF a menos de seis meses e outro, por apresentar comprometimento da fala (afonia) em decorrência do problema sofrido (Trauma encefálico decorrente de lesão por projétil de arma de fogo), impossibilitando-o de responder a entrevista. A amostra, retirada desse censo, foi não probabilística, composta por 9 indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos na pesquisa.

Neste estudo, foram adotados como critérios de inclusão: ser usuário(a) cadastrado(a) na área de abrangência das UBSF da zona urbana e mista; ter idade entre 10 a 24 anos; ter deficiência física em virtude de violência sofrida há, no mínimo, 6 meses.

Como critério de exclusão consideraram-se: déficit cognitivo ou de fala que impossibilitasse a realização da entrevista e ausência do participante na área de residência durante período de coleta de dados.

Optaram-se por utilizar neste estudo dois instrumentos para coleta de dados aos sujeitos, um formulário (APÊNDICE C), visando caracterizar o grupo pesquisado e um roteiro de entrevista (APÊNDICE D), com o objetivo principal da pesquisa. O formulário conteve variáveis sobre dados sócio-demográficos (faixa etária, sexo, etnia, naturalidade, ocupação, religião, escolaridade, estado civil e renda familiar). O Roteiro de entrevista foi do tipo semi-estruturado, com ordem pré-estabelecida, o qual teve sua estrutura elaborada de acordo com o objetivo da pesquisa, sendo adaptado quando necessário, no momento da entrevista. Conforme abordagem de Gil (2009), a entrevista semi-estruturada utiliza questionamentos básicos, mas apresenta caráter flexível, permitindo novos questionamentos. Para a realização da entrevista, foi utilizado um aparelho eletrônico, gravador digital no formato MP4, que permitiu registro fidedigno das falas, de modo a possibilitar melhor análise das falas dos participantes.

O procedimento de coleta de dados realizou-se através de visita domiciliar, sendo

solicitado ao ACS agendamento de visita ao adolescente e/ou jovem residente na sua microárea de atuação. Na data previamente agendada, a pesquisadora realizou a visita domiciliar ao participante da pesquisa, em companhia do ACS. Os adolescentes e jovens foram convidados a participar da pesquisa, sendo-lhes esclarecido o objetivo desta. Aos sujeitos menores de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada também a anuência dos pais ou responsável, com autorização expressa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). Os maiores de 18 anos, por apresentarem idade considerada de respaldo legal para assumir seus atos, assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

Foi solicitado um espaço no ambiente domiciliar que permitisse privacidade, visando eliminar o risco de escuta indevida (familiares ou outrem) quando do repasse das informações, garantindo o sigilo dessas. Seguindo-se esta etapa, iniciou-se a realização da coleta de dados utilizando o formulário, o qual foi preenchido pelo pesquisador; posteriormente foi utilizado o roteiro de entrevista, sendo as respostas gravadas.

O processo de análise e interpretação dos dados foi realizado em duas etapas. A primeira etapa foi referente à coleta do formulário, que foi aplicado no primeiro momento da coleta de dados, com o intuito de caracterizar a amostra. Esses dados foram processados em termos de números absolutos mediante frequência das respostas, buscando através da análise descritiva a interpretação e expressividade dos resultados relevantes os quais foram apresentados de forma discursiva.

A segunda etapa foi referente de análise e interpretação dos dados do roteiro de entrevista. Para esses dados utilizou-se um procedimento básico em qualquer análise qualitativa – a análise de conteúdo que é definida como “*um conjunto de técnicas de análises das comunicações*”, sendo realizado pelo método de categorização, o que permitiu reunir elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito amplo à Análise de Conteúdo Temático proposta por Bardin (2009, p.33), pautada na abordagem da teoria das Representações Sociais.

Os registros das entrevistas (conteúdo gravado) foram transcritos na íntegra e posteriormente impressos para facilitar o processo da análise. Em seguida, pautando-se na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009), que organiza-se em torno de três fases ou pólos cronológicos que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, sucedeu-se o processo de análise do material coletado e transcrito.

Na fase de pré-análise realizou-se uma leitura flutuante de cada entrevista, seguida de

uma leitura mais detalhada, destacando palavras centrais, assim consideradas por representar os núcleos dos sentidos às perguntas norteadoras. Nesta fase, sentiu-se a necessidade de intercalar a leitura com a escuta do trecho correspondente ao conteúdo gravado, para se ter uma melhor compreensão/inferência das expressões manifestas, visto que se faz necessário ficar atento a características da fala como silêncio, hesitações, choro, lapsos, reações afetivas, riso, entre outras, contribuindo para uma melhor análise do conteúdo (BARDIN, 2009).

Na fase de exploração do material realizou-se a codificação dos dados em bruto através da escolha das unidades (recorte), da enumeração (frequência) e agregação as unidades recortadas, buscando identificar a representação/expressão do conteúdo. Deste modo, foram elaboradas duas grelhas, correspondendo a duas categorias identificadas, com subcategorias. Cada categoria e subcategorias foram denominadas em consonância com o sentido contido nos recortes das falas dos sujeitos.

A partir desta organização ocorreu a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico. Buscou-se nesta fase retornar ao objetivo da pesquisa para definir claramente a “representação social dos participantes do estudo acerca da DV adquirida em decorrência da violência, concluindo a etapa de análise e discussão da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem do ser humano, a mesma se respaldou nas diretrizes da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, a qual determina a normatização reguladora das pesquisas envolvendo seres humanos que resguarda o caráter voluntário, o sigilo das informações e o anonimato do informante, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer momento, sendo excluídas as informações colhidas, sem nenhum tipo de constrangimento pessoal (BRASIL, 1996).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), juntamente com a autorização formal da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande-PB (ANEXO A) e o Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE E) reafirmando o compromisso ético e a responsabilidade indelegável e intransferível, necessários na pesquisa com seres humanos. Este foi submetido à apreciação pelo CEP/UEPB em 20/09/2011, com parecer de aprovação pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 1912.0.000.133-11, em 28/09/2011.

Os registros das entrevistas (material gravado) e os impressos decorrentes da transcrição serão apagados tão logo se encerre o processo de defesa da dissertação com

entrega do impresso na Biblioteca e Secretaria de Pós-Graduação da UEPB. Em cumprimento aos critérios éticos, os dados obtidos na pesquisa referentes às entrevistas, aos formulários e aos TCLE foram arquivados, os quais permanecerão por período de cinco anos, conforme estabelecido na referida resolução (BRASIL, 1996).

Na descrição dos relatos dos sujeitos, citado no corpo textual da análise, utilizou-se códigos de identificação, sendo o primeiro código a letra “E” de entrevistado, utilizada para identificar todos os sujeitos participantes da pesquisa, o segundo código foi a numeração arábica, cardinal 1, 2, 3..., representando a ordem de realização das entrevistas e o terceiro código utilizado a letra “A” para identificar os sujeitos adolescentes e “J” para identificar os sujeitos jovens. Deste modo, buscou-se garantir o anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo expõe os resultados da pesquisa sobre a representação de adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida como conseqüência de um ato de violência física. No primeiro tópico foi descrito o perfil sócio demográfico dos sujeitos do estudo e no segundo tópico, a apresentação das falas dos adolescentes e jovens acerca das representações da deficiência física adquirida decorrente da violência física e suas conseqüências.

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dentre os sujeitos participantes da pesquisa, oito são naturalizados campinenses e um é natural de outro município paraibano, mas mora em Campina Grande há muito tempo. Todos os sujeitos eram do sexo masculino, sendo de cor parda (dois) e branca (sete). Cinco sujeitos estavam na fase da adolescência com idade entre 16 a 19 anos e quatro na fase da juventude com idade de 23 e 24 anos. O maior tempo de ocorrência da deficiência física adquirida registrada foi de seis anos e o menor tempo de sete meses.

Ao se avaliar a faixa etária dos adolescentes e jovens entrevistados, verificou-se quase uma igualdade entre os grupos, onde cinco sujeitos estavam na faixa etária considerada adolescente (16 a 19 anos) e quatro na faixa etária considerada jovem (23 e 24 anos). Quando se avaliou a faixa etária que estes tinham quando do ocorrido (ato de violência sofrido), observou-se um decréscimo na idade, onde seis estavam na fase da adolescência (entre 13 a 18 anos) e três na fase da juventude (21 a 24 anos).

Os dados relacionados à faixa etária que os sujeitos tinham quando do ocorrido corrobora com as evidências estatísticas relacionadas à maior vulnerabilidade do grupo adolescente relatada por Souza e Mello Jorge (2006) quando dizem que cada vez mais cedo e de forma mais frequente os adolescentes e jovens se envolvem com a violência. Essa relação de vulnerabilidade desses grupos etários também foi verificada na abordagem de Weiselfisz

(2011; 2012) no Mapa da Violência no Brasil, que revelou um aumento da mortalidade no grupo de 10 a 24, assim como os envolvimento destes com a violência. Os dados referentes ao tipo de violência sofrida pelas vítimas atendidas pelo SUS revelaram a prevalência da violência física, correspondendo a 40,5% dos atendimentos de toda a demanda de serviço (crianças e adolescentes), sendo que na faixa etária de 15 a 19 anos esse percentual se elevou, correspondendo a 59,6% do total de atendimentos registrados. Verificou-se também que a violência nessa faixa etária ocorre na residência das vítimas, no entanto, a partir dos 15 anos de idade, as ocorrências de violência passam a acontecer mais na via pública; sendo que a reincidência de casos de violência, ocorre mais na faixa etária de 10-14 anos, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos (WEISELFISZ, 2012).

O grau de escolaridade dos participantes foi considerado baixo, visto que dois tinham o ensino fundamental I incompleto (adolescentes), quatro cursaram o fundamental I completo (3 jovens e 1 adolescente), dois tinham o ensino fundamental II incompleto (adolescentes) e apenas um (jovem) estava em formação superior. Dentre os participantes do estudo, apenas dois sujeitos, um jovem e um adolescente freqüentavam a escola, onde apenas o jovem se apresenta em nível escolar adequado a sua faixa etária, estando cursando o ensino superior. Vale ressaltar que o tipo de deficiência física adquirida por estes dois sujeitos foi a monoparesia, que representa a diminuição da motricidade de um membro; no caso desses sujeitos, o membro superior. Pelo próprio tipo de comprometimento anatômico funcional, percebeu-se que esse tipo de deficiência física não se constituiu em empecilho para se freqüentar a escola, quando comparado com os deficientes físicos paraplégicos ou tetraplégicos, visto que as alterações funcionais relacionados a estas paralisias como eliminações fisiológicas (decorrente de lesão medular) e a dificuldade de locomoção, que dificulta o acesso ao ambiente escolar, se constituem nos principais motivos do abandono escolar pelas PcD física.

Esses dados corroboram o estudo realizado por Elias, Monteiro e Chaves (2008), com crianças e adolescentes com deficiência física (congenita), onde foi verificado dentre os problemas clínicos que dificulta o acesso da PcD a escola, a dificuldade ou impossibilidade de locomoção, a incontinência urinária e fecal.

Outro dado referente à escolaridade que merece reflexão é o fato de que seis participantes relataram ter abandonado a escola antes da ocorrência da deficiência física adquirida, não sendo o fato ocorrido (a DF adquirida) o motivo principal do abandono escolar.

Dados do Censo Demográfico 2010 mostram que existe uma defasagem em relação a idade e o nível de ensino frequentado pelas pessoas, sendo a faixa etária de 15 a 25 anos a

que apresenta maior atraso, correspondendo a 50% desse grupo, que estão frequentando o ensino fundamental, quando já deveriam estar no ensino médio. A Região Nordeste apresentou a menor taxa de alfabetismo entre as PcD, sendo 69,7% dessa população com 15 anos acima; 61,1% da população com deficiência na faixa etária de 15 anos ou mais não tinha instruções ou possuíam o fundamental incompleto e 67,7% não tinham instrução ou tinham o fundamental incompleto (IBGE, 2012).

A questão da baixa escolaridade decorre de uma problemática enfrentada no nosso país, o abandono escolar, principalmente na fase da adolescência e entre o sexo masculino. Tal situação tem levado os adolescentes e jovens a um caminho sem perspectivas, deixando-se influenciar pelos mais diversos tipos de vulnerabilidades e riscos, dentre estes a violência. Embora a violência se constitua um problema também presente nas escolas, sendo uma tarefa de difícil resolução dada suas diversas origens, não se pode perder o foco de que a educação é o melhor caminho para repassar para esses grupos o conhecimento necessário sobre os fatores protetores referentes às vulnerabilidades a que estão expostos, possibilitando melhores condições de defesa e superação aos problemas vivenciados, assim como oportunizando melhores condições de vida.

Em estudo realizado por Skaf, Mattos e Bara (2007) a baixa escolaridade foi um dos principais motivos relatados pelos empregadores para não contratar as PcD, sendo a formação mínima exigida pelas empresas a qualquer pessoa o Ensino Médio, independente da função ou condição; no caso das PcD, apenas 9,3% alcançaram essa formação necessária (Ensino Médio). No entanto, os autores destacam como fator importante a falta de qualificação, sendo um fato que atinge a população brasileira como um todo, decorrente do baixo nível educacional no país.

A falta de qualificação técnica formal foi um fato identificado entre os sujeitos pesquisados. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações- CBO (BRASIL, 2012), às ocupações relatadas foram: vendedor em domicílio (um), vendedor ambulante (um), policial - militar (um), mecânico (um), operador de máquinas (um), operador de acabamento (um) e tratador de animais - cavalo (um). Dois sujeitos disseram não ter ocupação. No momento um adolescente relatou continuar com sua atividade laboral (tratador de cavalos) e estudando e um jovem retornou ao estudo cinco dias após o ocorrido (ato de violência sofrido), mas ainda permanece de atestado da função laboral (policial militar); ambos os sujeitos tiveram como comprometimento físico a monoparesia, o que possibilitou o retorno às atividades de estudo e laboral. Os demais sujeitos não desenvolvem atividades de estudo ou

laboral após a deficiência física adquirida, visto que o comprometimento foi de ordem da locomoção (paraplegia e tetraplegia), estando estes aposentados ou com benefício social.

Em decorrência das lutas pelos direitos das PcD, o trabalho formal já faz parte da realidade de vida de várias pessoas com deficiência (de qualquer tipo), ocorrendo sua inserção tanto em instituições públicas como privada, sendo garantido por legislação específica (Decreto, nº 3.298) que disciplina a reserva do mercado de trabalho (BRASIL, 1999).

A inserção da PcD física no mercado de trabalho é um problema a ser ainda resolvido e muitas questões envolve esta problemática, pois como relata Elias, Monteiro e Chaves (2008) a capacidade de trabalho pode estar limitada não apenas pela incapacidade física, mais pela falta de oportunidades e de preconceito por parte dos empregadores.

Percebeu-se a partir desses casos o quanto ainda estamos longe de contribuir com a inserção das PcD física no processo de educação fundamental, acadêmica e de formação técnica profissional, de modo a possibilitar o ingresso dessas pessoas no mercado de trabalho, limitando as possibilidades de trabalho para esses sujeitos, assim como de melhoria na sua qualidade de vida.

Desde o Censo Demográfico de 1991, mudanças expressivas na composição religiosa da população brasileira tem sido registrada, verificando-se declínio da população que se declarou católica e crescimento da população que se declarou evangélica (IBGE, 2012).

Nesse estudo a religião mais declarada pelos adolescentes e jovens foi evangélica, por seis dos sujeitos, e a católica por um sujeito; dois participantes declaram-se sem religião. Dentre os sujeitos que declararam ter religião apenas um (adolescente evangélico) referiu frequentar a igreja, sendo está prática adotada após a ocorrência da violência. Nesse caso, a motivação do adolescente em participar da vida religiosa foi gerada pelo sofrimento vivenciado decorrente da violência sofrida e das conseqüências da DF adquirida.

Quanto ao estado civil, cinco se declararam ser solteiros, destes um jovem relatou ter namorada e um adolescente relatou que tinha companheira, mas a relação já havia terminado antes da ocorrência da deficiência. Um adolescente e um jovem são casados no civil, dois jovens convivem com suas companheiras em união estável. Estes relataram já existir a convivência conjugal antes da ocorrência da deficiência física, não tendo este fato interferido na relação.

Em relação à renda familiar dos sujeitos, cinco relataram ter como renda o valor de um salário mínimo (R\$ 545,00 – referente ao período de coleta de dados), esta renda é proveniente de dois casos de aposentadoria o qual se constitui na renda da família por se tratar de jovens com relação conjugal e três casos provenientes de benefício social, sendo que para

um dos jovens representa a renda familiar com a qual sustenta sua família; dois adolescentes relataram que a renda da sua família é de menos de um salário mínimo, destes, um iniciou cadastro no benefício social e o outro não apresenta indicação para o referido benefício (segundo o relato); um dos adolescentes relatou que a família possui renda de três salários mínimos e, apenas um jovem possui renda familiar de mais de cinco salários mínimos, sendo o caso do jovem com maior nível de escolaridade.

Dados do IBGE (2012) mostram que o rendimento nominal mensal de trabalho das pessoas com deficiência motora é de meio a um salário mínimo, correspondendo a 28,7% desse grupo populacional.

Em estudo realizado por Andrade (et al, 2008) em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, verificou-se uma relação entre a violência por arma de fogo com grupos em posição inferior na pirâmide social. Esta mesma relação também foi verificada em pesquisas realizada por Weiselfisz (2011; 2012).

Ao se adquirir uma deficiência física (de maior ou menor grau) o sujeito passa a apresentar necessidades de saúde, conforme seu tipo de deficiência, as quais requerem cuidados específicos, podendo ser estas: uso temporariamente de alguns tipos dispositivos como órteses, próteses, sonda vesical, sonda nasogástrica; de realizar curativos diários; assim como pode adquirir também, outras patologias correlacionadas a sequela como, infecção do trato urinário, constipação, lesões cutâneas, entre outras; incapacidade ou limitação para desenvolver atividades da vida diária (banho, alimentação, vestir), visto que, a depender do comprometimento neural outros órgãos poderão ter sua função fisiológica afetadas (SCHOELLER et al, 2012; LENNIHAN; SELIGER, 2007).

Com o intuito de caracterizar a deficiência física adquirida pelos sujeitos e as limitações anatômicas e funcionais para a realização das atividades da vida diária (AVD), verificou-se o tipo da DF adquirida, as patologias pré-existent e/ou adquiridas a partir da DF e as incapacidades e/ou limitações para o auto cuidado.

Os tipos de deficiência física apresentadas pelos sujeitos foram paraplegia (5 casos), tetraplegia (2 casos) e monoplegia (2 casos). Um dos sujeitos (adolescente) com paraplegia, também foi submetido a processo de amputação do membro inferior esquerdo. O nível da lesão sofrida determina o comprometimento neural, o que conseqüentemente determina funcionalmente as capacidades de enfrentamento das atividades da vida diária (SCHOELLER et al, 2012).

A patologia mais frequente, decorrente de problema associado a DF foi a infecção do trato urinário, sendo relatada por quatro sujeitos. Dentre estes, um deles relatou outras

patologias que apresentou ao longo dos três últimos anos, sendo estas: derrame pleural, septicemia e anemia aguda. Os demais sujeitos (cinco) não relataram nenhuma patologia após deficiência adquirida. No entanto, dentre os que não relataram patologia, um disse ter ficado estéril e outro disse que teve depressão (mais não relatou como sendo de diagnóstico médico). A alteração da integridade tissular (lesão cutânea por pressão) foi evidenciada em cinco dos entrevistados, no momento da coleta de dados.

Dentre os que não apresentavam esse tipo de lesão no momento da entrevista, quando questionados se já apresentaram em algum momento após a DF, dois responderam que já apresentaram esse tipo de lesão, mais no momento já havia cicatrizado, ou seja, dentre os entrevistados, sete já apresentaram lesão cutânea por pressão, sendo este problema uma consequência da DF, gerada pela incapacidade de mobilização do sujeito, ocorrendo compressão da pele com alguma área de apoio (cadeira, cama), prejudicando a circulação local e consequentemente provocando a lesão por necrose tissular (POTTER; PERRY, 2009).

A perda de controle do esfínter vesical e do esfínter intestinal são condições presentes na lesão medular e o grau de comprometimento vai depender do local da lesão neural. Ambas as condições ocasionam repercussões devastadoras para o sujeito requerendo plano de orientações ao paciente e familiar para minimizar e ou eliminar as complicações decorrentes como infecção urinária e obstipação intestinal (LENNIHAN; SELIGER, 2007).

Os casos de infecção urinária relatados foram decorrentes do uso de sonda vesical de demora, assim como pelo uso da fralda descartável, devido à perda de controle do esfínter urinário. Durante período da entrevista apenas um sujeito fazia uso de sonda vesical.

Outro problema funcional que pode ocorrer com uma pessoa com lesão raquimedular é a constipação, decorrente da perda de controle do esfínter anal (LENNIHAN; SELIGER, 2007). Este problema foi relatado apenas por um dos sujeitos que informou fazer uso, às vezes, de laxante.

Observou-se, portanto, que as alterações anatomo-fisiológicas que a DF acarretou nesses sujeitos foram: alterações de locomoção, decorrente da tetraplegia e paraplegia onde sete sujeitos ficaram incapacitados de deambular, tornando-se dependentes da cadeira de roda; alterações de limitação na amplitude e força do membro superior decorrentes de lesão de nervo periférico, comprometendo a capacidade funcional do membro, principalmente relativa a de força; alterações no padrão das eliminações fisiológicas, urinária e fecal, onde sete sujeitos apresentam estas eliminações involuntárias e alterações cutâneas decorrente da pressão da pele sobre uma região de apoio, devido a falta da capacidade de mobilização. Tais

repercussões trouxeram dificuldades e limitações para vida dos sujeitos, comprometendo sua a qualidade de vida.

Em estudo realizado por Schoeller et al (2012) com pessoas com lesão medular, as alterações/intercorrências verificadas foi a úlcera por pressão, incontinência urinária/fecal, relacionada a sexualidade e espasticidade. Essas duas últimas alterações funcionais não foram relatadas pelos participantes desse estudo.

Em decorrência dos problemas adquiridos muitas são as necessidades de uso de equipamentos e insumos para a realização das atividades diárias como se movimentar, urinar, defecar, se alimentar, tomar banho, se vestir, escovar os dentes, pentear os cabelos, entre outras atividades consideradas de necessidades básicas para o ser humano (POTTER; PERRY, 2009). A partir da DF adquirida muitas dessas atividades, que antes eram executadas de forma rápida e mecânica, se constituíram em atividades inoperantes com necessidade de ajuda total ou parcial. Os aparelhos e equipamentos utilizados na realização de algumas destas atividades foram: cadeira de rodas, cadeira de uso do banheiro, talas, muletas e barras de apoio.

Para a realização de atividades do autocuidado como tomar banho, três sujeitos relataram necessitar de ajuda e seis são capazes de tomar banho sozinho, porém, para se vestir cinco sujeitos relataram solicitar ajuda e quatro conseguem se vestir sozinhos; dois sujeitos (com tetraplegia) relataram necessitar de ajuda para realizar a escovação dentária e alimentação. Para a maioria dos sujeitos (sete) o processo de locomoção só é possível através da cadeira de rodas.

Os dados identificados neste estudo, realizado no município de Campina Grande, cidade do interior da Paraíba, Região Nordeste, evidencia uma realidade que ocorre em nível nacional, que é a vulnerabilidade dos grupos em questão, onde os adolescentes e jovens do gênero masculino constituem os grupos mais vulneráveis, por serem também os que mais se envolvem com as questões que permeiam a violência, podendo ser estes tanto vítimas quanto agressores, dadas as características específicas da idade como espírito aventureiro, curiosidade, busca do novo e de transgredir normas, segundo abordagem de Weiselfisz (2002) e Abramovay (et al, 2003).

Destarte, o perfil sócio demográfico identificado nesse estudo corrobora com vários estudos relacionados a morbidade por violência, onde os envolvidos tem como perfil, ser jovem, de baixa renda, baixa escolaridade e conseqüentemente sem qualificação técnica formal e que, em sua maioria, tem envolvimento com ações violentas (brigas, roubos, uso de

arma de fogo), uso de drogas e álcool (WEISELFISZ, 2003, 2011, 2012 ; ANDRADE et al, 2008; FRANÇA et al, 2011).

5.2 AS REPRESENTAÇÕES DOS ADOLESCENTES E JOVENS ACERCA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA FÍSICA SOFRIDA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

O segundo tópico a ser descrito refere-se à análise dos dados, do roteiro de entrevista. A partir da análise das falas dos sujeitos, identificou-se as palavras, consideradas núcleos dos sentidos às perguntas norteadoras, estabelecendo através da análise categorial temática duas categorias e suas subcategorias. Para melhor compreensão dos resultados, elaborou-se um quadro (Quadro 2) com as categorias das representações identificadas.

Quadro 2 – Representação das categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I Representações sobre deficiência	<ul style="list-style-type: none"> Representação da deficiência considerando alteração anatomo-funcional Representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida Ausência da representação do termo deficiência
II Representações sobre as repercussões da deficiência adquirida	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades e limitações decorrentes da deficiência Conquistas e superações Impacto nas relações pessoais Preconceito

Fonte: Dados da pesquisa, 2012

Desta feita, o conteúdo descreve as representações de adolescentes e jovens sobre o termo deficiência e sobre a deficiência física adquirida e suas conseqüências, sendo seus relatos apresentados nas categorias e subcategorias a seguir:

5.2.1 Categoria I – Representações Sobre Deficiência

Com o intuito de conhecermos a representação dos adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida por um ato de violência física sofrida, buscamos saber qual a compreensão que eles tem sobre “deficiência”, para tanto formulamos a seguinte questão: Para você o que é deficiência?

De certo modo, a representação dos adolescentes e jovens sobre o termo “deficiência” está diretamente relacionada à vivência singular, que representa apenas um tipo de deficiência, a “deficiência física”. Definem o termo deficiência a partir das características da deficiência física apresentada, ou seja, só é percebido aquilo que se sente, sendo essa compreensão formulada a partir do próprio tipo de deficiência adquirida, representando uma visão individualista. Diante da vivência as percepções sobre os termos deficiência e deficiência física se confluem/convergem num mesmo significado.

Essa compreensão remete ao conceito da própria palavra deficiência utilizada desde os tempos bíblicos, onde o sujeito era popularmente denominado de aleijado, onde encontrasse descrito em um dos textos da bíblia a seguinte abordagem: O Senhor disse a Moisés (Levítico cap.2:21-23):“ ... Porque quem tiver alguma deformidade não poderá ser admitido: um cego, um coxo, um aleijado de pé ou de mão (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006). Embora ao longo dos anos muitas outras definições tenham sido postas para o termo deficiência, observamos que na atualidade, seu uso coloquial ainda está arraigado da conotação de falha, de um defeito físico de uma determinada parte do corpo, assim como de “carga, peso e preconceito” que esta trás para a vida do sujeito, sendo estas palavras identificadas na fala de alguns adolescentes, através das expressões:

Pra mim? Um defeito, um... sei lá! Um defeito! Pra mim é um defeito! (E 7 A).

No primeiro dia que eu cheguei eu fui chamado de alejado! ... pelo meu irmão! (bem enfático!) No primeiro dia não! Com uns dias depois; que ele chegou aqui

falando... (parou, continuou) ele chegou falando negócio aqui ... falando merda e eu num, num gostei ... e aí eu se alterei também! (E 9 A).

Estas falas representam a deficiência física mediante o olhar e a fala dos outros, o qual influencia na sua compreensão sobre o termo deficiência. Estes “se sentem” e “percebem ser vistos” pela sociedade como um ser humano defeituoso, aleijado.

Esta compreensão corrobora com a abordagem da psicologia social posta por Ciampa em 1989, sobre o processo de construção da identidade do indivíduo, o qual relata que as palavras do outro são decisivas na construção da identidade do indivíduo, uma vez que existe uma relação de interferência e influência com as identificações que ele estabelece com o meio, a partir das interações de fatores sociais, políticos, econômicos, históricos e ideológicos, não sendo este um processo estático e sim dinâmico que provoca movimentações e modificações contínuas, o que possibilita transformações na construção da sua identidade, na busca da superação e autodeterminação, o qual denominou de “metamorfose”. No entanto, esta também pode se apresentar como não metamorfose, quando o indivíduo apenas reproduz a identidade posta pelas imposições e atribuições do meio social (FECHIO et al, 2009, p.39). Percebesse, portanto que para esses sujeitos (nesse momento de suas vidas), a característica marcante que se apresenta como referência para sua identidade (como se vê) na sociedade (como o vêem) é a deficiência física adquirida, ou seja, o “defeito” que apresenta.

Para Silva (2004) é inevitável à comparação que o indivíduo faz de sua situação antes e depois da DF adquirida, sendo a representação de sua deficiência uma relação de sentido atribuído, por ele e por seu meio social, à DF adquirida. Esta abordagem é percebida no grupo pesquisado, influenciando a representação que cada um tem sobre sua deficiência e na concepção do termo deficiência.

A partir da análise das falas dos sujeitos, foram identificadas três expressões que expõem as representações dos adolescente e jovens sobre o termo deficiência, sendo estas descritas nas subcategorias, a seguir:

Subcategoria A – Representação da deficiência considerando a alteração anatomo-funcional.

Para alguns entrevistados a representação da deficiência é atribuída a uma alteração “anatomo-funcional”, assim identificadas: impossibilidade de se locomover; redução e limitação da capacidade física; e até mesmo um defeito. Sobre esta representação, relataram:

Deficiência é um termo de locomoção que ...vai depender de acordo com cada um, porque a deficiência só é de... só complica na parte de locomoção, nas outras partes de convivência, do cotidiano do dia a dia num... num complica em nada não! (E 1J).

Uma redução da, da capacidade física e ...acho que você sai do, do automatismo de algumas atividades pra passa a ser um esforço na realização de algumas atividades cotidianas (E 3 J).

Deficiência pra mim é num andar, né? Já é tudo! Só! (E 5 J).

Para esses sujeitos, adolescentes e jovens, a deficiência se constitui numa limitação física do indivíduo. Para os casos relatados, estas limitações estão associadas à impossibilidade de andar ou a limitação em realizar uma atividade que exija o esforço físico/motor, o qual foi afetado e/ou comprometido, conforme grau da lesão sofrida. O fato de não poder mais andar implica em várias limitações na sua vida, de modo que a limitação física (a alteração anatômica e funcional) significa a compreensão destes sobre o termo deficiência.

Esta representação corrobora os relatos autobiografados dos escritores Perci (1980) e Paiva (1982), e em estudo desenvolvido por Lianza & Sposito (1994), onde foi verificado que a primeira percepção e preocupação da pessoa que adquire uma DF, principalmente decorrente de uma lesão medular, estão relacionadas à incapacidade de andar e a paralisação dos movimentos físicos, por estas condições, muitas vezes, serem encaradas como a impossibilidade de transitar com autonomia e liberdade (FECHIO et al, 2009).

Subcategoria B – Representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida

Esse nível de representação do termo deficiência só é apreendido por aqueles que a vivenciam dia a dia. A compreensão da deficiência é abordada a partir da significância (relevância, valor, importância) desta para o sujeito, visto que apenas as pessoas com deficiência podem “sentir” o que esta condição representa de fato. Diferentemente da

representação da deficiência considerando alteração anatomo-funcional, onde é possível ver ou tocar a deficiência e a partir daí descrever sua representação, a representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida se constitui numa compreensão possível apenas aos que vivenciam a deficiência, visto ser originada no seu subconsciente, formulada tão somente pelo que se sente, sendo as expressões identificadas:

Assim, chato né! Pessoa num se sente bem ... muito ruim ... (E 2 A).

Porque já vi minha tia já deficiente, uma tristeza! Pra o caba que já é novo também é tristeza maior ainda ... tristeza! (E 6 A).

... um negócio limitado né? Aí num, num faz tudo que quer não! É um negócio muito ruim! (E 4 J).

Sem defesa; só isso mesmo. (E 8 A).

Ao nível da representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida, esses adolescentes e jovens representam o termo deficiência com significados negativos como algo ruim, triste, sensação de indefeso. Embora os significados das representações nesta subcategoria se aproximem da mesma representação da deficiência anatomo funcional por significar a “limitação” do ser humano de andar, de ir e vir, de poder se locomover para onde desejar, na subcategoria da representação acerca dos sentimentos vivenciados significa a castração/limitação de várias possibilidades e realizações de desejos na sua vida, comprometendo sua qualidade de vida, se configurando na perda de sua liberdade, visto que a sua capacidade de andar livremente já não existe mais; o que antes era uma atividade fácil de executar hoje “depende” da ajuda de outros para ser realizada.

Para Silva e Albertini (2007, p 38) a aquisição da DF trás para o sujeito, além de problemas orgânicos o impacto na sua subjetividade, visto que estes problemas orgânicos “dão a dimensão dos efeitos que há na perda de um corpo anteriormente vivenciado como normal, no que diz respeito ao seu funcionamento e aparência”, tanto para ele mesmo como para a sociedade.

Subcategoria C – Ausência da representação do termo deficiência

A ausência da representação sobre o termo deficiência foi relatado por um dos sujeitos. Neste caso, não houve ainda a aceitação/apropriação do sujeito da condição que vivencia, impedindo-o até mesmo de expressar sua compreensão sobre o termo solicitado. Deste modo, assim fala:

Deficiência pra mim agora! Num sei de nada, no momento sô ... sô muito novo, mais ... É porque faz pouco tempo também né, que aconteceu isso comigo, eu num sei praticamente de nada sobre deficiência! Fica muito difícil a resposta! (E 9 A).

No ciclo de vida (do nascimento a morte), o ser humano vivencia momentos de ganhos e perdas, decorrentes dos processos de relações sociais como, mudanças da escola, de moradia, de amigos, independência dos pais, novas relações sociais decorrentes das várias mudanças vividas. O modo como uma pessoa enxerga o que seja as perdas, e como ela enfrenta o luto a estas é influenciado, moldado pelos valores adquiridos na família, comunidade religiosa, na sociedade e na cultura em que vive (YANCEY, 2009).

Na análise dessas três subcategorias as representações dos sujeitos sofrem a influência de dois fatores, a idade no momento do ocorrido e o tempo do ocorrido. No fator idade os adolescentes expressam uma compreensão mais relacionada às questões emocionais, a uma representatividade voltada para os sentimentos negativos que envolvem o fato ocorrido, fato que pode ser justificado pela imaturidade cognitiva/emocional próprias a essa fase da vida; enquanto os jovens relacionam a questões mais conceituais direcionadas ao fato em si, a alteração anatomo-funcional, podendo ser justificado por o jovem apresentar um melhor potencial de amadurecimento cognitivo / emocional em relação ao adolescente. O fator tempo do ocorrido contribui para uma melhor aceitação/conformação da situação vivenciada, influenciando na compreensão do sujeito sobre o termo deficiência (mesmo que apenas da DF), assim como no enfrentamento aos problemas decorrentes da deficiência. Entretanto, estes dois fatores não atuam da mesma forma em todos os sujeitos.

Esta mesma inferência foi evidenciada em estudo realizado por Schoeller (et al, 2012) com pessoas que adquiriram uma lesão medular, onde o tempo decorrente entre a lesão e período de realização do estudo evidenciou uma possível adaptação e conhecimento sobre os impactos gerados pela lesão medular, visto que possibilitou ao sujeito a reconstrução da finalidade e dos objetivos da própria vida, a partir do modo como enfrenta as complicações decorrentes da DF adquirida; sendo este tempo diferente para cada indivíduo, a depender de fatores como idade, apoio da família, da formação prévia, das causas da lesão, entre outras.

Martins e Barsaglini (2011, p 112) ressaltam que no momento em que as instâncias oficiais de saúde buscam definir e padronizar uma terminologia da deficiência, se ganha sentido quando “se dá voz a essas pessoas e permite-se perceber que os termos para se referir à deficiência são carregados de significados decorrentes de um processo interpretativo acerca dessa condição”. Deste modo, relevante se faz o conhecimento expressos pelas PcD sobre o termo deficiência.

5.2.2 Categoria II - Representações Sobre as Repercussões da Deficiência Adquirida

As sequelas decorrentes de uma deficiência física adquirida, em diferentes graduações, podem trazer repercussões não apenas no âmbito físico, mais nos âmbitos emocional, ocupacional, social, relacional, valorativo e de auto percepção (FECHIO et al, 2009). Para França; Pagliuca (2009), quando o indivíduo é socialmente considerado diferente carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social, influenciando no seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo comprometer a conquista da cidadania.

Com o intuito de conhecer as repercussões que a DF gerou na vida dos adolescentes e jovens, foi lhes perguntado sobre o significado das alterações ocorridas em sua vida, no seu cotidiano. Para tanto foi solicitado que falassem sobre o seu dia a dia e de alguma alteração que ocorreu na sua vida após ter adquirido a deficiência; como se sentiam em relação às situações vivenciadas; como a família e os amigos enfrentam sua deficiência e sobre algum tipo de preconceito em relação às pessoas com DF.

A partir da fala dos adolescentes e jovens, pode-se verificar que as repercussões da DF adquirida dizem respeito às questões biopsicossociais.

Subcategoria A – dificuldades e limitações decorrentes da deficiência

As dificuldades e limitações geradas pela DF são diversas e estão relacionadas a situações variáveis de ordem biopsicossocial. Nesse estudo, as dificuldades/limitações de ordem biológica (física e psicoemocional) estão relacionadas à dificuldade de mobilidade/locomoção, de auto cuidado, de dependência, de mudança de humor e de comportamento; as dificuldades e limitações de ordem social relatadas estão relacionadas à dificuldade de acessibilidade social e domiciliar (barreiras de acesso ao ambiente escolar, vias públicas, e de mobilidade no ambiente domiciliar), de acesso a escola, trabalho, lazer, bem como dificuldades financeiras.

Para Farias e Buchalla (2005) a DF gera limitações na vida do indivíduo, decorrentes das dificuldades apresentadas para realizar determinadas atividades, em virtude do comprometimento anatômico e funcional apresentado.

As primeiras dificuldades percebidas pelo indivíduo após adquirir uma DF estão relacionadas às questões biológicas afetadas, ou seja, às alterações anatômicas e fisiológicas que apresentaram após a lesão traumática sofrida, como ausência ou limitação da mobilidade (membros superior e/ou inferior) e as alterações das funções fisiológicas urinária e fecal (FECHIO, et a, 2009). Essas situações ou condições se expressam em necessidades biológicas (sinais e sintomas) do ser humano que foram afetadas e que comprometeram sua saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida, configurando-se na sua primeira percepção.

As conseqüências decorrentes de uma lesão traumática, a depender do segmento corporal comprometido, podem gerar várias incapacidades para o indivíduo comprometendo a realização das atividades da vida diária (AVD) como deambular, tomar banho, escovar, se alimentar, vestir-se, ter controle de esfínteres urinário e fecal, realizar higiene íntima, entre outras (VENTURINI, DECÉSARO, MARCON, 2007).

Essas dificuldades e limitações relacionadas foram verificadas nos relatos dos sujeitos:

Pra pode você sai de uma cama, pra pode você senta , pra pode até mesmo toma um banho em pé né? Se movimentta todinho e tal, e tendo que reaprende a faze tudo somente com as mãos, aí foi um pouco difícultoso ... (E 1 J).

Só em ta parado sem mexe nada... Pessoa podendo mesmo tomar banho, ne? mesmo colocar o almoço da pessoa, a janta! E agora mudou tudo! Eu vim falar minha voz normal mesmo, xô vê? (pensativo) ... já faz sete mês, depois de quê? três mês, quatro mês... eu vim começa a falar. (E 2 A).

É porque um copo com água você não consegui pegar! (disse enfático) (E 3 J).

Muda tudo! Muda tudo! Muda tudo, você quer ir num canto, você muita vez num pode ir, tem que tá ... tem que ter um carro pra você ir, aqui num tem, e aí, né? Quem num tem, carro sofre, ne? (E 5 J).

Interfere eu fazer as coisa que eu queria e num posso fazer! Tem umas coisa que eu quero faze... puxá aboio, eu gosto de corre vaquejada, mais nu ... num posso, porque dói a mão, num consigo! (E 7 A).

Sonda eu num quero botar mais! Ai tem esse negócio da fralda e eu num sinto muito ... em casa mesmo eu ... de repente ta aquele ... espalhando mijo! (E 9 A).

As dificuldades apresentadas geraram limitações que comprometeram a vida desses sujeitos, pois antes o que era realizado de forma simples, agora se constituiu em atividades de difícil execução, sendo que, em alguns casos, a realização de atividades consideradas básicas e essenciais as necessidades diárias do ser humano tornaram-se tarefas com total ou parcial dependência. A perda da mobilidade e força (em diferentes graus), da capacidade de se locomover, do controle das funções excretoras representa para esses sujeitos a perda da capacidade de agir por se mesmo, ou seja, representa a perda do autocuidado, configurando sua “incapacidade”.

Estudo realizado por Teixeira e Guimarães (2006) que verificou os impactos da lesão medular adquirida na vida do sujeito por ela acometida evidenciou, como nesse estudo, as mudanças decorrentes do comprometimento anatomo fisiológico e as necessidades relacionadas às AVD's; os quais relatam que o primeiro enfrentamento da pessoa com deficiência é distingui-la da doença, sendo o período de habilitação caracterizado pela construção do novo corpo. Para esses autores:

Mover-se, sentar-se, aprender a se vestir e cuidar do controle dos esfíncteres é o primeiro gerenciamento do corpo lesado. As atividades da vida diária (AVD's) são assimiladas vagarosamente até que o corpo se fortaleça. É preciso “viver para a saúde e não sobreviver da doença”, transformando-se em agente da sua própria saúde (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006, p. 195).

Para os adolescentes e jovens do estudo atual, a DF trouxe essa mesma situação, sendo que para a maioria predomina, ainda, a visão do “corpo lesado”, o que dificulta a visão de “viver para a saúde”, seguindo a abordagem dos autores supracitados.

A perda da mobilidade, da força e da locomoção decorrentes da DF gerou nessas pessoas uma dependência, ou seja, a ajuda de outra pessoa para realizar suas necessidades e/ou vontades, diante das “limitações” adquiridas, o que representou a maior queixa relatada. Assim falaram:

Porque você vê que passa a depender no começo de fazer tudo pela mão dos outros... A dificuldade no começo foi de começar a aprender a fazer tudo somente utilizando os braços né! (E 1 J).

Muitas vezes eu preciso de gente e... (parou, recomeçou) vai pum carro, pra descer do carro, pa ... (pensativo, recomeçou) só pensa em volta pra aquela vida de novo, na hora né, que tá com a cabeça quente! Mas depois o caba para, pensa e ... e vê que o caba vai só procura termina de morre (r)! (E 4 J).

É difícil! Quer ir num canto tem que tá sempre contando com a ajuda de alguém, é difícil! Ne todo momento que tem uma pessoa ali pra lhe ajudar né? Tem que se virar! É difícil! (E 5 J).

Causa quando eu peço água, muita gente reclama, aqui em casa mesmo ... (silêncio) e num tem como baixar a cabeça! ... quando eu num quero ir na cadeira meu pai vem pega no braço, que nem uma criança! Me sinto muito ... muito, muito criança, isso também! (E 9 A).

É fica se humilhado ao outro né? Pra casa dos outros, os outros levando a pessoa, que eu num gosto de pedi mais de uma vez não, eu já fico irritado já, fica se humilhado a ninguém não! ... Pelo que eu já vivi já tá bom demais! Mais importante é ar mão, fica dependendo de ninguém! (E 6 A).

A dependência é uma condição que incomoda e desagradava qualquer pessoa, pois representa, de certo modo, a perda da autonomia do ser humano, tenha ela uma DF ou não. Nesse estudo, a dependência representou para os adolescentes e jovens a “perda da sua autonomia”, gerando situações desagradáveis para si e para com seus familiares.

As diversas situações de dependência geradas pela DF, vivenciadas no dia a dia, acarretou nos adolescentes e jovens momentos de alterações psicoemocionais, resultando em sentimentos negativos como medo, magoa, tristeza, frustração, raiva e até derrota; assim como influenciou em atitudes comportamentais como irritabilidade, abuso, indisposição, acomodação. Assim relataram:

... tenho medo de andar de noite agora, eu ando mais com medo, cismado de poder acontecer de novo, só isso mesmo! (E 7 A).

Eu me sinto derrotado! Sei lá? (E 4 J).

Eu tem muito medo assim, também de pega oindo (ônibus)! Que a vez na televisão né? Eles (se refere ao motorista) num para pra eles (se refere as PcDF), aí é isso! (E 8 A).

Dificuldade que eu tive no primeiro momento da lesão foi questão da dor e também dormir, irritabilidade, somente. E no primeiro momento mesmo, que eu tentava fazer as coisas e não conseguia, uma frustração! (E 3 J).

Só fico aqui dentro de casa mesmo, pra fisioterapia, né? (E 2 A).

Dia me acordo, espero coragem né? Pra se levantar da cama, que tem que tê também! (E 5 J).

... Tem dia queu num quero vê ninguém, num quero vê nem meus filho. Fico tão abusado! (E 6 A).

As vez da raiva! Porque ela quer que eu faça isso e (se referia a subir numa rampa na entrada da casa) e num dá certo! Que eu vejo que não dá certo, pra ela tudo dá certo! (E 9 A).

As situações vivenciadas pelos adolescentes e jovens são de ordens diversas, mas que convergem para atitudes e sentimentos comuns ao universo da PcD, representando a “insegurança” devido à incapacidade de auto realizar-se e, conseqüentemente a “insatisfação” (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

Para Soares, Moreira e Monteiro (2008) a questão do risco e o sentimento de insegurança apresentam-se com maior intensidade no jovem portador de deficiência, sendo a família e os profissionais de saúde fundamentais na prevenção de agravos e reabilitação deles.

As limitações de acessibilidade referente à locomoção foi um dos problemas relatados pelos adolescentes e jovens deste estudo. Estas foram decorrentes de dificuldades relacionadas a barreiras arquitetônicas, tanto no ambiente domiciliar como no espaço público social, sendo as maiores barreiras relatadas:

As limitações somente em, em ...em termo de acessibilidade né? Em termo de escada, em termo de ruas né? Que cê vai subindo uma ladeira e tal, você tem que se sempre ajudado pela mãos dos outros ... (E 1 J).

Num ando na cadeira de roda no meio da rua, é muito difícil, ando de carro, mais de cadeira num gosto de anda na rua não! (E 4 J).

É difícil encontra também uma casa que passa cadeira, é difícil! A que arrente tava morano mermo, a cadeira num ia nem pro quarto, só entrava na sala... , banheiro e quarto num ia não... Saí, a locomoção da cadeira que é ruim, é difícil! Todo canto tem degrau, tem buraco, né? Já caí com ela já! (risos) ... Eu morei um tempo de aluguel ali com ela, num primeiro anda (r), mai também é ruim (E5 J).

Ôxem? Dificuldade tudo! Cadeira, lococão (locomoção), tudo! ... Assim eles (referiu-se aos motoristas) num para. Num para pra pessoa! Já vi já aí também do outo lado aí, isso aí também já aconteceno! ... causa das chuva aí num dá mais não pra sai não! Dos buraco. (E 8 A).

Meu quartinho eu fiz ali do lado de lá (mostrou a entrada do quarto, a1ª da sala). Meu quarto era lá atrás, aí eu puxei pra esse lado de cá. (E 6 A).

Dificuldade tem muitas, em casa mesmo! Por que a rampa é muito em cima, muito empenada, se faze muita força a cadeira vira. ... Sai (r) da cadeira pra cama. (E 9 A).

As principais limitações de acessibilidade aos espaços públicos sociais, relatadas pelos sujeitos, foram decorrentes de ruas sem calçamento, com buracos, escadas e ladeiras que

dificultam o uso da cadeira de rodas, visto que a maioria adquiriu a tetraplegia e paraplegia. Tais barreiras dificultam ou impedem o acesso dos indivíduos aos espaços públicos comprometendo sua vida social, relacionadas ao acesso à escola, aos espaços de lazer, ao trabalho, entre outros, sendo essas dificuldades também identificadas em pesquisa realizada por França (et al, 2010).

Para os participantes do estudo, essas barreiras arquitetônicas representam as principais barreiras de acesso dos sujeitos aos espaços sociais, desmotivando-os a buscarem novos caminhos/atividades como estudo, trabalho ou até mesmo assistência à saúde.

No espaço domiciliar, as limitações foram relacionadas a barreiras como a largura das portas, a presença de escadas de acesso ao quarto (sobrados), o pequeno espaço dos cômodos (quarto, sala, banheiro) e rampas improvisadas (nem sempre atendendo a necessidade do DF). Entende-se, portanto que essas constituem barreiras para o convívio social, que limitam o auto cuidado, bem as que limitam o exercício pleno da cidadania, já garantidos pela legislação brasileira. Representam, portanto “barreiras sociais”.

Para Farias e Buchalla (2005), o reconhecimento do meio ambiente como barreira no estado funcional dos indivíduos, no desempenho de suas atividades e no convívio social; mudou o foco da visão sobre a deficiência, saindo do enfoque apenas biológico, como a perda ou redução da função ou parte do corpo, passando a visualizar a interação funcional da deficiência apresentada no contexto ambiental onde se está inserido.

Na DF, as dificuldades e limitações de ordem biológica, a exemplo da imobilidade e da perda das funções excretoras, assim como as barreiras de acesso podem gerar, conseqüentemente, as limitações de ordem social, comprometendo o acesso dos sujeitos aos ambientes e às relações sociais necessárias ao ser humano como estudo, trabalho e lazer. Esses tipos de barreiras também foram relatados em estudo realizado por França (et al, 2011) e Siqueira (et al, 2009).

No grupo pesquisado, apenas dois sujeitos estudavam antes do ocorrido, tendo estes retornados aos estudos logo após o incidente, sendo este fato verificado nas seguintes falas:

Eu levei cinco tiros, com uma semana eu fui assisti aula... e hoje eu continuo estudano. (E 4 J).

No es... pra o estudo, penso! Penso faze um curso, arruma um serviço bom, melhor do que eu trabalho. (E 7 A).

Relacionam-se a esse retorno breve dois fatores: o desejo do indivíduo de estudar, sendo esta uma meta na sua vida antes mesmo do ocorrido e o tipo de DF adquirida, a

monoparesia, que não comprometeu a capacidade de locomoção destes ao ambiente escolar, permitindo-lhes dar sequência ao desejo de estudar.

Os sujeitos que adquiriram tetraplegia e paraplegia não frequentavam a escola antes do incidente não sendo, portanto, a DF (nessa pesquisa) a causa principal do abandono ao estudo; embora, atualmente, a DF tenha sido o motivo que alguns dos adolescentes e jovens relataram como empecilho para se frequentar a escola. Assim disseram:

Só é ruim assim, a pessoa quer estudar né? Num pode mais. Quando a pessoa tinha a oportunidade num queria te né? Num queria sabe. (E 2 A).

... deu volta a estudar nova ... novamente, tudo ... (E 1 J).

A escola é bom, né? ... Sente! Senti falta sente, né? (E 8 A).

A Lei nº 7.853 (BRASIL, 1989) assegura a PcD sua inserção no sistema educacional em todos os níveis de formação, seja em escolas públicas ou privadas. De forma gratuita, garante a oferta da educação especial em estabelecimentos públicos de ensino. Em 1990, foi determinado que essa inserção ocorresse de forma inclusiva, não se fazendo apenas em instituições de ensino especial, mais em toda e qualquer instituição de ensino fundamental, médio, superior ou profissionalizante, da rede pública ou privada.

Verificou-se, nesta pesquisa, uma baixa escolaridade do grupo pesquisado, evidenciando a problemática do abandono escolar no país. Por sua vez, o abandono escolar se constitui um problema que pode gerar outros problemas para a vida dos adolescentes e jovens, como a vulnerabilidade aos diversos fatores de risco inerentes a essas fases da vida, a exemplo da violência, causa maior da mortalidade e morbidade (como a DF) para esses grupos (ABRAMOVAY et al, 2003).

Estudo realizado por (França, 2004) relata que as pessoas com deficiência sofrem restrição em relação à educação em decorrência de suas limitações e desvantagens. Schoeller (et al, 2012) relata que o nível de escolaridade pode implicar na capacidade de apreensão dos conhecimentos necessários ao enfrentamento da vida após a DF adquirida. Um menor nível de apreensão do conhecimento para o enfrentamento da DF foi percebido no grupo pesquisado, de modo mais acentuado nos adolescentes. Para esse autor, a baixa escolaridade está associada à imaturidade psicoemocional para enfrentar os problemas advindos de uma deficiência física. Entretanto, no atual estudo, a baixa escolaridade não foi consequência da deficiência, pois os sujeitos já estavam fora da escola antes da ocorrência da violência que estabeleceu a deficiência.

A baixa escolaridade do sujeito repercute significativamente na qualidade de vida dele, uma vez que compromete e/ou limita a sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, na sua renda mensal e qualidade de vida (FRANÇA, 2004).

Nas questões inerentes ao trabalho, as dificuldades e limitações decorrentes de uma DF são diversas, podendo ser de ordem anatonofuncional, psicoemocional e social, as quais comprometem a inserção desse grupo populacional no mercado de trabalho (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

Neste estudo, apenas dois participantes trabalhavam, sendo estes os que apresentaram menor grau de comprometimento físico, a monoparesia. Um destes sujeitos, um jovem, estava afastado da atividade laboral por atestado médico, ainda no processo de reabilitação após o incidente; o outro, um adolescente, retornou ao trabalho, mas com queixa de dores e formigamento no membro superior comprometido e dificuldade em realizar a atividade laboral de modo adequado. Os demais, que tinham tetraplegia e paraplegia, estavam aposentados ou com benefício social, não desenvolvendo nenhuma atividade laboral. Deste modo, poucas foram as falas expressas

Quando eu trabalhava né? Trabalhava na Alpargatas, enfim... (E 5 J).

ainda não (silêncio, recomeça) , num tô trabalhano, mais eu pretendo volta o mês que vem... Pronto, eu trabalhava num fuzil que pesava sete quilos, ... hoje eu num vo pode(r) volta(r) a trabalha com isso; tem que trabalha(r) mais na parte burocrática. (E 3 J).

Trabalho a pouco tempo, uns três mês... Como eu vo pega assim numa rédea dum cavalo, puxá um cavalo, num consigo causa do dedo; porque quando vo pega fica (para ... recomeça) se eu fo pega uma coisa, sempre eu tem que pega com os três dedo, que esse outro dedo (E 7 A).

As falas relacionadas ao trabalho poderiam representar por si só a repercussão decorrente de uma DF, uma vez que todos os que tiveram maior comprometimento neurofuncional relacionado à capacidade de deambular, locomover-se de modo independente apresentando limitações que podem dificultar sua inserção no mercado de trabalho.

No entanto, se faz necessário avaliar a situação de trabalho destes antes do ocorrido, pois se trata de um grupo de adolescentes e jovens, fases de iniciação da atividade laboral, que, na maioria das vezes, caracterizam-se como aprendizes. Antes da DF, quatro sujeitos (1 adolescente e 3 jovens) trabalhavam, um jovem estava desempregado e quatro adolescentes nunca trabalharam. Associando a faixa etária dos sujeitos, subtende-se que aqueles que trabalhavam tenham pouco tempo de atividade laboral, assim como para os que nunca

trabalharam exista a falta de experiência ou qualificação para alguma ocupação. Estas condições associadas à baixa escolaridade dos sujeitos e as barreiras sociais identificadas comprometem a reinserção ou a inserção destes no mercado de trabalho.

Sobre essa problemática, França (et al, 2011) ressalta que as questões relacionadas à baixa escolaridade e à desqualificação profissional da PcD decorrem mais das barreiras sociais do que das restrições da lesão; uma vez que estas barreiras limitam o desenvolvimento da capacidade e potencialidade das PcD.

No caso desses sujeitos, ressalta-se a necessidade de apoio para o retorno escolar e para a busca de qualificação profissional, frente às dificuldades identificadas, visando desenvolver o seu potencial e a satisfação pessoal, bem como melhoria da qualidade de vida.

Assim, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, seja pela falta de capacitação, de oferta de serviços, ou pelas barreiras de acessibilidade, pode trazer também, repercussões de ordem financeira, uma vez que limitam estes a busca de trabalho e consequentemente a uma melhor renda (FRANÇA, 2004).

No entanto, a maioria dos entrevistados deste estudo possui como renda a aposentadoria e o benefício do auxílio doença no valor de um salário mínimo (R\$ 545,00), valor relatado como insuficiente para suas necessidades pessoais e familiares, já que para três sujeitos esta representa a renda com a qual sustentam suas famílias.

No entanto, poucas foram as falas relatadas quanto a questão financeira:

Tê dinheiro! Re, re (risos) ... na realidade essa casa aqui é da minha sogra, a gente tá pas... (parou, recomeçou) faz três mês que a gente tá aqui, mai, mai morava de aluguel. Ai é difícil também! (E 5 J).

Isso ne... nem direito num é homem, isso é uma misera! ... Só essa! Causa do carro; num tem como a pessoa ir né?(referindo-se ao benefício social) (E 8 A).

Dentre as dificuldades financeiras relatadas, a mais frequente foi relacionada à necessidade do custeio de transporte, sendo uma das barreiras para a procura da reabilitação fisioterápica, visto que apenas um entrevistado relatou ter carro próprio, os demais dependem de taxi, o que fica muito caro, sendo um dos motivos do abandono ao tratamento de reabilitação (fisioterapia). Apesar de o transporte coletivo ser de passe livre para as PcD, garantido através da Lei nº 8.899 de 1994 (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2010), esse meio de transporte não vem sendo utilizado por nenhum dos participantes.

Apesar da queixa referente ao benefício social, apenas dois sujeitos não recebiam o benefício; só que um destes já havia iniciado a solicitação e o outro, em decorrência do tipo

de lesão sofrida (monoparesia) não se enquadrava no critério do benefício social, tendo retornado ao trabalho informal. Destaca-se, pois a importância desse benefício para a PcD, que não consegue se reabilitar para o trabalho, ou que nunca trabalhou, como é o caso da maioria dos adolescentes, uma vez que trata-se de pessoas que nunca contribuíram com a previdência social, mas lhe é garantida uma remuneração para seu sustento no valor de um salário mínimo vigente, através do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), referente à provisão não contributiva da Assistência Social, garantida pela Constituição Federal de 1988 (Arts. 203 e 204), quando o indivíduo comprovar não possuir meios de prover seu próprio sustento nem de tê-lo por sua família, sendo este um benefício individual, não vitalício e intransferível (BRASIL, 2007c).

Para Freitas (2010), um caminho que poderia melhorar a renda das PcD seria o acesso à educação. No entanto, ressalta que apesar de todo o aparato legal que visa ao direito de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola e valorização das diferenças, ainda são inúmeras as barreiras que separam as PcD do acesso a escola.

Pode-se observar que as questões aqui apresentadas como dificuldades e limitações relacionadas ao acesso à escola, ao trabalho e de ordem financeira perpassam pela acessibilidade geográfica, pelo processo educacional a que se tem acesso, pelo processo saúde/doença dos indivíduos e pela condição de vida dos sujeitos; todas se confluem numa barreira única para que os jovens e/ou adolescentes com DF não busquem a formação educacional e profissional, como meio de crescimento pessoal e melhoria da qualidade de vida. As dificuldades e limitações relacionadas ao estudo e trabalho e, conseqüentemente, à questão financeira representam “barreiras socioeconômica e cultural”, as quais não se superaram por completo. Como relata França e Pagliuca (2008), apesar de todo o aparato legal existente, não se tem como garantir que as oportunidades e acessibilidade cheguem a todas as PcD, como determina a legislação brasileira específica

Dentre as dificuldades e limitações relatadas pelos adolescentes e jovens a ausência e o desejo relacionados ao lazer fizeram-se presentes, constituindo repercussões decorrentes da DF adquirida. Tais relatos foram evidenciados nas seguintes falas:

Sei lá! Eu queria andar, joga bola, essas coisa assim! (E 4 J).

Atividade assim, sai, ir pra algum canto, uma lanchonete, essas coisa! (E, 8 A).

... eu quero maia (malhar) e num consigo ... Pega peso numa academia, essa coisa! (E 7 A).

As coisa que nunca arrente pode faze né? Que(r) i (ir) pum canto, vê os amigo do caba dançano, queu gostava de dança(r)! Bota o som do, dos carro aí na frente! Num é essa merma convivência! (E 6 A).

No computador, assistino direto ou então dormindo (risos), só isso. As vezes eu saiu com os amigos pra ir lá pra cima pra olha o jogo deles, brin... é brinca, e pronto, só isso! (E 9 A).

O lazer se constitui em atividade necessária a saúde do ser humano, pois representa momentos de descontração, vinculadas a varias ações como jogar, dançar, ouvir música, passear, visitar amigos e ou familiares, entre tantas outras atividades que trazem para o indivíduo a sensação de prazer, satisfação, alegria. Na fase da adolescência e juventude, a busca pela satisfação faz parte do processo de desenvolvimento biopsicossocial destes, sendo o momento de lazer uma necessidade premente (POTTER; PERRY, 2009).

O enfrentamento de uma deficiência física adquirida na fase da adolescência e da juventude traz repercussões extremamente negativas, pois limitam estes sujeitos de momentos de lazer essenciais ao ser humano. Em relação aos participantes da pesquisa, a DF limitou-os de realizar algumas brincadeiras e atividades que gostavam e realizavam antes da DF como, jogar, malhar e sair com os amigos. Diante da significância do lazer nessas fases da vida, a ausência da atividade recreativa representou para os sujeitos à dura realidade da “perda da liberdade”.

Subcategoria B – Conquistas e superações

Dentre as repercussões geradas a partir da DF adquirida, fizeram-se presentes as conquistas e superações frente às dificuldades vivenciadas. Estas foram relacionadas a capacidades funcionais readquiridas com o passar do tempo, a partir do processo de restabelecimento do organismo ao trauma sofrido (recuperação da fala, percepção de sensibilidade em uma parte do corpo, ganho de movimento em um membro, mesmo que pouco); a processos de readaptações relacionados a habilidades adquiridas como meio do enfrentamento das dificuldades e limitações impostas pela DF; a processos psicoemocionais e de ordem das relações pessoais.

Sobre as conquistas e superações relacionadas a capacidades funcionais readquiridas falaram:

...graças a Deus! Deus abriu uma porta pra pessoa, que num mexia essa mão né? E vagazinho, poquim, poquim, eu fui mexeno, Deus foi mostrano né? É só a pessoa ter fé em Deus! ... Agora vê eu falano, que eu num falava, mexeno o braço, que eu no mexia! (E 2 A).

... mais de força, coisa pequena eu num conseguia sustenta... em questão de amplitude e movimento já melhorou , é sustentação também ... mesmo com dificuldade mais eu fazia e hoje já ta quase normal. (E 3 J).

É uma felicidade também né? Mai primeira mão é (parou... recomeçou)... primeira coisa é as mão mexer ... Porque pra quem num mexia, ta se mexeno! (E 6 A).

Quando ocorre uma lesão neural, a depender da área afetada, função ou funções orgânicas são alteradas, limitando, modificando o estilo e as opções de vida da pessoa acometida (MURTA; GUIMARÃES, 2007). A partir de deficiência física adquirida, ou seja, de uma perda da capacidade funcional de parte do corpo, qualquer melhora, qualquer pequeno movimento ou função readquirida torna-se uma grande conquista, visto que implica diretamente melhoria da capacidade do indivíduo em realizar atividades de ordem funcional e, conseqüentemente de ordem social. Para os adolescentes e jovens, a capacidade funcional (parcial ou total) readquirida representa um “ganho”.

As conquistas e superações relacionadas aos processos de readaptações foram verificadas nas seguintes falas:

...depois de um tempo eu vi que quando eu peguei a prática né? Vi que não era mais esse bicho de sete cabeça! Então aprendi comigo mermo e até , num preciso, ramo dizer) como eu precisava antigamente cem por cento da mãos das pessoas né! Hoje eu preciso no máximo dez, quinze por cento! (E 1 J).

Ajudou muito, que eu vem pra cadera, é isso aí que ajuda (referindo a suporte acima da cama). Sozinho boto a cadera aí e pronto, eu passo sozinho! Agora sim! Agora vo pra mesa cume , vou pegar) água , ta no meu alcance, vo assisti lá dento. (E 9 A).

Eu vo da cama pra cadera, da cadera pra cama, da cadera pro vaso, do vaso pra cadera ... (E 5 J).

Tranquilo! Faço almoço, faço (para ...recomeça) ... de tarde do(u) uma volta de carro, volto pra casa. Eu cozinho, se tive , precisa lava roupa eu lavo, o que fo(r) eu faço! (E 4 J).

Eu sou destro, escrever eu escrevia com a mão direita! Hoje eu já, dá pra escrever com a mão direita, mais como eu acostumei a escrever com a mão esquerda já... (E 3 J).

O processo de readaptação ocorre quando o indivíduo (um ser vivo) consegue se adaptar a novas condições de vida ou a um novo ambiente (AULETE, 2012). A partir da fala

dos sujeitos, compreende-se o quanto uma DF pode trazer de dificuldades e limitações para o indivíduo comprometendo sua qualidade de vida. Deste modo, as conquistas alcançadas relacionadas ao processo de readaptação representaram, para os sujeitos, o processo de “superação” frente às várias barreiras imposta pela deficiência adquirida.

Nesse processo de readaptação com vista à superação das barreiras, a criatividade pode ser instigada, o que foi verificado como a mola propulsora para um dos sujeitos, fazendo-o criar uma bicicleta para se locomover nas vias públicas e assim ganhar mais autonomia e liberdade. Assim relatou:

Porque num lugar de um deficiente físico sair com uma cadeira de roda pra puder anda, eu mermo hoje em dia projetei uma bicicleta que dá pra você se locomover de um canto pra outro cuma velocidade melhor... ele é pa pedalar manualmente... (E 1 J).

Percebe-se, portanto, nesse caso, que o processo de readaptação perpassa pelo processo de aceitação do sujeito à deficiência física adquirida, ou seja, aceitar a sua condição é um dos primeiros passos necessários à superação das dificuldades e limitações decorrentes de uma deficiência física. Deste modo, seguindo a abordagem de Teixeira e Guimarães (2006) sobre a visão que o sujeito tem de si, expressa pela “visão do corpo lesado” e a “visão de viver para saúde”, pode-se inferir que esse sujeito percebe seu “corpo lesado”, mas já tem a “visão de viver para a saúde”, sendo a sua prática no dia a dia regida por essa visão.

As conquistas e superações de ordem psicoemocionais também foram verificadas neste estudo, sendo as palavras e frases representativas: “paz”, “liberdade”, “vencer a morte” e “superar os sentimentos negativos” (tristeza, irritabilidade, angustia).

Assim falaram:

Meu dia a dia , pra mim cada dia é um superação né? ... Eu to normalmente do jeito que eu era, com pouco de limitação, entendeu? Mais livre! (E 1 J).

... O que eu consegui ... foi uma recuperação que foi estimada em cinco a seis anos, pra te(r) uma melhoria significativa na qualidade de vida e eu já tenho isso com seis meses ... vai muito de você se coloca(r) enquanto limitado. Tem muita gente, gente que tem deficiência que busca, já outras pessoas ficam estagnadas, deixam que os outros lhe vejam com esses olhos! (E 3 J).

Meu dia é , é um dia alegre, um dia triste.. eu gosto de escuta muito Roberto Carlo, aí dá pra passa a mágoa, a tristeza esses negoc (para pensativo, recomeça!) dá pra supera(r)! (E 6 A).

Só paz! Arrumei paz, que eu num tinha paz não sabe! Pra onde eu ia eu tinha que anda com revolve, com a arma, com tudo; pra onde fosse eu tinha que anda armado, num podia anda desarmado, num ia em todo canto, num podia ta em esquina e hoje eu vo pra onde eu quero, hoje (silêncio... recomeça!) pra onde eu

quero ir eu vo, sem medo, sem nada e antes eu num ... se tinha paz não! Vivia na vida doida, num tinha paz não, ô era mata , ô morria! ... num acho bom ta na cadera, mai ao menos paz eu tenho! ... conquista, só que eu venci a morte... (E 4 J).

Minha filha! Que ela tava grávida quando eu sofri a lesão, ela tava grávida. Só, pra mim só, só minha filha... Algo de bom né? Que aconteceu depois disso, só ela mermo! ...Superação!? É, eu acho que superei também né? Porque no começo tem uma fase ruim né? Fica deprimido e tal ... acho que eu superei, essa fase aí eu já passei já, num me incomodo mais não! (E 5 J).

Foi sair da cadeira pra cama, que antes me pegavam da cama pra cadeira. (E 9 A).

Normal! Pra mim ta tudo bem depois desses três ano assim, só as internação mermo. Eu acho pra mim foi tudo em paz! ... importante é a pessoa ta viva! (E 8 A).

As conquistas e superações se fazem presentes no dia a dia dos sujeitos, estando representadas pelas pequenas ou grandes ações realizadas e sentimentos negativos eliminados; situações capazes de proporcionar alegria e prazer ou simplesmente tranqüilidade, sendo estas situações valorativas para os sujeitos. As conquistas e superações de ordem psicoemocionais representaram para esses sujeitos a “satisfação”, do que foi almejado.

O relato do jovem E4 diz respeito ao paradoxo da “conquista da liberdade a partir da DF adquirida”. Trata-se da DF que liberta, quando ao mesmo tempo limita a condição do sujeito de ir e vir. Para esse jovem que, antes do incidente, vivia armado, se escondendo ou de tocaia e agora se encontrava na cadeira de rodas; sua nova condição não representava mais perigo para os que atentaram contra sua vida, já que também estava preparado para “matar” para garantir sua sobrevivência. Deste modo, para este sujeito a DF trouxe-lhe a “paz”, libertando-o do mundo de violência em que vivia.

Subcategorias C – Impacto nas relações pessoais

Adquirir uma deficiência, seja de qualquer tipo, é uma situação que traz grande impacto para vida do sujeito, bem como para sua família e seus amigos, interferindo diretamente nas suas relações pessoais (AZEVEDO; SANTOS, 2006). Com o intuito de se verificar as repercussões da deficiência física adquirida pelos adolescentes e jovens, aos seus familiares e amigos, foi lhes perguntado “Como seus familiares e amigos enfrentam a sua deficiência?”.

A partir das falas dos sujeitos, verificou-se que a deficiência física adquirida pelos adolescentes e jovens trouxe repercussões significantes nas relações familiares, referentes ao impacto inicial frente ao ato de violência sofrido, ao impacto com o passar do tempo, associado às conseqüências advindas da deficiência, bem como as dificuldades de relacionamento geradas a partir das modificações ocorridas na vida da família. Todas as repercussões identificadas representaram o “sofrimento” dos familiares pela deficiência adquirida por seu ente.

Para a família, o primeiro impacto causado foi saber do ocorrido (quando da lesão sofrida por um ato de violência) e posteriormente ao saber da conseqüência causada, “a deficiência física”. Sobre esta questão os adolescentes e jovens falaram:

Foi um choque né, no começo né. Foi um choque ... (E 1 J).

Foi, foi um susto pra todo mundo, alguns tinham mais ciência que poderia acontecer... (E 3 J).

O negócio que (para, retorna a falar) ... de pai, como, come que pai rai me vê assim, no sei o quê! (E 9 A).

Sei lá normal né, eles fica assim surpreso né, por vê que eu andava e hoje ta sem anda, ficam pensano nas coisa da vida, assim, sei lá! Só. (E 5 J).

...a meu pai, minha mãe ele dizia (o médico) que eu ia morre (r). (E 2 A).

Os povo fica triste né? (E 6 A).

Me ajudaro muito, em cima direto! ... Antes de acontecer eu dizia! Antes de acontecer, porque já tinha acontecido com um tio meu, dele ficar assim, também de tiro, também; aí ele vei, aí a família de vez em quando: cuidado! num sei o que! Eu digo: “não, eu morro mai eu morro como um home, num vo pra uma cadeira de roda não!” (E 4 J).

A partir das falas dos sujeitos verificou-se que o impacto inicial causado nos familiares foi de estado de choque, susto, surpresa e tristeza, pois além de estar associado a um ato de violência, deixou seqüelas permanentes, modificando o curso da vida de seu ente (filho, marido, irmão, primo, entre outros parentescos). Para um dos sujeitos (agente ativo da violência), era melhor morrer do que ficar numa cadeira de rodas e principalmente “morrer como um homem”. Tal fala denota quão preconceito está arraigado nele; já que a DF adquirida tornou-se sinônimo de fraqueza e no mundo em que vive o “machismo dominador” tem que predominar para sobreviver.

No enfrentamento dos familiares as conseqüências geradas pela DF, percebeu-se que, com o passar do tempo do ocorrido, houve um processo de adaptação da família a esta nova condição, de modo que souberam enfrentar e contribuir com a recuperação dos sujeitos.

Assim falaram:

... mais, com o passar do tempo a gente vai aceitando, tal, vai vendo que, que aquilo ali não tem mais volta, que querendo ou não foi uma consequência da vida,.. Aí foi só no começo, até hoje tão acostumado (E 1 J).

... mais no mais, passado o susto inicial todo mundo dá apoio pra continuar o tratamento, o que precisei deles e o que eu precisar eu vou ter e foi mui ...todo mundo solícito (E 3 J).

Também, me ajudaro muito, em cima direto! Agora não que eu já to mai a vontade! Também, por decisão minha também, que eu quero ficar mai resevado mai com minha mulhe; mais no começo era tudo em cima! Só vivi cheio aqui, tudo pra me ajuda; tudo me apoiaro muito. (E 4 J).

Normal. Enfrenta normal. (E 7 A).

Normal! Esse normal é tudo bem né? É um negócio da do sujeito. (E 8 A).

Sei lá! Normal também, eles cobram muito de mim assim né ? com a questão de fisioterapia que eu corra atrás, que eu busque né, pra vê se eu consigo melhora mais né ... minha ... as minhas função, a parte mais de coordenação motora, movimento, que eu venha a volta a anda né? (E 5 J).

Normal né! Que eles viro né, meu estado lá (se refere ao hospital). Viu o estado aqui dentro de casa ainda, depois de três mês. (E 2 A).

Meu pai chega do trabalho, vai me acorda, fala comigo: “ E aí, toma banho? Borá toma banho!”. Aí vo! “Vamo fica na sala assisti aqui?” Tem a via Embratel aí. “Vamo assisti mais eu aí?” (o pai fala:), eu : “Não, to de burro, vo ...vo deita aí um tantim”. “ Bora meu filho fica deitado...sentado aqui mais eu aí, deita aí ô, pega esse colchão e deita aí no chão e tal”, eu disse: “ Não quero fica só”... Até minha ex mulhe eu num... era doida pra volta pra mim, disse que num queria mais. (E 6 A).

Enfrenta como se fosse uma brincadeira! (soou como desabafo, mas mudou o tom posteriormente). Brincando comigo direto! É brincadeira de amigo, normal! (E 9 A).

Corroborando com a ideia de Scoller (et al, 2012) o tempo é um fator fundamental para o processo de reconhecimento dos problemas, das adaptações e enfrentamentos destes, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Esta mesma situação é vivenciada pelos familiares dos sujeitos pesquisados, conforme seus relatos.

A família também sofre com o fato ocorrido ao seu ente querido, e, na maioria das vezes, não sabe como lidar com as repercussões que essa deficiência física traz para vida dos sujeitos, sendo de suma importância o papel dos profissionais de saúde no processo de orientação aos pacientes e seus familiares, para evitar que o fato ocorrido não se torne uma ameaça à boa relação familiar (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007).

Azevedo e Santos (2006) relatam que os familiares da pessoa com deficiência vivenciam sentimentos de impotência e situações de desgastes diante das novas condições

apresentadas pelo deficiente, modificando o convívio familiar, podendo gerar crises em ambas as partes.

Alguns adolescentes e um jovem relataram dificuldades de relacionamento a partir da sua DF, uma vez que esta trouxe modificações para o dia a dia da sua família, acarretando sobrecarga de trabalho para os familiares, como também a ausência de ajuda por afastamento de familiares, gerando repercussões negativas nas relações, como cobrança e reclamação de ambas as partes. Assim falaram:

Eu tive visita né, alguém pra dormir comigo lá, ti... uns primo, uma tia, mais a mulhe né, sempre toma mais de conta (risos), porque o resto é difícil, é complicado, é complicado (risos) ... Rapaz, vo tira assim pelo um primo meu, sabe! ... toda vez que eu ia saí ele sempre saia comigo, ... aí de lá pra cá... sumiu, sumiu! Só vivia lá em casa, era comigo direto, vinte e quatro hora, sumiu do mapa! (risos). O cara sumiu dum jeito que eu num sei não! Sumiu mesmo (E 5 J).

Rapaz tem uns que ignora né! Faço coisa que...queles diz queu...que num dá peú faze, eu faço e agüento! Que eu sô forte mermo, que teve um tempo desse que passei três dia bebeno e deficiente assim mermo ... domingo passado eu tumei doze ceveja e quato Red Bull sozim, eu e minha vo. Minha vo tem uns oitenta ano, ela num bebe não, ela tava do meu lado ... ela que me entregava a bebida porque eu num podia pega... Fico triste quando meu irmão num chega aqui pra me ajuda(r), que sólele que chega de manhanzinha, trabalha na Alpargata, aí tem o horário pra ele trabalha(r)... (E 6 A).

Lá pra fora um dia desse ali, pra subi ali (a entrada da casa, do jardim para o terraço), minha mãe intuo uma vez e ela brigo! Porque ela disse que eu subia sozim, e eu num subo! Por quê a rampa é muito em cima, muito empenada, se faze muita força a cadeira vira, ela disse que eu é... que eu subia sozinho e eu num subo! (E 9 A).

Só a da minha mãe! Assim, ela num pode sai pra nenhum canto mai! Caso que tem de faze(r), cuida(r) disso (refere-se a lesão extensa na região sacrococcígea), só isso! (E 8 A).

Essas situações estão relacionadas a um desgaste por parte dos familiares pela sobrecarga de trabalho e por parte dos sujeitos pela dependência gerada, criando situações conflitantes e desgastantes para o núcleo familiar, visto que a deficiência deste é permanente, e, conseqüentemente, sua situação de dependência em realizar algumas AVD também. Para a maioria dos entrevistados, essa situação de dependência familiar (pai, mãe, irmãos, primos, avó, tios) pode perdurar por muito tempo, uma vez que cinco sujeitos (quatro adolescentes e um jovem) estão solteiros e convivem nesse núcleo familiar.

A presença de uma pessoa com deficiência física no contexto familiar modifica a dinâmica das relações que podem ser negativas ou positivas, influenciando uma nova rotina para o sistema familiar, muitas vezes marcado por crises (VENTURINI; DECÉSARO, MARCON, 2007).

Ao se verificar o enfrentamento dos amigos à DF adquirida pelos sujeitos, identificou-se que houve poucos relatos, sendo observado repercussões referentes à ajuda e apoio, assim como ao afastamento.

Sobre estas relações de amizades falaram:

Um amigo meu até hoje ajuda, desde o começo; até hoje ele ta ajudano. O negócio de anda...anda... da minha carteira ele ta ajudano! (E 9 A).

Me ajudaro muito, sempre tem uns amigo que ... pelo menos um amigo ô têm. Ele ta preso mai... meu amigo, né meu amigo não é meu irmão. Ta preso, mai o que eu posso faze por ele eu faço. Quem vai deixa os negócio dele tudo lá sô eu, tudo quem fai por ele é eu e quando eu tava...assim que eu levei o tiro quem fei tudo por mim foi ele (E 4 J).

... mais os colega meu diz que eu no mudei nada não, merma pessoa, fô pô faze de...po mim faz, mais eu depois que eu fiquei assim num dá mai vontade de nada não ... tristeza né, fica a tristeza né; chegar um amigo da pessoa e num tem um amigo do lado pra lhe dá o caba ... Até alguma coisa que eu vo tenta ainda faze e, que esse mês é meu anivesaro agora, eu vo compra umas três grade de ceveja, pra alegrar me, alegrar meus colega né! Ve se eles vem pa mais perto de mim! Porque é dificil! ... E tinha umas ninina quiria namora comigo também, do jeito que eu to assim, num quis. (E 6 A).

Há! Num tem futuro ta com essas amizade. A pessoa tem que segui o estudo da pessoa. Pra igreja né, que gradece a DEUS a vida e etc né? Como ô disse né, amigo da rente é Deus e n..né... na hora num foi amigo, ninguém pá botá os peito né, na frente da pessoa. Só quem vai é Deus home, bota a espada dele no mei, ... e exalta a pessoa. (E 2 A).

As falas dos entrevistados 9 A e do 4 J demonstram que a relação de amizade permaneceu, tendo até se tornado mais forte diante da presença e ajuda constante do seu amigo, representando para estes sujeitos uma “relação de irmandade”, de forte vínculo. No entanto o afastamento dos amigos também foi referida pelos entrevistados 6 A e 2 A, representando uma relação de “amizade frágil”, que não sobreviveu ao fato ocorrido (a deficiência adquirida).

Ambas as situações trazem repercussões significantes, podendo ser positiva ou negativa, para vida dos sujeitos, que estão numa fase da vida em que as relações de amizades são extremamente valorativas; como aborda Potter e Perry (2009) ao dizerem que o relacionamento com pares representa a vinculação para compensar a instabilidade gerada pelas rápidas mudanças, existindo a forte necessidade de identidade para afirmar a autoimagem e de seguir padrões de comportamento definidos pelo grupo de amigos. Para esses autores, ao final da adolescência e início da juventude diminui a importância da amizade

do grupo em favor da amizade individual, sendo as características do relacionamento dar e receber.

Desse modo, compreende-se que a presença de um amigo ou amigos na vida desses adolescentes e jovens é de suma importância, pois pode contribuir com o processo de recuperação e superação das dificuldades e limitações advindas da deficiência física, não deixando o fato ocorrido acabar com a relação de amizade, excluindo o sujeito dessa relação pessoal, bem como da parte lúdica e de lazer, tão presentes e necessárias nessas fases da vida.

Subcategoria D - Preconceito

Dentre as repercussões geradas pela DF encontra-se o preconceito, sendo este um fato descrito pela literatura ao longo da história humana. A palavra preconceito denota uma idéia preconcebida, um julgamento que se faz, geralmente na forma de uma atitude discriminatória (intolerância, aversão, exclusão), de uma pessoa, raça, credo, grupo ou lugares, considerados diferentes ou estranhos à pessoa (FERREIRA, 2002).

O preconceito se faz presente na vida de muitas pessoas com deficiência, seja de forma direta ou indireta, apresentando conotações diversas, segundo o contexto em que se vive. Com o intuito de verificar a percepção dos adolescentes e jovens acerca do preconceito para com as pessoas com DF foi lhes perguntado: “Como você percebe algum tipo de preconceito em relação às pessoas com deficiência física?”. A partir das falas dos sujeitos, verificou-se que o preconceito em decorrência da DF adquirida já esteve presente em algum momento de suas vidas por decorrência da DF adquirida, sendo este enunciado na fala de um familiar, da sociedade em geral, bem como no seu próprio discurso, hora assumido, hora negado.

Os sujeitos, ao se referirem ao preconceito social, assim se expressaram:

O preconceito, o único que eu vejo, e também percebo, é que as pessoas quando olha pra um deficiente físico, eles num olham como uma pessoa normal, eles olham como um coitado, como uma pessoa que ta ali impossibilitado ... como um pedinte né? ...eu vejo muitos caderante pedindo, como muitas vez também já me confundiram já né, confundiram já umas três vês já com pedinte, mais quando chega perto de mim, eu explico que não sou e tal, que não dependo daquilo, mais... a única parte que eu vejo é só nisso mesmo. Porque o pessoal vê muito pedinte mermo na rua. (E 1 J).

Comigo não. Mais acho que em certos graus de deficiência tem,...mais acho que vai muito de você se coloca (r) enquanto limitado. (E 3 J).

Não. Num tem preconceito com... até porque uma pessoa né, eu sei lá, num... Ter o orgulho né, porque o cara era, o cara... é o... que o cara sente quando o caba passa... “olha aí, tá veno, isso era tão ruim, num sei o que”; porque o caba vê só no olha (r) do povo quando o caba passa... “ Fez tanta ruindade ó, agora ta aí!”. O caba, o caba lê a mente dele, só em um olha dele. (E 4 J).

Que todo mundo olha né. As vez você pensa num ta olhando a cadeira; não né isso não, “uma pessoa tão nova numa cadeira de roda” (mudou o tom da voz), né? ... eu acho que olha isso, hoje em dia eu vejo dessa forma. Antigamente não, olhava assim e dizia: “ Ta olhando pra cadera, num sei o que lá”; “O cara ta sem anda, né... na cadera... isso aquilo outro! (mudou o tom de voz). Não, acho que hoje em dia eles olham assim: “ Ma rapaz um cara tão novo na cadera de roda né!” (tom de voz tênue) (E 5 J).

Né muita pessoa que gosta de fica empurrando, saído com pessoa deficiente não. Tem muita rente que num tem, gosta de... fica empurrando as pessoa não. (E 6 A).

Várias pessoa vei aqui e disse que ninguém respeita. Muita gente vai me vê, num vai fala mais na mente ele tá dizem “lá vai o alejado!”. Aí vai me vê e num vai fala, então pronto vo te ... vo ser chamado muitas vez por isso, mais eu não to veno.. Eu ia reagi normal! (E 9 A).

Na fala dos sujeitos, o preconceito é percebido pelo “simples olhar” das pessoas, assim como por palavras pronunciadas, mas não como sendo a compreensão de quem a profere e sim de outra pessoa, ou seja, o ser humano tem preconceito, mas não o assume. As palavras como “coitado, pedinte, pessoa impossibilitada, aleijado” expressam como os adolescentes e jovens representam o preconceito da sociedade, assim como o modo como são vistos pelas pessoas, ou seja, uma pessoa com DF é uma pessoa “diferente”, que “não é normal”, um “ser anormal”, passível de pena e/ou repúdio; conforme o contexto em que se está inserida. A sociedade olha e pensa de forma preconceituosa

A fala dos sujeitos sobre como as pessoas os veem, já traz seus próprios preconceitos, fazendo com que se sintam envergonhados, por serem “deficiente físico – cadeirante”. A cadeira de rodas utilizada como símbolo para representar a PcD física, por permitir maior liberdade ao usuário, aqui é posta pelos adolescentes e jovens como um símbolo perante a sociedade que confirma sua condição de deficiente físico, o que o incomoda (FRANÇA, 2000).

Deste modo, a representação do preconceito (da sociedade e de si mesmo) expressa pelos sujeitos identifica-se com a definição apresentada por Crochik (et al, 2009, p.125), que o considera como sendo uma “expressão de atitudes hostis e produtos das relações entre as necessidades psíquicas e a ideologia”.

O preconceito expresso pela família foi relatado apenas por um sujeito, estando presente na seguinte fala:

Ele me chamo de alejado!(se referindo ao irmão).E aí, muito forte! (falou com voz embargada). De repente deu um trancão, todo canto meu, paro tudo! Aí virei na parede e fui chora e pronto! ... só faltava isso mermo! (E 9 A)..

A partir do relato do adolescente, o preconceito (seja este qual for) pode causar impacto na vida de uma pessoa. Para este adolescente, a constatação da sua realidade (deficiente físico) reafirmada pelo seu irmão da forma como fora, deixou-lhe marca profunda, pois a intenção do irmão pode ter sido de ferir verbalmente, visto que a palavra “alejado” está culturalmente arraigada de peso e preconceito, atribuindo ao sujeito o significado de “Ser incapaz”.

Sobre o auto preconceito (assumido ou não) os adolescentes e jovens falaram:

Até agora eu num vi nenhum não. (E 7 A).

Não, tem preconceito não! Eu só num... eu só num gosto, porque eu vivia numa vida e essa vida que eu vivia inda existe, sabe! Ainda tem um mermo caba dum lado e ur mermo do outro, já morrero um bucado, já tem um bucado preso. Aí eu no me sinto porque... e passo por um passo por outros; fizeram isso comigo já morrero... mais ainda tem um... uns caba do lado, tem uns do outro; mai...aí eu só num gosto que eles me veja sabe, de cadera, mai me vê em carro em tudo, e eu fico a vontade e em paz, graças a Deus. (E 4 J).

Eu tinha vergonha de anda, hoje em dia eu num tem mais, saio normal! Tem não, num ligo não! (E 5 J).

Rapai! Eu, preconceito eu num tem não visse. Eu tenho mais pena dos povo do que mai pena de mim ... O que eu vejo na televisão as coisa, o povo deficiente eu... mai fácil eu chora que... pena dos outro do que chora do mo... do jeito que eu to ... Têm muita pena de quem ta assim, mai pra mim num ... Pra mim num sinto pena não! Eu mermo tenho vergonha de senta numa cadeira de roda. (E 6 A).

... preconceito eu num sofri não! (E 8 A).

Num sinto não, preconceito não! (E 2 A).

A partir do relato de alguns sujeitos, percebe-se que a vergonha de ser cadeirante é um reflexo das próprias palavras designadas as PcD ao longo da história como: inválido, inútil, incapacitado, associando ao ser humano a designação de inferior (SILVA, PINTO; GUEDES, 2007). Para esses sujeitos, a representação do preconceito foi constituída no contexto sócio cultural em que vivem, a partir das relações sociais (FRANÇA E PAGLIUCA, 2009).

A representação que os adolescentes e jovens formulam acerca do preconceito dificulta e interfere no seu próprio processo de recuperação e reabilitação, sendo de suma importância a participação de familiares e amigos, bem como dos profissionais da saúde no

enfrentamento dos problemas identificados, conforme o nível de compreensão e, conseqüentemente, de significância do preconceito para cada sujeito; uma vez que este pode apresentar-se conforme o grau de comprometimento do sujeito, quanto maior o grau de comprometimento, maior o preconceito, como relatou o entrevistado 3 J.

Para Crochik (et al, 2009) a partir do momento que uma pessoa sofre uma alteração brusca da imagem corporal, faz-se necessária a reintegração dessa imagem ao novo esquema corporal, a qual irá repercutir no seu próprio autoconceito, sendo fundamental que nessa etapa se reconstrua uma imagem corporal positiva. Caso a reconstrução da imagem corporal seja negativa, o autoconceito do indivíduo também será negativo, o que contribuirá para a formação de valores estigmatizantes e preconceituosos, alimentando sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, tristeza e, em alguns casos depressão.

Entre os sujeitos tetraplégicos e paraplégicos (cadeirantes), alguns relataram ter superado o preconceito da sua deficiência física e a vergonha de andar de cadeira de rodas. No entanto, esse processo de superação foi observado apenas no contexto das falas (de toda entrevista) de um desses sujeitos:

Porque muitas vez a gente vê, entendeu, alguém por aí e tal, deficiente físico e tal, e a gente num procura saber como que ta aquela pessoa, principalmente o seu psicólogo né? é...a sua mente né? Que tem um bocado de gente aí que ta caderante, mais a mente tá mais deficiente do que o corpo aí, entendeu? ... Eu mesmo né, eu tô livre né! Eu no meu caso eu faço visitas entendeu, a outros deficiente físico e tal, mostro como é que foi né ... minha vida né, começo a ensinar como faz isso, fazer aquilo e tal, sempre procuro dá o exemplo prá que eles possam pelo menos entendeu, olha pra mim, pra ele e se espelhar um pouco, pra poder ter um pouco de liberdade, apesar da deficiência. E muito já consegui, entende?, Já uns três, olha pra mim, assim e tal e vê que realmente é diferente, não é só colocar a deficiência na frente e esquecer tudo que vem depois não. Sempre colocar a cabeça na, na erguida e segui o rumo, parar jamais! Ta certo? (E 1 J).

O entrevistado 1 J demonstra ter superado o preconceito a partir da sua própria atitude de vida perante a sua deficiência, já que ajuda outras pessoas com deficiência física a enfrentar e superar as dificuldades e limitações que a deficiência pode trazer. Quando se coloca como espelho, reconhece a sua imagem corporal com uma deficiência física, como aborda Crochik (et al, 2009); quando se coloca como exemplo, expõe-se sem medo e sem vergonha, livre (como fala) do peso que o preconceito causa na vida das pessoas.

Diante dessas abordagens, a representação do preconceito identificada nesta pesquisa representa a visão, o julgamento que uma pessoa (sociedade) faz perante o outro que ele vê como diferente de si (a pessoa com deficiência), assim como representa a visão e o julgamento do sujeito (deficiente físico) que se vê e percebe ser diferente, podendo se deixar

levar pelo “olhar” das outras pessoas. Assim, o preconceito abordado na fala dos sujeitos, representa ora a “rejeição” do que é posto como anormal, quer seja pela sociedade ou pelo próprio sujeito com deficiência física; ora a “piedade” por sempre relacionar a PcD a um ser incapaz, inválido.

Em estudo realizado por Bampi (2007) sobre a percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática, verificaram-se repercussões na vida dos sujeitos semelhantes às identificadas nessa pesquisa, sendo estas relacionadas a questões sociais, como preconceito e discriminação, dificuldades relacionadas ao trabalho e ao estudo, falta de acessibilidade e barreiras arquitetônicas, falta de recursos financeiros, falta de oportunidade de recreação e lazer e a falta de oportunidade para obter novas informações e habilidades. Para o referido autor, a causa da deficiência está na estrutura social, uma vez que o modelo de deficiência médica reconhece a lesão como a primeira causa da desigualdade social pelas desvantagens vivenciadas pelos deficientes, ignorando a produção da deficiência gerada a partir da exclusão social.

Diante das representações dos adolescentes e jovens acerca da deficiência e suas repercussões, ressalta-se a necessidade de implementar medidas efetivas que promovam os direitos desses cidadãos.

6 DIFICULDADES DA PESQUISA

Dificuldades relacionadas ao período da coleta de dados:

_ Dificuldade de agendar a visita na UBSF, de modo a fazer contato com todos os ACS da equipe, sendo os motivos: folga, férias, licença, atestado, afastamento.

_ Microáreas descobertas, inviabilizando a identificação do sujeito pesquisado

_ Mudança da data de entrevista agendada (por necessidade do ACS ou sujeito da pesquisa). Resultando em atraso na coleta de dados.

_ Atraso na conclusão da coleta de dados (motivos supracitados), comprometendo demais etapas de elaboração da dissertação.

Dificuldades relacionadas a literatura:

Insuficiência da literatura nacional enfocando a deficiência física de adolescentes e jovens em relação as representações sociais, sendo necessário articular a discussão com resultado de estudo de outros pesquisadores que abordaram a representação da deficiência (Física e/ ou demais tipos de deficiência) na visão de pessoas não deficiente: professores, alunos, pais, irmãos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta pesquisa é a deficiência física adquirida em fases da vida de pleno desenvolvimento e crescimento biopsicossocial em decorrência de um ato de violência física, ou seja, de um ato factível de prevenção. No entanto, de difícil abordagem dada às origens diversas e à magnitude com que se apresenta. Ressalta-se nesse estudo a intenção de apresentar a dimensão dessa problemática, a partir das expressões dos que tiveram sua vida marcada por ela: os adolescentes e jovens com deficiência física adquirida pela violência.

O objetivo de compreender as representações de adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida decorrente de violência física e suas consequências foi perseguido e alcançado, evidenciando por meio das falas dos entrevistados.

Como se pode verificar em todo o processo de construção da dissertação, a violência traz transtornos físicos e psicoemocionais para o sujeito, assim como a morte; tem gerado não apenas vítimas, mas também novos agressores, perpetuando-se na história, uma vez que as suas repercussões têm atingido a sociedade como um todo.

Como citado anteriormente, a história da violência apenas vem mudando seu contexto, mas marcam as pessoas e seus familiares de modo indelével, fazendo cada vez mais vítimas fatais e não fatais, a exemplo do grupo pesquisado.

A aproximação com o campo empírico trouxe evidências ainda mais concretas do sofrimento humano mediante as situações de violência vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa o que possibilitou algumas aproximações conclusivas.

Os adolescentes e jovens percebem a deficiência e a deficiência física como um mesmo significado, representando uma compreensão individualista. Embora, somente a PcD possa descrever concretamente o significado da palavra deficiência, essa compreensão remete a uma dificuldade de sentir-se como cidadão dentro de uma sociedade. Considerando que a situação em que se encontram é definitiva, se faz necessário que a compreensão se aproprie da aceitação de seu corpo de modo a facilitar os processos de enfrentamento que tendem a vivenciar, sejam eles individuais ou coletivos.

As consequências geradas por uma deficiência física adquirida em qualquer fase da vida trazem repercussões de ordem biopsicossociais. No entanto, na fase da adolescência e juventude, esta se torna mais severa em virtude do sujeito ainda não apresentar amadurecimento suficiente para enfrentar tamanha perda, uma vez que o espírito de aventura

e os sonhos estão mais presentes do que a maturidade adquirida e as responsabilidades impostas pela fase adulta.

As repercussões da deficiência física representaram para os sujeitos, do ponto de vista anatomofuncional, a perda de autonomia e liberdade, em um momento da vida em que os pares estão no auge dessa condição. O resgate pessoal dessa condição de liberdade nem sempre se apresenta como horizonte possível para estes sujeitos.

As repercussões de ordem psicoemocionais representaram a insegurança e a insatisfação, sentidas apenas por quem as vivencia. Olhar o mundo de pé jamais se compara com a condição de um cadeirante ou outro desvio da forma humana socialmente aceita. Nesse sentido, as barreiras arquitetônicas, seja de via pública ou domiciliar, representam barreiras sociais que dificultam o acesso para o estudo, lazer, trabalho e conseqüentemente influenciam no fator financeiro; assim, de forma cíclica, representam um conjunto de barreiras socioeconômicas e culturais, as quais comprometem a qualidade de vida do sujeito. Em todos os pontos desse encadeamento lógico podem ser feitas intervenções efetivas que visem mitigar as repercussões trazidas pela violência.

Em meio a tantas dificuldades e limitações, também se fazem presentes as conquistas e superações expressadas em ganhos funcionais decorrentes da recuperação e/ou reabilitação orgânica representando o processo de superação das dificuldades e limitações presentes, assim como a superação de sentimentos negativos, angustiantes. Superar as dificuldades e limitações torna-se importante, uma vez que a satisfação pelo desejo alcançado reforça e representa a capacidade da auto realização do sujeito, motivando-o.

A presença da família e dos amigos é fundamental na vida desses sujeitos. Verificaram-se processos de relacionamentos significativos e negativos por parte dos familiares e amigos. Essas fases da vida requerem a presença constante dos pais, mesmo que digam o contrário, pois embora, às vezes, rejeitem-nos, a presença destes lhes é significante e necessária, assim como a dos amigos.

O preconceito foi uma das repercussões percebidas pelos adolescentes e jovens com DF, fazendo parte de alguns momentos da vida da maioria, sendo expresso pela sociedade de modo geral e por um familiar. O auto preconceito também foi observado em alguns dos sujeitos, ora assumido ou não, assim como foi negado pelo sujeito, tendo em sua atitude o preconceito embutido. Este representou atitude de rejeição, assim como de piedade, tanto por parte da sociedade como de si próprio. Esta condição só limita cada vez mais a capacidade do sujeito de reconhecer sua DF, com vistas a superar as adversidades que a DF impõe.

A baixa condição socioeconômica da maioria dos sujeitos compromete a qualidade de vida destes, uma vez que a necessidade de saúde é freqüente, requerendo medicamentos, transporte para reabilitação, curativos, insumos, entre outros. O benefício social, mesmo sendo de valia, não consegue suprir as necessidades do sujeito, de modo a garantir todas as suas necessidades.

Percebe-se que apesar de toda a legislação vigente os sujeitos pouco conhecem e usufruem desta, sendo o benefício social o mais referido e procurado. As barreiras, nas mais diversas formas (econômica, social, política e cultural) fazem-se presentes na vida desses sujeitos destituindo-lhes o direito de cidadão.

Podem-se apontar algumas limitações nesse estudo, sendo a principal delas o fato de a maioria dos sujeitos pertencerem as mesmas condições sócio-econômicas conduzindo talvez a representações muito aproximadas entre eles. A princípio, a amostra pode ser considerada reduzida, entretanto o Censo realizado no início do estudo indica que a amostra é quase igual ao universo. Mesmo que nos estudos exploratórios não seja possível generalizações, este estudo apresenta significância diante das questões norteadoras desse estudo, uma vez que nos evidencia situações cotidianas das PcD, de modo que possam contribuir com a assistência de saúde local, através da gerência e dos profissionais de saúde.

Mediante a magnitude dessa problemática compete aos profissionais de saúde tanto o acolhimento e escuta ativa das demandas desses usuários quanto, como agentes de propulsão e orientação, estimular a luta por melhor qualidade de vida. Aos gestores sociais e da saúde compete a viabilização de políticas públicas acessíveis a este grupo populacional, que ao perder a autonomia e liberdade, perde também a cidadania.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; RUA, M. G. **Violências nas Escolas**. 2. ed. Brasília: UNESCO, v. 1. 400 p., 2002.

ABRAMOVAY, M.; PINHEIRO, L. C. “Violência e Vulnerabilidade Social. In: FRAERMAN, A. (Ed.). **Inclusión Social y Desarrollo**: Presente y futuro de La Comunidad IberoAmericana. Madri: Comunica. 2003.

ALVES, R. F.; EULÁLIO, M. C.; BRITO, S. M. O. Representações sociais: via de acesso ao pensamento social sobre a saúde-doença. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; SOBRINHO, M. D. **Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos**. Campina Grande: EDUEP, 2004.

AMIRALIAN, M. L. T.; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. I.G.; LICHTIG, I; MASINI, E. F. S.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

ANDRADE, S. M. O.; PONTES, E. R.J.C; CONTINI, M. L. J.; GOMES, A. M.; NACHIF, M. C. A. Vítimas da violência em Campo Grande: um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. **Saúde soc.** [online]. vol.17, n.3, pp. 201-210 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300020>>. Acesso em: 23 de setembro de 2011.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuida-dor (D)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev Latino-am Enfermagem**. [online]. v.14, n.5, 2006. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 01 de novembro de 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. Lisboa Edições 70, 2009.

BAMPI, L. N. S. **Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática**: uma forma de estudar a experiência da deficiência. 2007. 154 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil, subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 24 de outubro de 1989; 168º da Independência e 101º da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853compilado.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Pesquisa envolvendo seres humanos**. In: Informe epidemiológico do SUS – Suplemento 3, p.278 – 291. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Decreto 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. Presidência da República Casa Civil, subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 20 de dezembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853compilado.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde** –Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Prevenção à Violência e Causas Externas Brasília: Ministério da Saúde, 298p. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens : uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde : módulo básico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema único de Saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social .Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social, p.188 p 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, p. 132, 2010.

_____. Juventude saudável: uma conquista social. **Informe Saúde**. Ano VI, n.149, primeira semana de fev. de 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periódico/Informesau de/informe149.pdf>> Acesso em: 28 de agosto de 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br>>. Acesso em: 13 dezembro de 2012.

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H.; ARAUJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 14, n. 1, p. 31-38. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas**. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI. Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CAVALCANTI, A. L.; MARTINS, V. M.; LUCENA, R. N.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/561.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2010.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Legislação brasileira sobre pessoas portadoras de deficiência**. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara. Ed. 6, p. 545, 2010.

CHEN, S. R.; NEVES, L. F. **Atenção à saúde do adolescente /jovem**. Área Temática – Saúde da Pessoa com Deficiência. COGest – Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/Adolescente_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2011.

CROCHÍK, J. L.; CASCO, R.; CERON, M.; CATANZARO, F. O. Relações entre preconceito, ideologia e atitudes frente à educação inclusiva. **Estudos de Psicologia I Campinas**. v. 26, n. 2, p.123-132, 2009. Disponível em:<http://200.144.190.38/bitstream/handle/2012.1/12011/art_CROCHIK_Relacoes_entre_preconceito_ideologia_e_atitudes_frente_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em 15 de novembro de 2012.

DATASUS. **Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2011. Disponível em:<<http://datasus.gov.br>>. Acesso em 10 de agosto 2011.

DICIONÁRIO on line. AULETE. **Read more**. Disponível em: <<http://aulete.uol.com.br/Readaptação#ixzz2C9coOfAv>>.Acesso em 05 de outubro 2012.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.13, n.3, pp. 1041-1050, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300027>>. Acesso em: 26 de outubro de 2012.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas.

Rev. Bras. Epidemiol. v.8, n. 2, p. 187 -193, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>> Acesso em: 25 de janeiro de 2012.

FARIA, F. Lesões vértebro-medulares - A perspectiva da Reabilitação. **Rev Portuguesa de Pneumologia**. v. 12, n.1, p. 45-53, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa**. Editora Nova Fronteira, 2002.

FECHIO, M. B.; PACHECO, K. M. B.; KAIHAMI, H. N.; ALVES, V. L. R. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **ACTA FISIATR** 16(1): 38 – 42, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000100&pid=S0104-1169201000400003&lng=en> .Acesso em: 03 de outubro de 2012.

FREITAS, W. D. **O acesso à educação das pessoas com deficiência: uma análise da exclusão de crianças e adolescentes beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Dissertação (Mestrado). Brasília, DF. 138f, 2010.

FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta paul. enferm. [online]**. v. 21, n. 1, p. 112-116. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100018>>. Acesso em: 25 out. 2010.

FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 43, n. 1, p. 178-185, 2009. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100023>>. Acesso em 23 out.2010.

FRANÇA, I. S. X. et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**, v. 63, p. 964-970, 2010.

FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 43, n. 1, p. 178-185, 2009. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100023>>. Acesso em 23 out.2010.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.45, n. 6, Dec. 2011.

FERNANDES, E. C. **Política De Atenção Integral À Saúde Dos Adolescentes E Jovens**. Julho 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/politica-de-atencao-integral-a-saude-dos-adolescentes-e-jovens-prosad-1054873.html>>. Acesso em: 08 set. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUIMARÃES, S. P.; CAMPOS, P. H. F. Norma Social Violenta: Um Estudo da Representação Social da Violência em Adolescentes. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 188-196, 2007.

GONZALEZ, D. In.: WASELFSZ, J.J. **Mapa da violência dos municípios brasileiros**. Organização dos estados Ibero-Americanos para a educação, a ciência e a cultura – OEI. Brasília/DF, 2007.

HOSPITAL ISRAELITA. Diretrizes Assistenciais. **TRAUMA RAQUIMEDULAR**. Versão eletrônica atualizada em fev/2012. Disponível em: < http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/ortopedia/Trauma_Raquimedular.pdf.> Acesso em: 31 de outubro de 2012.

HORTA, N.C.; SENA R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, n.29, 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência**. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão. Rio de Janeiro, p. 1-212, 2010.

KRUG, E.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **Relatório Mundial de Saúde**. Genebra, 2002.

LENNIHAN, L.; SELIGER, G. M. Reabilitação Neurológica – Seção XXV. In: MERRITT, **Tratado de neurologia**. Editora de Lewis Rowland; [revisão técnica, José Luiz de Sá Cavalcanti; tradução, Fernando Diniz Mundim]. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2007.

MACHADO, L. M. C. S. **Crenças e representações sociais dos adolescentes sobre a violência interpessoal**. Universidade Fernando Pessoa. Escola de Estudos Pós graduação e de Investigação. Dissertação de Mestrado, 2010.

MARQUES, D. K. A. **Construção e Validação de um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Adolescente hospitalizado**. João Pessoa. p.42 2008.

MALTA, D. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; SILVA, C. S; ANDREAZZI, M. A. R; CRESPO, C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; FIGUEROA, A. L. G.; MORAIS NETO, O. L.; PENNA, G. O. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, Supl. 2, p. 3053-3063, 2010.

MELO, E. M.; MELO, M. A. M.; PIMENTA, S. M. O.; LEMOS, S. M. A.; CHAVES, A. B.; PINTO, L. M. N. P. A violência rompendo interações. As interações superando a violência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife. v. 7, n.1, p. 89-98, 2007.

MINAS GERAIS. **Atenção a Saúde do Adolescente**: Saúde em casa. 1 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicações/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>> Acesso em: 24 out. 2010.

MINAYO, M. C. S. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1), 1994.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. A violência na sociedade contemporânea e suas repercussões na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 11, n. 2, p. 258-259. 2006.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social. Teoria método e criatividade**. 7. ed. São Paulo. Vozes, 1992

MINAYO, M. C. S. **Violência, direitos humanos e saúde**. In CANESQUI, A. M. (org) Ciências sociais e saúde. São Paulo, Hucitec-ABRASCO, 1997.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface (Botucatu) [online]**. vol.15, n.36, pp. 109-122, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000043>>. Acesso em: 18 de outubro de 2012.

MURTA, S. G.; GUIMARÃES, V. S. Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estud. Psicol.** (Natal)[online]. v.12, n.1, p. 57-63, 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100007>>. Acesso em: 15/06/2012.

NEVES, M. A. O.; MELLO, M. P.; ANTONIOLI, R. S.; FREITAS, M. R. G. **Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com Lesões Trau-máticas da Medula Espinhal**. Disponível em: < <http://www.ibr.gov.br/?itemid=396>> .Acesso em:31 de outubro de 2012.

OLIVEIRA, A. B.; ROAZZI, A. Concepções de saúde e doença ou representações de categorias legais. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; SOBRINHO, M. D. **Representações sociais e saúde**: construindo novos diálogos. Campina Grande: EDUEP, 2004.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. vol.19, n.55, pp. 180-186. 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092004000200014> >. Acesso em18/09/2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. ; [tradução NASCIMENTO. M.I.C. ET al.]. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.

QUEIROZ, K.D.P. **A “ruptura” causada pela deficiência física adquirida na adolescência.** Universidade de Taubaté, Departamento de Serviço Social, Monografia (graduação), 53p.,2009.

RUZANY, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf> Acesso em: 30 abril 2009.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESSA). Rio de Janeiro. **Revista Adolescência e Saúde** (online). Vol. 6, nº 3, p. 52 – 60, 2009.

RISTUM, M.; BASTOS, A. C. S. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.9, n.1, pp. 225-239. 2004.

SILVA, E. C. de L. A competência teórico-metodológica do estagiário do Crami na intervenção junto à violência familiar. IN. SILVA, E. C. Construindo o serviço social. **Revista Instituto de Pesquisas e Estudos**, 13ª ed. São Paulo, ITE, jan-jun, 2004.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E. TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.14, n.1, pp. 39-44. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>>. Acesso em: 14 de abril de 2012.

SKAF, P.; MATTOS, E. P. B.; BARA, G. M. N. **Guia dos Direitos das Pessoas com Deficiência.** FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo. São Paulo, 2007.

SOUZA, M. K. B.; SANTANA, J. S. S. **Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde.** **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.14, n.2, pp. 547-555, 2009.

SCHOELLER, S. D.; BITENCOURT, R. N.; LEOPARDI, M. T.; PIRES, D.P.; ZANIN, M. T. B. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 14, n. 1, p. 95-103. jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

SERRA, A. S. L; CANNON, L. R. C. **Pelo Andar se Faz um Caminho! Uma Proposta Metodológica de Educação em Saúde para o Adolescente.** 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

SILVA, L. C. A.; ALBERTINI, P. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. **Revista do Departamento de Psicologia, UFF**, v. 19 - n. 1, p. 37-48, Jan./Jun. 2007.

SILVA. F. S.; PINTO, M. J. M.; GUEDES, M. L. A. L. **Análises das políticas públicas de saúde voltadas para pessoa idosa com deficiência no Brasil e no Distrito Federal.**

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. Monografia. p. 133, 2007.

SOARES, A. H. R.; MOREIRA, M. C. N.; MONTEIRO, L. M. C. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma . **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 13, n. 1, p. 185-194. 2008.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARÃES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza. v. VI, n.1, p.182-200, 2006.

VIANA, D.L.; FIGUEIREDO, N.M. **Tratado Prático de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

VIEIRA, A. M. et al. Reformulando aprendizados e pensamentos durante a formação de especialistas em PSF: o trabalho e geração de vínculo com os adolescentes. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

VIEIRA, D. K. R.; DUARTE, N. O.; ATTIANEZI, M.; LLERENA JR, J. C. Registro de adolescentes com deficiência no Sistema de Informação da Atenção Básica: experiência do município de Angra dos Reis – Rio de Janeiro, Brasil. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 10-17, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. São Paulo: Instituto sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

_____. **Mapa da Violência III: Os Jovens do Brasil**. Brasília, UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Min. da Justiça, 2002.

WASELFISZ, J. J.; MACIEL, M. **Revertendo violências, semeando futuros: avaliação de impacto do Programa Abrindo Espaços no Rio de Janeiro e em Pernambuco**. Brasília: UNESCO, p. 124, 2003.

WASELFISZ, J. J. Mapa das mortes por violência. **Estud. av. [online]**. vol.21, n.61, pp. 119-138, 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142007000300009>>. Acesso em: 15 agosto de 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil**. FLACSO Brasil. Área de Estudos sobre a Violência. Rio de Janeiro, RJ. 1ª Edição, 2012.

YANCEY, V. A Experiência de Perda, Morte e Luto. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. ; [tradução NASCIMENTO. M.I.C. ET al.]. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

VENTURINI, D. A.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 41, n.4, p. 589-596, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400008>>. Acesso em: 15/06/2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (menor de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, cidadão (ã) brasileiro (a), em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do (a) menor _____ de _____ anos na pesquisa “**Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: as representações dos adolescentes e jovens**” sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Paulino Alves.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- 1- A pesquisa se justifica pela relevância do tema, uma vez que a violência é considerada um dos fatores que contribui para a morbidade e mortalidade ao grupo adolescente e jovem, tornando-se um problema de saúde pública que requer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos vitimados, para uma melhor qualidade de vida; sendo necessária a participação efetiva dos que integram a área da saúde.
2. Seu objetivo será: “Compreender as Representações dos adolescentes e jovens acerca das consequências da deficiência física adquirida em decorrência da violência física”.
3. Esta pesquisa não implicará em nenhum risco físico, psíquico ou moral ao menor ou sua exposição sob qualquer forma; assim como não haverá despesa ou ônus financeiro aos participantes e, portanto não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou instituição responsável.
4. O menor responderá a um questionário, sendo utilizado pela pesquisadora um equipamento eletrônico (gravador) para gravar sua fala, de modo que ela possa registrar e melhor analisar as informações obtidas.
5. A participação nesta pesquisa é voluntária. Como responsável legal do (a) menor, poderei me recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- 6 - Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
7. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante e /ou responsável poderá contatar a pesquisadora no número (083) 3321-7209, com Fabiana Paulino Alves, responsável pelo projeto junto ao SISNEP.
8. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e seus resultados em qualquer momento da pesquisa. Este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse e a outra arquivada pelo pesquisador.

9. Desta forma, uma vez tendo entendido tais esclarecimentos e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura Dactiloscópica

Responsável pelo menor



Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura do responsável legal pelo menor

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (maior de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, cidadão (ã) brasileiro (a), em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: as representações dos adolescentes e jovens”** sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Paulino Alves.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

1. A pesquisa se justifica pela relevância do tema, uma vez que a violência é considerada um dos fatores que contribui para a morbidade e mortalidade ao grupo adolescente e jovem, tornando-se um problema de saúde pública que requer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos vitimados, para uma melhor qualidade de vida; sendo necessária a participação efetiva dos que integram a área da saúde.

2. Seu objetivo será: “Compreender as Representações dos adolescentes e jovens acerca das consequências da deficiência física adquirida em decorrência da violência física”.

3. Fui informado que esta pesquisa não implicará em nenhum risco físico, psíquico ou moral a minha pessoa ou a minha exposição sob qualquer forma; assim como não haverá despesa ou ônus financeiro aos participantes e, portanto não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou instituição responsável.

4. Terei que responder a um questionário, sendo utilizado pela pesquisadora um equipamento eletrônico (gravador) para gravar minha fala, de modo que ela possa registrar e melhor analisar as informações obtidas.

5. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem risco de qualquer penalidade.

6- Será garantido o meu anonimato e sigilo dos dados confidenciais.

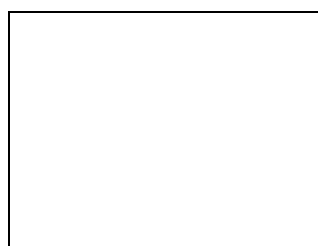
7. Caso sinta necessidade de falar com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados para tirar qualquer dúvida ou solicitar esclarecimento, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 3321-7209

8. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e seus resultados em qualquer momento da

pesquisa. Este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse e a outra arquivada pelo pesquisador.

9. Desta forma, uma vez tendo entendido tais esclarecimentos e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE C – Instrumento para Coleta de Dados A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO

Entrevistado nº _____

DADOS PESSOAIS:

- **Data nascimento:** _____ / _____ / _____ Idade: _____
- **Sexo:** () Feminino () Masculino
- **Raça (cor):** () parda () branca () preta () amarela
- **Naturalidade:** _____
- **Local de moradia:** _____
- **Ocupação:** _____
- **Religião:** _____
- **Escolaridade:** frequenta a escola: () Sim / Série: _____ () Não
 - () Sem estudo () Alfabetizado
 - () Ensino fundamental I - incompleto () Ensino fundamental I – completo
 - () Ensino fundamental II - incompleto () Ensino fundamental II - completo
 - () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
 - () Ensino superior / Curso: _____
- **Estado civil:**
 - () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros _____
- **Renda Familiar:**
 - () menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo
 - () 2 ou mais salários mínimos () 3 ou mais salários mínimos
 - () 4 ou mais salários mínimos () mais de 5 salários mínimos
- Benefício social: () Sim () Não

DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA

Tipo da deficiência adquirida: _____

Patologias pré-existent e/ou adquiridas: _____

Limitações anatômicas e/ou fisiológicas: _____

Uso de equipamentos de suporte: _____

Uso de órteses: _____

Presença de lesão cutânea: sim () não () / Local: _____

CAPACIDADE DE AUTO CUIDADO (FUNCIONAL):**Alimentação/ Alimenta-se:**

() sozinho () com ajuda () por sonda : nasoenteral() nasogástrica()

Eliminações fisiológicas:

Fecal: espontânea () com manobra mecânica () uso de laxante()

Urinária: espontânea () com auxílio de sonda () tipo:_____

Deambulação:

() sim: com ajuda () tipo:_____ sem ajuda ()

() não: uso cadeira de rodas ()

Auto cuidado para:

Banho: com ajuda() sem ajuda ()

Vestir: com ajuda () sem ajuda ()

Escovação dentária: com ajuda () sem ajuda ()

Acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica e Especializados

Atendimento pela UBSF: () sim () não

Médico () Enfermeiro () Téc. enfermagem ()

Assistente social () Dentista () ACS ()

Imunização:_____

Atendimento Especializados: () sim () não

Exames laboratoriais básicos: Sangue () Fezes () Urina ()

Exames especializados: TC () RX () RM () USG () EDG ()

Outros:_____

Hospitalização: () sim () não

Quantas vezes após deficiência física adquirida:_____

Ano/período:_____

Motivo: _____

Serviços de reabilitação:

Fisioterapia: () sim () não / tipo:_____ /freqüência:_____

Terapia ocupacional: () sim () não / freqüência:_____

Psicopedagogia: () sim () não /freqüência:_____

Fonoaudiologia: () sim () não / freqüência:_____

Outros:_____

APÊNDICE D – Instrumento para Coleta de Dados B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Concepções sobre deficiência física**

- Para você o que é deficiência?
- Como você adquiriu a deficiência física? Você poderia descrever?
- Para você o que representa ser deficiente (físico)?

Concepções sobre as repercussões da deficiência física adquirida

- Como você percebe alguma alteração em sua vida após ter adquirido a deficiência física? Caso afirmativo, quais? (investigar dificuldades e/ou limitações)
- Descreva como é o seu dia a dia? (investigar possíveis conquistas e/ou superações vivenciadas)
- Como seus familiares e amigos enfrentam a sua deficiência?
- Como você percebe algum tipo de preconceito em relação as pessoas com deficiência física?
- Como se sente frente às situações vivenciadas?

APÊNDICE E - Termo de Compromisso do Pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de compromisso, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientanda da pesquisa científica intitulada “**Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: as representações dos adolescentes e jovens**”, assumimos cumprir as diretrizes regulamentadoras da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 93.833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao estado.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivadas todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das informações dos sujeitos incluído, por um período de cinco anos após o término desta.

Dispomo-nos a apresentar, caso solicitado, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB (Comitê de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba) ou a Instituição envolvida no presente estudo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Inácia Sátiro Xavier de França (Orientadora)

Fabiana Paulino Alves (Orientanda)

APÊNDICE F – Informe sobre a Pesquisa

Informe sobre pesquisa

Aos profissionais que integram a Unidade Básica Saúde da Família

A presente pesquisa faz parte do projeto para dissertação do Mestrado em Saúde Pública- UEPB, intitulado “**Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: as representações dos adolescentes e jovens**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Paulino Alves. A mesma se justifica pela relevância do tema, uma vez que a violência é considerada um dos fatores que contribui para a morbidade e mortalidade ao grupo adolescente e jovem, tornando-se um problema de saúde pública que requer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos vitimados, para uma melhor qualidade de vida; sendo necessária a participação efetiva dos que integram a área da saúde. Tem por objetivo “**Compreender as Representações dos adolescentes e jovens acerca das consequências da deficiência física adquirida em decorrência da violência física**”, sendo necessário, para tanto, a identificação destes vitimados.

Deste modo, solicito a compreensão e colaboração dos que integram esta UBSF, em específico ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), na identificação desses adolescentes/ jovens e agendamento/acompanhamento de visita, visto ser o profissional responsável pelo cadastramento e visita das famílias/indivíduos e conhecedor de sua microárea. Sua colaboração é de suma importância para a realização desta pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão:

- _ Ser **usuário (a) cadastrado (a)** na área de abrangência da UBSF;
- _ Ter idade entre **10 e 24 anos**;
- _Ter **deficiência física adquirida (paralisias, paresias, ostomias, amputações, membros com deformidade, alteração física que produza dificuldade para o desempenho de função)** em virtude de **violência física sofrida há no mínimo seis meses**.

Os adolescentes e seus familiares, bem como os jovens serão informados sobre as questões éticas que norteiam esta pesquisa.

Qualquer dúvida, solicitação de esclarecimentos ou informe da existência de participantes da pesquisa (adolescentes e/ou jovens com deficiência física adquirida em decorrência da violência) entrar em contato com a pesquisadora pelos números (83) **3321-7209** ou (83) **8821-1731**, responsável pelo projeto junto ao SISNEP. **Ligar a cobrar.**

Desde já agradeço a colaboração de todos!

Mestranda em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional



**PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: as representações sociais dos adolescentes e jovens**”, desenvolvido pela aluna Fabiana Paulino Alves do Curso Stricto Sensu - Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora Dr^a Inácia Sátiro Xavier de França.

Campina Grande, _____/_____/2011.

Coordenadora do Departamento de Atenção à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba.