

*UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA*  
*"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"*  
*FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU*  
*PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA*

*CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA*  
*FÍSICA, BOTUCATU - SP.*

*ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ ROBERTO DE OLIVEIRA*  
*ROSIANE DANTAS PACHECO*

*BOTUCATU*  
*FEVEREIRO – 2004*

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA**  
**FÍSICA, BOTUCATU - SP.**

**ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ ROBERTO DE OLIVEIRA**  
**ROSIANE DANTAS PACHECO**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP, para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração em Saúde Pública.*

**BOTUCATU**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Pacheco, Rosiane Dantas

Condições de vida e saúde dos portadores de deficiência física, Botucatu -  
SP / Rosiane Dantas Pacheco. – 2004.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade  
Estadual Paulista, 2004.

Orientador: Luiz Roberto de Oliveira

Assunto CAPES: 40600009

1. Saúde coletiva

CDD 614.07081

Palavras chave: Condições de vida; Situação de saúde; Deficiência física;  
Epidemiologia; Inclusão Social.

## RESUMO

A deficiência física é um fenômeno biológico e social, que atinge aproximadamente 10% da população e traz grandes dificuldades para a vida cotidiana do portador e de sua família. Dificuldades que não estão relacionadas apenas às limitações auditivas, visuais, mentais, físicas e/ou motoras, mas principalmente àquelas imposta pela sociedade e pelo capital e se manifesta muitas vezes através da segregação, do estigma e do preconceito. Nesse estudo limitamo-nos a estudar os portadores de deficiência física, buscando descrever e discutir as condições em que eles vivem. Essa pesquisa foi desenvolvida na cidade de Botucatu – São Paulo. Inicialmente foi feito um inquérito em 25% dos domicílios da área urbana de Botucatu, para localizar os portadores de deficiência física. Identificados os endereços, selecionamos apenas os que residem na área do Centro Saúde Escola. Fizemos uma caracterização biomédica e social dos portadores de deficiência física e suas famílias, utilizando um roteiro com questões abertas e fechadas. Foram entrevistadas 82 famílias e 93 pessoas portadoras de deficiência física. Observamos que no município de Botucatu há uma maior prevalência de pessoas portadoras de deficiência física em áreas de alta exclusão social. Em relação às pessoas portadoras de deficiência física temos que 51% são do sexo masculino. A idade média é de 49 anos, 36,3% tem mais de 60 anos. A escolaridade média é 4,2 anos de estudos. A maioria é aposentado, pensionista ou inativo (71%). Apenas 14,5% estão ocupados e destes, 45,5%, estão inseridos em atividades predominantemente manuais não especializadas. O rendimento médio é de 0,9 salários mínimos e 39,2% não possuem nenhuma fonte de renda. A família das pessoas portadora de deficiência física tem em média 3,7 pessoas, 57,5% das famílias são do tipo conjugal, e destas, 18,8% são famílias ampliadas, que se encontram em dispersão. De acordo com a escala utilizada pela fundação Seade, 17% das famílias são consideradas miseráveis, 71% pobres e 12,1% não pobres. Grande parte das deficiências físicas foi adquirida na fase adulta (43%), e a causa principal são as doenças crônico-degenerativas. As maiores dificuldades apontada foram: falta de transporte, barreiras arquitetônicas e a dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação. Portanto, nessa pesquisa observamos pessoas portadoras de deficiência física, vivendo nas mais diversas situações econômicas e sociais, muitas pessoas vivendo em condições de pobreza, e algumas em condições muito precárias.

Unitermos: deficiência física, exclusão social, condições de vida e situação de saúde.

## ABSTRACT

Physical disability is a social and biological phenomenon, which assails around 10% of the population and brings significant difficulties to the everyday life of the disabled person. Such difficulties are not only related to auditory, visual, mental, physical and/or motor limitations but mainly to those established by society and capital and most of the times it is demonstrated through segregation, stigma and prejudice. Physically disabled people were the aim of this study and their living conditions were discussed and described. This research was carried in Botucatu – São Paulo. At first, a survey was performed in 25% of houses in the urban area of Botucatu to identify the physically disabled people. When the addresses were identified, one selected only the ones, which lived at “Centro de Saúde Escola” vicinities. A biomedical and social characterization was performed on physically disabled people and their families, following open and closed questions round. One observed that in Botucatu there is a higher prevalence of physically disabled people among high social excluded ones. Related to physically disabled people, 51% are male. Average age is 49 years old, 36.3% is more than 60 years old. Average education is 4.2 years of study, most of them are retired, pensioner or inactive. (71%). Only 14.5% have an occupation and from these 45.5% are inserted in predominantly non-specialized manual activities. Average income is 0.9 minimum wages and 39. 2% do not have any income. The family of physically disabled people has an average of 3.7 people; 57.5% of families are cellular like, and from these, 18.8% are extended families, which are being dispersed. According to the scale used by Seade Foundation, 17% of families are considered wretched, 71% poor and 12,1% not poor. The major part of physical disability was acquired in adulthood (43%), and the main causes are chronic-degenerative diseases. The greatest difficulties were lack of transportation, architectonic barriers, and the difficulty to reach rehabilitation services. So, in this research one observed physically disabled people living under several social and economical conditions, many of them living under poverty condition and some under very unstable conditions.

Key words: Physical disability, social excluded, living conditions e health situation

## SUMARIO

<i>APRESENTAÇÃO.....</i>	<i>1</i>
<i>CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA DEFICIÊNCIA.....</i>	<i>4</i>
<i>A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS.....</i>	<i>6</i>
<i>DADOS DISPONÍVEIS.....</i>	<i>10</i>
<i>CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES .....</i>	<i>13</i>
<i>A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA E O SUS.....</i>	<i>18</i>
<i>SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIAIS.....</i>	<i>20</i>
<b>OBJETIVOS</b>	
<i>Objetivo Geral.....</i>	<i>22</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>22</i>
<b>METODOLOGIA</b>	
<i>Delimitação do sujeito da pesquisa.....</i>	<i>23</i>
<i>Área de Estudo.....</i>	<i>23</i>
<i>Descrição da Pesquisa.....</i>	<i>33</i>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b><i>41</i></b>
<i>As Pessoas Portadoras de Deficiência Física.....</i>	<i>44</i>
<i>As Famílias.....</i>	<i>50</i>
<i>As Deficiências.....</i>	<i>55</i>
<i>As Dificuldades.....</i>	<i>62</i>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b><i>65</i></b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b><i>68</i></b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b><i>73</i></b>

## **LISTA DE FIGURAS**

<i>FIGURA 1 – Interação e intersecção entre os conceitos</i>	15
<i>FIGURA 2 – Interação entre os componentes da CIF</i>	16
<i>FIGURA 3 – Mapa do Estado de São Paulo e do Município de Botucatu.</i>	23
<i>FIGURA 4 – Pirâmide populacional de Botucatu, 2000.</i>	24
<i>FIGURA 5 – Mapa da exclusão/inclusão social de Botucatu</i>	27
<i>FIGURA 6 - Área de abrangência do Centro Saúde Escola</i>	29
<i>FIGURA 7 – Mapa da distribuição da média de habitantes por domicílios na área do CSE</i>	31
<i>FIGURA 8 – Mapa da distribuição da escolaridade média das pessoas responsáveis pelos domicílios na área do CSE</i>	31
<i>FIGURA 9 – Mapa da distribuição rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios na área do CSE</i>	32
<i>FIGURA 10 – Mapa da exclusão/inclusão social na área do CSE</i>	32
<i>FIGURA 11 – Mapa da distribuição dos domicílios onde residem pessoas portadoras de deficiência física, Botucatu, 2003.</i>	42
<i>FIGURA 12 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física por faixa etária e sexo, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	44
<i>FIGURA 13 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física por faixa etária, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	45
<i>FIGURA 14 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física com mais de 10 anos, segundo escolaridade, em anos de estudos concluídos, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	46
<i>FIGURA 15 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física com mais de 15 anos, segundo rendimento, em salários mínimos, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	49
<i>FIGURA 16 - Distribuição das famílias das pessoas portadoras de deficiência do tipo, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	51
<i>FIGURA 17 - Distribuição das famílias das pessoas portadoras de deficiência</i>	52

*física, segundo ciclo vital, área do CSE, Botucatu, 2003.*

*FIGURA 18 - Distribuição das famílias das pessoas portadoras de deficiência física, segundo faixa de pobreza, área do CSE, Botucatu, 2003.*

54

*FIGURA 19 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo meios auxiliares de locomoção, área do CSE, Botucatu, 2003.*

59



## LISTA DE TABELAS

<i>TABELA 1 – Distribuição percentual das estatísticas, segundo tipo de deficiência, 1872 – 1991.</i>	10
<i>TABELA 2 – Distribuição percentual da deficiência, segundo tipo, Botucatu, 2000.</i>	12
<i>TABELA 3 – Distribuição dos estabelecimentos e trabalhadores formais cadastrados no Ministério do Trabalho, Botucatu, 2001.</i>	25
<i>TABELA 4 - Alguns Indicadores de Condição de Vida de Botucatu e Estado de São Paulo</i>	26
<i>TABELA 5 - Distribuição da população por faixa etária e sexo, área do CSE, Botucatu, 2000</i>	30
<i>TABELA 6 - Distribuição dos domicílios das pessoas portadores de deficiência física, segundo área de inclusão/exclusão social, área do CSE, Botucatu, 2003</i>	43
<i>TABELA 7 – Prevalência de deficiência física, segundo área de residência, Botucatu, 2003</i>	43
<i>TABELA 8 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, com idade entre 15 e 65 anos, segundo ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	47
<i>TABELA 9 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, com idade entre 15 e 65 anos, segundo posição na ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	48
<i>TABELA 10 - Distribuição da pessoa portadora de deficiência, segundo posição na família, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	49
<i>TABELA 11 - Distribuição das pessoas portadores de deficiência física, segundo o tamanho da família, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	50
<i>TABELA 12 – Distribuição das pessoas responsáveis pela família, segundo ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	53
<i>TABELA 13 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física em relação à fase de desenvolvimento em que a deficiência foi adquirida, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	55

<i>TABELA 14 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, de acordo com as causas referidas e agrupadas, área de estudo, Botucatu, 2003</i>	57
<i>TABELA 15 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo dos tipo de deficiência, área de estudo, Botucatu, 2003.</i>	58
<i>TABELA 16 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo o consumo de serviços de saúde, área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	60
<i>TABELA 17 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo entidades mantenedoras dos serviços utilizados, , área do CSE, Botucatu, 2003.</i>	61

## APRESENTAÇÃO

*No curso de graduação de fisioterapia, fui formada para trabalhar com pessoas portadoras de deficiências. O meu trabalho era intervir, junto com outros profissionais, nessas deficiências, minimizando-as tanto quanto possível.*

*Durante o estágio de neurologia e ortopedia, a minha atuação era centrada no sujeito e na reabilitação dessas pessoas, alcançando resultados “relativamente” satisfatórios. Entretanto, muitas indagações foram surgindo, pois aqueles sujeitos procuravam na relação terapêutica, soluções para além de suas deficiências, para as quais eu não tinha resposta adequada. Naquele momento, tive a possibilidade de conviver com portadores de deficiência física e pude observar algumas dificuldades encontradas por eles. Em nada eu podia interferir sobre as dificuldades decorrentes da falta de veículos de transporte coletivo adequados, com portas suficientemente largas, rampas e elevadores especiais, ou calçadas bem conservadas e guias rebaixadas, ou mesmo de acesso adequado ao espaço de trabalho e estudo.*

*Mesmo sendo meta principal do tratamento fisioterápico proporcionar o máximo de autonomia possível, nosso trabalho se limitava ao atendimento ambulatorial, pois esbarrávamos em algumas dificuldades, como, por exemplo:*

*- Como inserir uma criança de sete anos que tem paraplegia e é independente, em uma escola sem rampas?*

*- Como esclarecer o empregador que aquele “cadeirante” é capaz de produzir como os demais e que, portanto, deve ter o currículo avaliado?*

*- Que barreiras são essas e o que fazer para superá-las?*

*- Quais são as dificuldades em comum, como e onde vivem e o que têm feito as pessoas portadoras de deficiência física num centro urbano do interior paulista?*

*- Se em um sistema econômico excludente como o brasileiro atual, grande parte da população vive em condições precárias, o que dizer, então, daqueles que têm limitações físicas? Sobrevivem do assistencialismo, ou estão inseridos no mercado informal de trabalho?*

Na busca de respostas, verificamos que poucas são as pesquisas que traçam esse perfil e alguns autores comentam a necessidade de produção e validação de dados sobre as pessoas portadoras de deficiência.

A maioria dos gestores municipais desconhece quem são, quantos são, onde vivem, o que fazem e quais são as dificuldades e necessidades por que passam os portadores de deficiência física. Disso decorrem as poucas ações existentes que acabam sendo, basicamente, assistencialistas. Não é possível planejar e promover ações concretas que visem facilitar o acesso da pessoa portadora de deficiência física à escola, à habilitação para o trabalho e ao lazer sem o conhecimento da realidade das condições em que vivem.

Por essas razões, nessa pesquisa, optamos por responder a três questões importantes: quantos são, onde estão e como vivem as pessoas portadoras de deficiência física no município de Botucatu-SP, na busca de dimensionar a deficiência como problema de saúde pública e como fenômeno coletivo.

Inicialmente fizemos uma revisão bibliográfica, onde buscamos levantar algumas questões relevantes. Procuramos compreender como se deram as relações sociais das pessoas portadoras de deficiência, desde a antigüidade até os dias atuais, no mundo e no Brasil. Tratamos do direito das pessoas portadoras de deficiência, segundo a Constituição Brasileira em vigor. Apresentamos dados de pesquisas realizadas no Brasil desde o século XIX até a atualidade. Discutimos a ampliação do conceito de deficiência e suas implicações, a atenção à pessoa portadora de deficiência e as diversas formas de se analisar condições de vida e saúde

Em seguida, traçamos nossos objetivos, apresentamos os sujeitos da pesquisa, o município de Botucatu e a área estudada e descrevemos a metodologia utilizada. Apresentamos os resultados obtidos e fizemos a discussão, buscando traçar um paralelo entre as pessoas com e sem deficiência, caracterizando as famílias e aspectos das deficiências,

assim como procuramos analisar, através do discurso, as dificuldades que enfrentam os portadores de deficiência que vivem em Botucatu e suas famílias.

E por fim partimos para as considerações finais, tanto no que se refere a caracterização da população, estratégias de ação, bem como recomendações pertinentes para a execução de políticas sociais específicas para esta população.

## CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA DEFICIÊNCIA

*“Os homens fazem sua própria história mas não a fazem como querem, não a fazem sob circunstâncias de sua escolha sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado”*

**Karl Marx**

Na literatura científica brasileira, são raras as obras que tratam da história das pessoas portadoras de deficiências. Destaca-se a obra “A Epopéia Ignorada” de Otto Marques da Silva (1987), que ilustra as relações sociais das pessoas portadoras de deficiências desde a Antiguidade até os dias atuais. Estas relações foram construídas e redefinidas, no tempo e no espaço, em consonância com as trajetórias ou processos dinâmicos de mudanças nas regras e valores. Historicamente, a atitude predominante da sociedade frente à pessoa portadora de deficiência sempre foi de segregação, discriminação e marginalização. Nas comunidades primitivas, os membros considerados fora do padrão de normalidade eram eliminados ou abandonados. Na Roma Antiga, a Lei das Doze Tábuas assegurava aos patriarcas das famílias o direito de matar seus filhos que nascessem portadores de qualquer anomalia. Os espartanos os lançavam do alto de despenhadeiros. Na Idade média, eram abrigados nas igrejas e ganhavam a função de bobos da corte, ou viviam nas ruas das cidades a esmo pedindo esmolas. Foram considerados, por Lutero, seres diabólicos que mereciam castigo para serem purificados. Entre o século XVI e XIX, continuavam isolados, ficavam em asilos, conventos e albergues. É somente no século XX que são reconhecidos como sujeitos sociais, isto é, passam a ser vistos como membros da sociedade. O debate mais intenso acontece após a Segunda Guerra Mundial, pois os países precisavam se adequar às necessidades dos combatentes que voltavam mutilados da Guerra.

Na legislação brasileira, os primeiros decretos, artigos ou parágrafos dirigidos à questão das pessoas portadoras de deficiência apareceram de forma segregacionista ou de forma superficial, como exemplifica Carmo (1991): um decreto em 1938 proibia a matrícula de alunos em escola pública “*cujo estado patológico os impeça permanentemente das aulas de educação física*”; em 1965, um outro decreto isentava os veículos especiais, destinados ao uso exclusivo de portadores de deficiência física, do pagamento de impostos; em 1966, ficaram desobrigadas do serviço militar.

Somente em 1978, uma emenda constitucional assegurou às pessoas portadoras de deficiências a melhoria de sua condição social e econômica mediante: educação especial gratuita, reabilitação e reinserção na vida econômica e social, proibição de discriminação, possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (ARAÚJO, 1997).

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu 1981 como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. Nesse ano, em todos os países membros da ONU, ocorreram debates sobre a situação das pessoas portadoras de deficiência no mundo e o agravamento dessa situação nos locais menos favorecidos economicamente. No Brasil, formou-se uma comissão que traçou diretrizes de ações a curto médio e longo prazo, nas diversas áreas de atenção, como saúde, educação, emprego e renda, seguridade social e legislação (CARMO, 1991; BRASIL, 2003).

Essas diretrizes são incorporadas na legislação brasileira após a promulgação da Constituição de 1988, em várias leis e decretos como podemos ver a seguir.

## A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS

*A Constituição não é um simples ideário. Não é apenas uma expressão de anseios, de aspirações, de propósitos. É a transformação de um ideário, é a conversão de anseios e aspirações em regras... em preceitos obrigatórios para todos; órgãos do Poder e cidadãos.*

*Celso Bandeira de Melo (1981)*

O direito à igualdade é um dos princípios fundamentais da Constituição e surge como regra de equilíbrio dos direitos das pessoas portadoras de deficiência. Segundo Mello (1981), só é possível entendermos o tema da proteção excepcional das pessoas portadoras de deficiência se entendermos o princípio da igualdade. Mello (1981) afirma ser possível desigualar ou tratar desigualmente situações, desde que haja “correlação lógica entre o fator de *discrímen* e a desequiparação protegida”. Ou seja, a igualdade pode ser quebrada diante de situações que autorizam a ruptura. Como por exemplo, a pessoa portadora de deficiência tem direito a um tratamento especial dos serviços de saúde ou à criação de uma escola especial ou, ainda, a um local de trabalho protegido. Todas as situações quebram a igualdade (inicialmente entendida), mas apresentam autorização lógica para tanto.

A Lei nº 7853 de 24 de outubro de 1989 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, considerando os valores básicos de igualdade, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie; estabelece as responsabilidades do Poder Público em assegurar os direitos básicos decorrentes da Constituição, na área da educação, da saúde, da formação profissional e do trabalho, dos recursos humanos e das edificações (SÃO PAULO, 2000).

O direito à educação baseia-se na regra de inclusão social. A educação deve ser ministrada sempre tendo em vista a necessidade da pessoa portadora de deficiência e na



mesma classe das pessoas sem deficiência, permitindo a integração e evitando a segregação, o preconceito e o estigma (SÃO PAULO, 2000).

Ao traçar os princípios que devem fundar a educação no Brasil, o inciso III do artigo 208 da Constituição fez constar a obrigatoriedade de ensino especializado, com preferência na rede regular de ensino: "*O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de atendimento educacional especializado às pessoas portadoras de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino*" (BRASIL, 1989).

O direito à saúde compreende o direito à educação, ao trabalho, ao lazer, bem como o direito ao planejamento familiar, aconselhamento genético, acompanhamento da gravidez do parto e puerpério, nutrição adequada da mulher e da criança, imunização, identificação e controle da gestante e do feto de alto risco, diagnóstico de doenças do metabolismo, desenvolvimento de programas de prevenção de acidentes do trabalho e de trânsito, assim como tratamento adequado de suas vítimas, prevenção de doenças crônicas degenerativas, habilitação, reabilitação e atendimento domiciliar à pessoa grave não internada (BRASIL, 1989).

Na área de formação profissional e do trabalho, a pessoa portadora de deficiência tem direito à formação profissional, a garantia de acesso aos cursos regulares e a manutenção do emprego. O trabalho pode tanto se desenvolver em ambientes protegidos (como as oficinas de trabalho protegidas), como em ambientes regulares, abertos a outros indivíduos. A regra específica da isonomia proíbe qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência (BRASIL, 1989).

A Constituição Federal, no inciso VIII do artigo 37, assegura reserva de mercado às pessoas portadoras de deficiência: "*a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão*" (BRASIL, 1989).

A Lei 8213 estabelece cotas para portadores de deficiência de 2% a 5% em empresas com mais de 100 empregados, assim distribuídas: 2% para empresas que tem de 100 a 249 empregados; 3%, 250 a 499, 4% 500 a 999 e 5% para empresas com mais de 1000 empregados (NERI, 2003).

É garantido a formação de recursos humanos que atendam às necessidade reais das pessoas portadoras de deficiência, professores de nível médio e superior especializados, assim como profissionais especializados na habilitação e reabilitação.

Em relação às edificações, a legislação trata da adoção e efetivação das normas que garantam a funcionalidade das edificações e vias publicas, permitindo o acesso a edifícios, logradouros e meios de transporte.

A Lei estadual nº 9086 de 3 de março de 1995 dispõe sobre a adequação dos projetos, edificações, instalações e mobiliários dos órgãos do Estado, para o uso das pessoas portadoras de deficiências, observadas a NBR 9050 da ABNT.

A Lei estadual de 1999 isenta as pessoas portadoras de deficiência das tarifas no transporte coletivo urbano e a Lei 3691 de 2000 regulamenta o passe livre para viagem de um Estado para outro de ônibus ou barco, ficando a cargo das empresas reservar dois assentos (SÃO PAULO, 2000; CLEMENTE, 2002).

A Lei 8686 de 20 de julho de 1993 dispõe sobre a pensão especial para as pessoas portadoras de deficiência física, que não pode, em virtude de sua incapacidade, prover seu próprio sustento. Essa análise deve ser feita considerando os fatores objetivos de cada realidade social. A análise da incapacidade do indivíduo sempre deve ter como parâmetro à realidade social vivida por ele (BRASIL, 1989).

O Artigo 203 da Constituição que trata da assistência social garante à pessoa portadora de deficiência o benefício mensal de um salário mínimo independentemente de

contribuição à seguridade social, uma vez que o portador de deficiência não possua meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1989).

O lazer também é um direito garantido na Constituição. Esse direito se revela, desde as práticas esportivas adaptadas, assim como a frequência em locais públicos, como cinemas, museus, teatros, estádios esportivos, que devem estar preparados para receber as pessoas portadoras de deficiências.

O artigo 8º da Lei 7853 de 1989 trata da reclusão de um a quatro anos e multa para quem recusar, suspender ou cancelar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino por motivo derivado da deficiência, ou a quem negar sem justa causa emprego, trabalho ou o acesso a qualquer cargo público.

Em síntese, ao se pensar em direito à integração das pessoas portadoras de deficiência deve-se considerar que ...

*... sem uma vida familiar sadia e sem preconceitos, o indivíduo portador de deficiência não poderá sentir-se seguro e respeitado para integrar-se socialmente. Sem obter tratamento de habilitação e reabilitação, não poderá pretender ocupar um emprego. Sem educação especial, não poderá desenvolver suas potencialidades, dentro de seus limites pessoais. Sem transporte adaptado, não poderá comparecer ao local de trabalho, à escola e ao seu local de lazer. Sem direito à aposentadoria, não poderá prover seu sustento (ARAÚJO, 1997, p.42).*

Em Botucatu, a Câmara Municipal constituiu, em 2002, uma Comissão Temporária com a finalidade de estudar, modificar e sistematizar a legislação municipal referente às pessoas portadoras de deficiência. A lei em elaboração conta com quatro títulos: conceito e princípios gerais; acessibilidade e qualidade de vida; direitos sociais e cidadania das pessoas portadoras de deficiência ou com necessidades especiais; e programas de prevenção, controle, reabilitação das deficiências e necessidades especiais<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Informação obtida em julho de 2003 no *site* da câmara municipal de Botucatu [www.camarabotucatu.sp.gov.br](http://www.camarabotucatu.sp.gov.br)

## DADOS DISPONÍVEIS

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 10% da população de qualquer localidade possui algum tipo de deficiência, sendo 5% indivíduos com deficiência mental, 2% com deficiência física, 1,5% com deficiência auditiva, 1% com deficiência múltipla e 0,5% com deficiência visual (BRASIL, 1995).

As primeiras pesquisas sobre o tema no Brasil ocorreram nos inquéritos populacionais de 1872 e 1900 e no censo de 1920 e investigavam somente a prevalência de deficiência visual e auditiva. O censo de 1940, além de quantificar, procurou inquirir as causas das deficiências visuais e auditivas. Em 1981, a pesquisa nacional por amostra de domicílios abrangeu um número maior de deficiências – visual, auditiva, mental, amputação, paralisia total, hemiplegia, outro tipo de deficiência e mais de um tipo de deficiência. O censo de 1991 incluiu, além das deficiências investigadas pela PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar), a paraplegia (NÉRIS, 2003). Na tabela 1, podemos observar as estatísticas das citadas pesquisas.

TABELA 1 – Distribuição percentual das estatísticas, segundo tipo de deficiência, 1872 – 1991.

Tipo de deficiência/ano	Inquérito populacional de 1872	Inquérito populacional de 1900	Censo demográfico de 1920	Censo demográfico de 1940	PNAD de 1981	Censo demográfico de 1991
Visual	0,158	0,188	0,299	0,605	0,147	0,100
Auditivo	0,116	0,074	0,262	0,364	0,233	0,122
Mental					0,582	0,454
Amputação					0,109	0,099
Paralisia total					0,091	0,033
Hemiplegia					0,212	0,140
Paraplegia						0,139
Outras deficiências					0,301	
Mais de uma					0,103	0,061
<b>Todas</b>					<b>1,778</b>	<b>1,148</b>

Fonte: NÉRIS (2003)

Já os dados do censo demográfico de 2000 mostraram percentuais superiores aos levantamentos anteriores. Isso talvez não se deva somente ao aumento da incidência e sim à melhoria dos instrumentos de coleta de dados, que incluiu diversos graus de incapacidade, como podemos ver no quadro a seguir:

4.10 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA MENTAL PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS? (Como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 - SIM	<input type="checkbox"/> 2 - NÃO
4.11 - COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE ENXERGAR? (Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)	<input type="checkbox"/> 1 - INCAPAZ <input type="checkbox"/> 2 - GRANDE DIFICULDADE PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 3 - ALGUMA DIFICULDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/> 4 - NENHUMA DIFICULDADE
4.12 - COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE OUVIR? (Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	<input type="checkbox"/> 1 - INCAPAZ <input type="checkbox"/> 2 - GRANDE DIFICULDADE PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 3 - ALGUMA DIFICULDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/> 4 - NENHUMA DIFICULDADE
4.13 - COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE CAMINHAR/SUBIR ESCADAS? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	<input type="checkbox"/> 1 - INCAPAZ <input type="checkbox"/> 2 - GRANDE DIFICULDADE PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 3 - ALGUMA DIFICULDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/> 4 - NENHUMA DIFICULDADE
4.14 - TEM ALGUMA DAS SEGUINTE DEFICIÊNCIAS: (Assinale somente uma alternativa, priorizando a ordem apresentada)	<input type="checkbox"/> 1 - PARALISIA PERMANENTE TOTAL <input type="checkbox"/> 2 - PARALISIA PERMANENTE DAS PERNAS <input type="checkbox"/> 3 - PARALISIA PERMANENTE DE UM DOS LADOS DO CORPO	<input type="checkbox"/> 4 - FALTA DE PERNA, BRAÇO, MÃO, PE OU DEDO POLEGAR <input type="checkbox"/> 5 - NENHUMA DAS ENUMERADAS

Segundo dados do censo de 2000, no Brasil, aproximadamente, 24,5 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência, ou seja, 14,5% da população total, sendo 1,7% portadores de deficiência mental, 0,9% de deficiência física, 4,7% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de caminhar e subir escadas, 9,8% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de enxergar e 3,4% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de ouvir<sup>2</sup>. O Estado da Paraíba apresentou a maior prevalência, 18,76% e o Estado de São Paulo, a menor, 11,35%. O município brasileiro com a menor prevalência é Fernando de Noronha 0,55%, enquanto São Gonçalo do Piauí apresenta a maior prevalência, 33,41% (IBGE, 2002).

O município de Botucatu apresenta uma prevalência de 14,1% de pessoas portadoras de deficiência, segundo os dados do censo (IBGE, 2003), sendo 2,1% portadores de deficiência mental, 0,8% de deficiência física, 4,4% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de caminhar e subir escadas, 7,8% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de enxergar e 3,0% incapaz, com alguma ou grande dificuldade de ouvir. Podemos observar na tabela 2, a distribuição de acordo com o tipo e gravidade da deficiência.

<sup>2</sup> Algumas pessoas possuem mais de uma deficiência, por isso a soma de todas as deficiências é diferente da prevalência total.

TABELA 2 – Distribuição percentual da deficiência, segundo tipo, Botucatu, 2000.

<b>VISUAL</b>	
alguma dificuldade permanente	6,5%
grande dificuldade permanente	1,1%
incapaz	0,1%
nenhuma dificuldade	92,2%

<b>AUDITIVA</b>	
alguma dificuldade permanente	2,5%
grande dificuldade permanente	0,4%
incapaz	0,1%
nenhuma dificuldade	97,0%

<b>MENTAL</b>	
sim	2,1%
não	97,9%

<b>CAPACIDADE DE CAMINHAR E SUBIR</b>	
alguma dificuldade permanente	2,8%
grande dificuldade permanente	1,2%
incapaz	0,4%
nenhuma dificuldade	95,6%

<b>TIPO DE DEFICIENCIA</b>	
paralisia permanente de um dos lados do	0,3%
amputação	0,2%
paralisia permanente das pernas	0,2%
paralisia permanente total	0,1%
nenhuma das enumeradas	99,2%

Fonte: IBGE, 2003

A inclusão de diversos graus de incapacidade acabou incluindo um grande número de idosos, uma vez que as dificuldades funcionais (capacidade de caminhar e subir escada, ouvir e enxergar) tendem a acompanhar o processo natural de envelhecimento.

As estatísticas anteriores sugerem, ainda que, parcela considerável das pessoas portadoras de deficiência ficava excluída, tanto das pesquisas quanto dos benefícios a eles assegurados, conforme a definição e o conceito de deficiência utilizado.

## CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES

*“Os conceitos são fundamentais para o entendimento das práticas sociais. Eles moldam nossos programas, serviços e políticas sociais, pois os conceitos acompanham a evolução de certos valores éticos”.*

*Velandia (2001)*

Para alguns pesquisadores, conceituar deficiência é um trabalho difícil, uma vez que o termo deficiência é cercado de equívocos e contradições (MONTANARI, 1998; AMARILIAN, PINTO, GHIRARDI, LICHTIG, MASINI e PASQUALIN, 2000).

Segundo Sasaki (1997), uma das razões pelas quais as pessoas portadoras de deficiências estão expostas à discriminação é que são constantemente declaradas doentes, pacientes, dependentes e inválidas. O modelo médico vê a deficiência como um problema do indivíduo, que deve se adaptar à sociedade e que necessita ser curado, tratado, reabilitado e habilitado. O principal agente reprodutor desse modelo são os centros de reabilitação, que buscam “melhorar” as pessoas com deficiência para (re) integrá-las à sociedade. Nesse modelo não há um equilíbrio, é um esforço unilateral do indivíduo, sem contrapartida da sociedade. Essa integração pouco ou nada exige da sociedade em termos de modificação de atitudes, de espaços físicos, de objetos e práticas sociais. Ou seja, a sociedade aceita receber as pessoas portadoras de deficiências, desde que elas sejam capazes de moldar-se aos requisitos dos serviços especiais, acompanhar os procedimentos tradicionais, contornar os obstáculos existentes no meio físico e desempenhar papéis sociais individuais com autonomia, mas não necessariamente com dependência. *Autonomia* é a condição de domínio do ambiente físico e *Independência* é a capacidade de decidir sem depender de outras pessoas.

No modelo social da deficiência, a sociedade é que deve ser modificada a partir do entendimento de que é ela que cria problemas para as pessoas portadoras de deficiência, causando-lhes incapacidade no

desempenho de papéis sociais. Esse modelo foi formulado por pessoas portadoras de deficiências e focaliza os ambientes restritivos, as políticas discriminatórias e atitudes preconceituosas (SASSAKI, 1997)

A discussão sobre os modelos médico e social da deficiência nos remete à Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagem (CIDID), adotada pela OMS, em 1980, que apontou a seguinte distinção entre os conceitos:

**Deficiência** como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente (OMS, 1999).

**Incapacidade** como a restrição, devido a uma deficiência, da capacidade de realizar uma atividade considerada normal para um ser humano (OMS, 1999).

**Desvantagem** como uma situação prejudicial, que em conseqüência de uma deficiência ou de uma incapacidade, limita ou impede o desempenho de um papel que é normal, em função do sexo, idade, fatores sociais e culturais (OMS, 1999).

De acordo com Amariliani, Pinto, Ghirardi, Lichtig, Masini e Pasqualin (2000), a deficiência representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico; a incapacidade representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios individuais nas atividades essenciais da vida diária e a desvantagem representa a socialização da deficiência e relaciona-se a dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Portanto, a deficiência, incapacidade e desvantagem podem ocorrer na ausência de doença. A seqüência deficiência-incapacidade-desvantagem pode ser interrompida em qualquer estágio: uma pessoa pode ter uma deficiência sem incapacidade, uma incapacidade sem desvantagem ou uma desvantagem sem incapacidade ou deficiência, como podemos observar na figura 1.

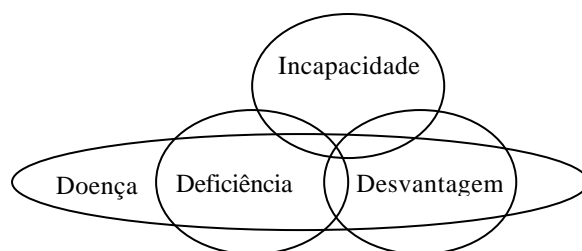


FIGURA 1 –Interação e intersecção entre os conceitos



Em 1997 a OMS reapresenta a CIDID, com o nome: “Classificação Internacional das Deficiências, Atividade e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – CIDDM-2” (BRASIL, 2003).

Em 2003, a OMS apresenta uma nova classificação traduzida para o português denominada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

A CIF define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados à saúde e são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade: funções e estruturas do corpo, e atividades e participação. *Funcionalidade* é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, *incapacidade* é um termo que abrange incapacidades, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com a funcionalidade e a incapacidade (OMS, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), as deficiências podem envolver uma anomalia, defeito, perda ou outro desvio significativo nas estruturas corporais, representando um desvio de determinados padrões populacionais no estado biomédico do corpo e das suas funções. Esse desvio pode ser leve ou severo, temporário ou permanente, progressivo, regressivo ou estático, intermitente ou contínuo. Portanto as deficiências são classificadas na CIF utilizando-se critérios definidos para as funções e estruturas do corpo: perda ou ausência, redução, aumento ou excesso e desvio; e pode ser graduada em termos de gravidade ou severidade. Os componentes atividades e participação são qualificadas em: *desempenho* e *capacidade*. O qualificador de *desempenho* descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente habitual. O qualificador de *capacidade* descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou uma ação, indicando o nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode atingir em um dado momento. Assim, a capacidade reflete a habilidade do indivíduo ajustada ao ambiente. Esses qualificadores podem ser utilizados com e sem

dispositivos de auxílio ou assistência pessoal. Embora nem os dispositivos nem a assistência pessoal eliminem as deficiências, eles podem remover as limitações da funcionalidade em domínios específicos. As *limitações* ou *restrições* são avaliadas em comparação com um padrão populacional e registra a discordância entre o desempenho observado e o esperado. O desempenho esperado é a norma populacional, que representa a experiência de pessoas sem esse estado de saúde específico. A mesma norma é utilizada no qualificador de capacidade de maneira que seja possível inferir o que pode ser feito ao ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho.

A figura 2 é útil para entender a interação entre os componentes da CIF, sendo que a funcionalidade de um indivíduo é uma interação ou relação complexa entre estado de saúde e fatores ambientais e pessoais, contemplando o modelo social da deficiência.

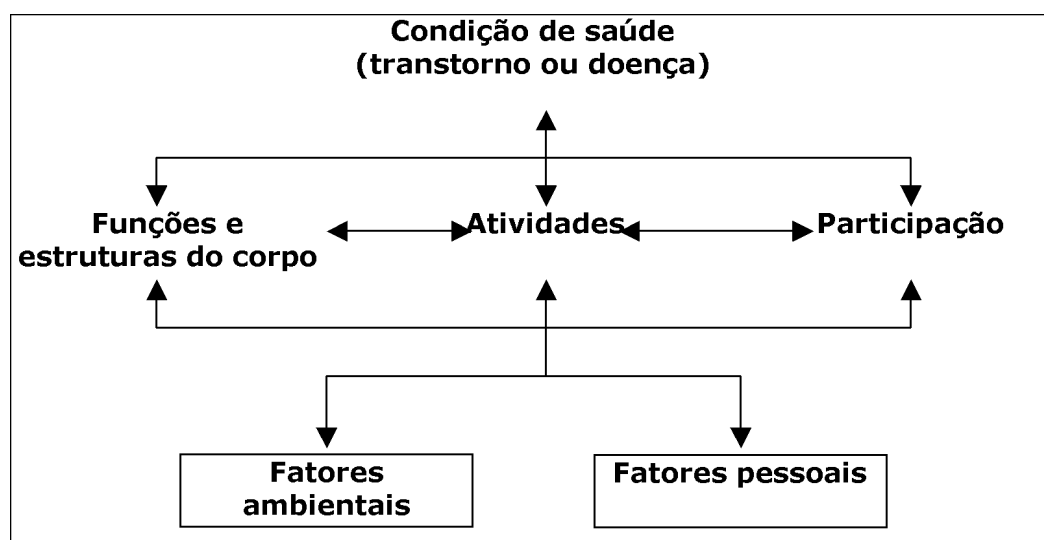


FIGURA 2 – Interação entre os componentes da CIF

De acordo com o Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, publicado pelo Ministério da Saúde, essa nova abordagem “propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiências e suas limitações para o exercício

pleno das atividades decorrentes da sua condição” e influencia as práticas relacionadas à reabilitação e inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 2003).

Sendo que inclusão social é um processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seu sistema social, pessoas com deficiência e estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade (SASSAKI, 1997).

## **A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência física comporta a organização e as ações de serviços em três níveis de complexidade (BRASIL, 2003):

- Atenção básica: ações de prevenção primária e secundária, como, por exemplo, controle da gestante de alto risco, atenção à desnutrição, detecção precoce de fatores de riscos, como sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial; e ações básicas de reabilitação como prevenção de deformidades mediante posturas adequadas;

- Atenção secundária: nesse nível é prestado o tratamento em reabilitação, mediante atuação de profissional especializado e utilização de tecnologia apropriada, como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional. São considerados também parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e próteses, a avaliação e acompanhamento do uso destes.

- Atenção terciária: compreende nível hospitalar. Esses serviços são prestados, principalmente, no momento de aquisição da deficiência.

É prevista também a assistência domiciliar em reabilitação, a atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família desde o apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internação domiciliar.

Apesar da implantação do SUS, a assistência à pessoa portadora de deficiência ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade. Os programas são centralizados e atendem a um reduzido número de pessoas (BRASIL, 1995). Segundo Carmo (1991), desde o início do século XX até os dias atuais, a situação geral da assistência às pessoas portadoras de deficiência no Brasil não sofreu significativas alterações. As clínicas de reabilitação mantida pelo Sistema Único de Saúde são raras. Os poucos centros de referências existentes são financiados, principalmente, por organizações e fundações civis e estão localizadas nos grandes centros, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Porto Alegre, Belo Horizonte e Brasília, como é o caso do Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD).

Em Botucatu, é visível a iniciativa da sociedade na organização e fundação de entidades filantrópicas ligadas à assistência das pessoas portadoras de deficiência, como a Associação dos Deficientes Físicos em Botucatu - ADEFIB, a Casa da Professora Lídia e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAPE. Na rede pública de saúde, o atendimento é feito no ambulatório de fisioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

## SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIAIS

A análise de condições de vida relacionadas a situações de saúde pode ser feita a partir do conceito de reprodução social, que nos permite estabelecer o perfil reprodutivo de classes sociais e frações que, por sua vez, acoplado ao perfil de morbi-mortalidade das mesmas classes, compõe o seu perfil epidemiológico (BREILH, 1991). Trata-se de conceitos marxistas (IANNI, 1982), complexos e de difícil operacionalização, mas que têm o grande mérito de alertar para a importância das bases econômicas, materiais e históricas da sociedade humana e suas desigualdades. Pelos reflexos que isso tem sobre a saúde e sobrevivência humana, cabem aos estudos epidemiológicos considerar e apreender, do modo mais fiel possível, a natureza sociológica de seu objeto de estudo.

Não se encontram muitos estudos conduzidos a partir do conceito de classe social, podendo-se citar alguns, de autores latino-americanos, já considerados ontológicos (BRONFMAN e TUIRÁN, 1984; BARROS, 1986; BREILH, GRANDA, CAMPAÑA e BETANCOURT, 1987; VICTORA, BARROS e VAUGHAN, 1988). Desses autores, conhecem-se análises críticas sobre o uso de *classe social*, a dificuldade de sua operacionalização, seu poder explicativo e propostas alternativas para a classificação social em estudos epidemiológicos (VICTORA, FACCHINI, BARROS e LOMBARDI, 1990).

Os indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos para classificação e estratificação social são a ocupação, os rendimentos e a escolaridade. Dos três, a ocupação é o mais relacionado à classe social, em associação com os dois outros. Além destes, o perfil social de grupos populacionais pode ser completado com a consideração do consumo de bens e serviços básicos - habitação, água, alimentação, vestuário, transportes - e os ampliados ou de aprimoramento - comunicação social, assistência da saúde, lazer, organização política. (BREILH, GRANDA, CAMPAÑA e BETANCOURT, 1987; BREILH, 1991; SEADE, 1992; BARATA, 1997; BORRELL, 1997; ASSIS e BARRETO, 2000).

A propósito, o texto da Lei Orgânica da Saúde brasileira (lei nº 8080, de 19/9/1990), em seu artigo terceiro, indica como fatores determinantes da saúde ... *entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços*

*essenciais*. Configura-se, deste modo, o âmbito do que se deve considerar como condições de vida relacionadas à saúde, de onde são extraídos os indicadores epidemiológicos.

Outros tipos de variáveis podem ser vistos em estudos realizados por Montali (1990). A autora utilizou-se do ciclo de vida das famílias como recurso metodológico para estudar a condição de pobreza. Esse estudo traçou uma relação entre o ciclo de vida das famílias e as possibilidades de se conseguirem rendimentos suficientes para sobreviver.

Para Chiesa, Westphal e Kashiwagi (2002) a categoria-espaco território é uma outra alternativa metodológica para estabelecer uma aproximação das condições de vida e saúde. A análise do território permite observar a distribuição espacial de situações de risco: dados demográficos, socioeconômicos e ambientais.

Portanto, deve-se entender por condições de vida da pessoa portadora de deficiência as condições de sobrevivência dadas pela inserção social de suas famílias e respectivos poderes aquisitivos, expressos pelos rendimentos, mas não só. Também pelas políticas públicas referentes à formação de recursos humanos, saúde, mercado de trabalho (emprego, relações trabalhistas e salários), previdência e assistência social, entre outras, que determinam as condições de sobrevivência dos diferentes grupos sociais.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar as condições de vida e de saúde das pessoas portadoras de deficiência física residentes na área de abrangência do Centro Saúde Escola, em Botucatu-SP, para fornecer subsídios ao planejamento de políticas públicas e a fixação de prioridades orientadas à inclusão social.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Estimar a prevalência de deficiência física em Botucatu-SP.
- ✓ Conhecer a distribuição espacial, dentro da área urbana de Botucatu, das pessoas portadoras de deficiência física.
- ✓ Caracterizar o tipo e causas das deficiências físicas.
- ✓ Conhecer as condições de vida e de saúde das pessoas portadoras de deficiência física residentes na área de abrangência do Centro Saúde Escola em Botucatu-SP, mediante os seguintes indicadores:
  - Tipo de família e ciclo de vida familiar;
  - Escolaridade das pessoas responsáveis pelos domicílios e das pessoas portadoras de deficiência física;
  - Ocupação e posição na ocupação das pessoas responsáveis pelos domicílios e das pessoas portadoras de deficiência física;
  - Rendimentos familiares;



## METODOLOGIA

### Delimitação do Sujeito da Pesquisa

Para fins de limitação, nesse trabalho estudamos apenas as pessoas portadoras de deficiência física, definido como as pessoas portadoras de deficiência de locomoção, bem como aquelas que sofrem de algum tipo de paralisia ou tiveram algum membro amputado. Assim, além de tratarmos da locomoção, consideramos aqueles que têm dificuldade de movimentos de uma forma geral.

### Área de Estudo

O município de Botucatu fica localizado na 4ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, distante 235 Km da capital e seu território tem uma área total de 1482,80 Km<sup>2</sup>.(SEADE, 2003)

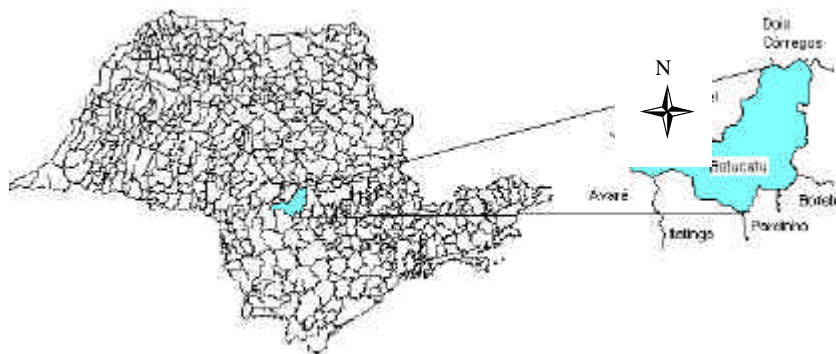


FIGURA 3 – Mapa do Estado de São Paulo e do Município de Botucatu.

Segundo o IBGE (2002), em 2000 viviam na área urbana 103.993 pessoas e na área rural 4.313, representando uma taxa de urbanização de 96%, sendo que 48,8% são homens e 51,2%, mulheres. A população jovem é a mais representativa, contudo o município apresenta proporção de pessoas com mais de 60 anos (11,2%) maior que a média brasileira (8,6%) e do Estado de São Paulo (9,0%).

A pirâmide populacional representada na figura 4, expressa o processo de transição demográfica, que está ocorrendo em Botucatu nas últimas décadas: uma queda na taxa de mortalidade e natalidade.

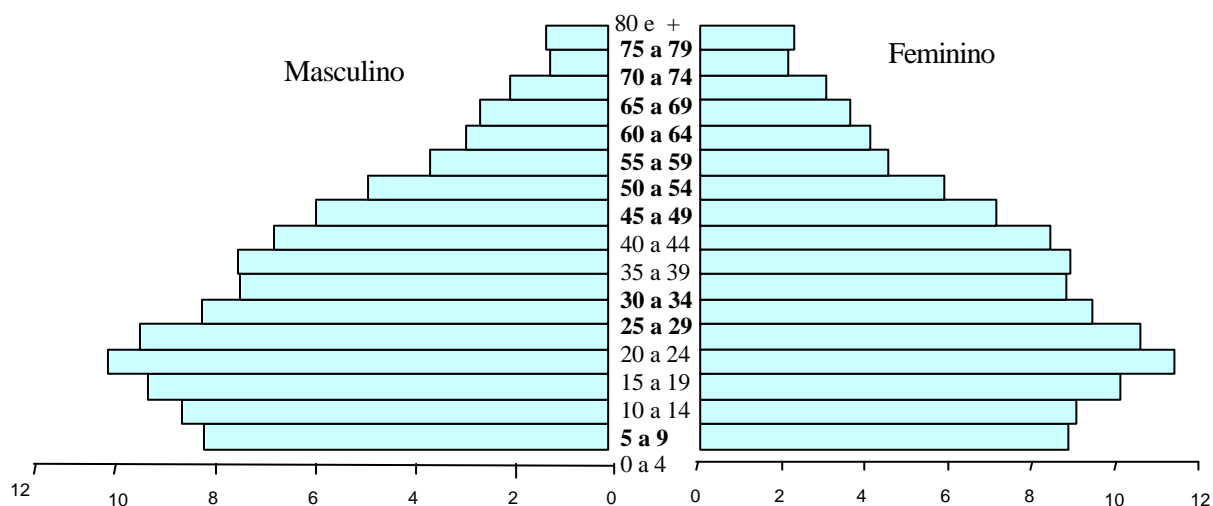


FIGURA 4 – Pirâmide populacional de Botucatu, 2000.

As estatísticas revelam que o município conta com 31.293 domicílios particulares permanentes. A cobertura dos serviços de infra-estrutura urbana apresenta índices bastante elevados: 95% dos domicílios são servidos de água, 90,6% possuem esgotamento sanitário e cerca de 95% dos domicílios da cidade são atendidos pela coleta domiciliar de lixo (IBGE, 2002).

Em relação à atividade econômica, percebe-se que, embora a maior parte das empresas seja comercial, de abrangência regional, é o setor industrial que produz o maior volume de riquezas e o setor de serviços que contém a maior proporção de empregos (tabela 3).

TABELA 3 – Distribuição dos estabelecimentos e trabalhadores formais cadastrados no Ministério do Trabalho, Botucatu, 2001.

Setor	Estabelecimentos		Trabalhadores Formais	
	N	(%)	N	(%)
Indústria	243	10,4	6.373	27,0
Comércio	984	42,1	4.315	18,2
Serviços	747	31,9	11.090	46,9
Outros	366	15,6	1.865	7,9
<b>Total</b>	<b>2.340</b>	<b>100,0</b>	<b>23.643</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SEADE (2003)

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que agrega três dimensões básicas - longevidade, educação e renda - Botucatu é considerado um município de alto desenvolvimento humano, com índice de 0,822, superior ao do Estado de São Paulo 0,814 (SEADE, 2003).

De acordo com o Índice de Condições de Vida (ICV) do PNUD, uma extensão do IDH que combina vinte indicadores básicos e os agrupa em cinco dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade, Botucatu têm taxas bastante positivas em relação à média do Estado de São Paulo, como podemos ver na tabela 4.

TABELA 4 - Alguns Indicadores de Condição de Vida de Botucatu e Estado de São Paulo

<b>Indicadores</b>	<b>Ano</b>	<b>Botucatu</b>	<b>Estado de São Paulo</b>
Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	2001	13,06	16,07
Mortalidade por homicídio (por cem mil habitantes)	2001	17,28	41,73
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios com Rendimento até 2 salários mínimos (em %)	2000	25,22	24,44
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios com Rendimento entre mais de 02 a 03 salários mínimos (em %)	2000	13,08	13,58
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios com Rendimento entre mais de 03 a 05 salários mínimos (em %)	2000	19,45	18,98
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios com Rendimento entre mais de 05 a 10 salários mínimos (em %)	2000	21,95	19,77
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios com Rendimento maior que 10 salários mínimos (em %)	2000	15,28	14,30
Pessoas Responsáveis pelos Domicílios sem Rendimento (em %)	2000	5,02	8,94
Leitos SUS (coeficiente por mil habitantes)	2000	5,87	2,10
Taxa de Analfabetismo da população de 15 anos ou mais (em %)	2000	5,61	6,64

Fonte: SEADE (2003)

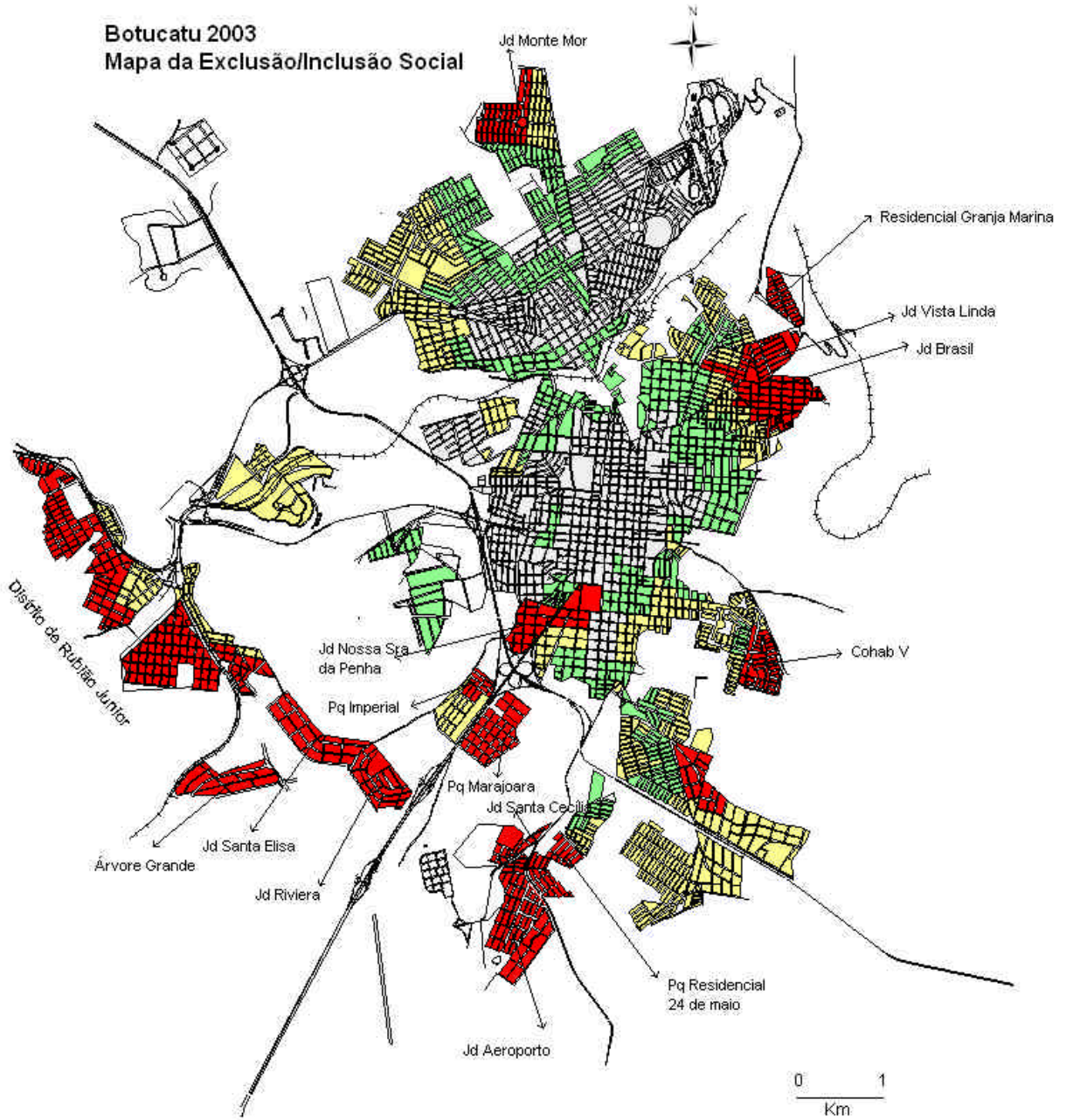
O índice de saúde de Botucatu, que agrega o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e o número de leitos por mil habitantes, é um dos mais altos do Estado de São Paulo.

Botucatu conta com uma rede de atenção à saúde complexa: composto por quatro pronto-socorros, quatro hospitais com 663 leitos, um ambulatório regional de especialidades, 13 unidades básicas de saúde e 6 equipes do programa saúde da família.

Botucatu apresenta bons índices e indicadores, conforme vimos, entretanto como a maioria das cidades médias brasileiras, possui diferenças intra-urbanas que revelam áreas de exclusão social. Isso pode ser observado no mapa de exclusão/inclusão social<sup>3</sup> (figura 5).

<sup>3</sup> Entende-se como exclusão social à condição de privação de direitos como “assistência à saúde, oportunidades de emprego, educação, representação pública, lazer, boas condições de moradia e transporte, entre outros”. A inclusão social é entendida como o oposto deste conceito.

**Botucatu 2003**  
**Mapa da Exclusão/Inclusão Social**



Organização: Rosiane Dantas Pacheco  
 Realização: Laboratório de Geoprocessamento  
 Departamento de Saúde Pública/FMB/UNESP  
 Apoio: FAPESP e CAPES  
 Fonte: Prefeitura Municipal de Botucatu, SABESP e IBGE

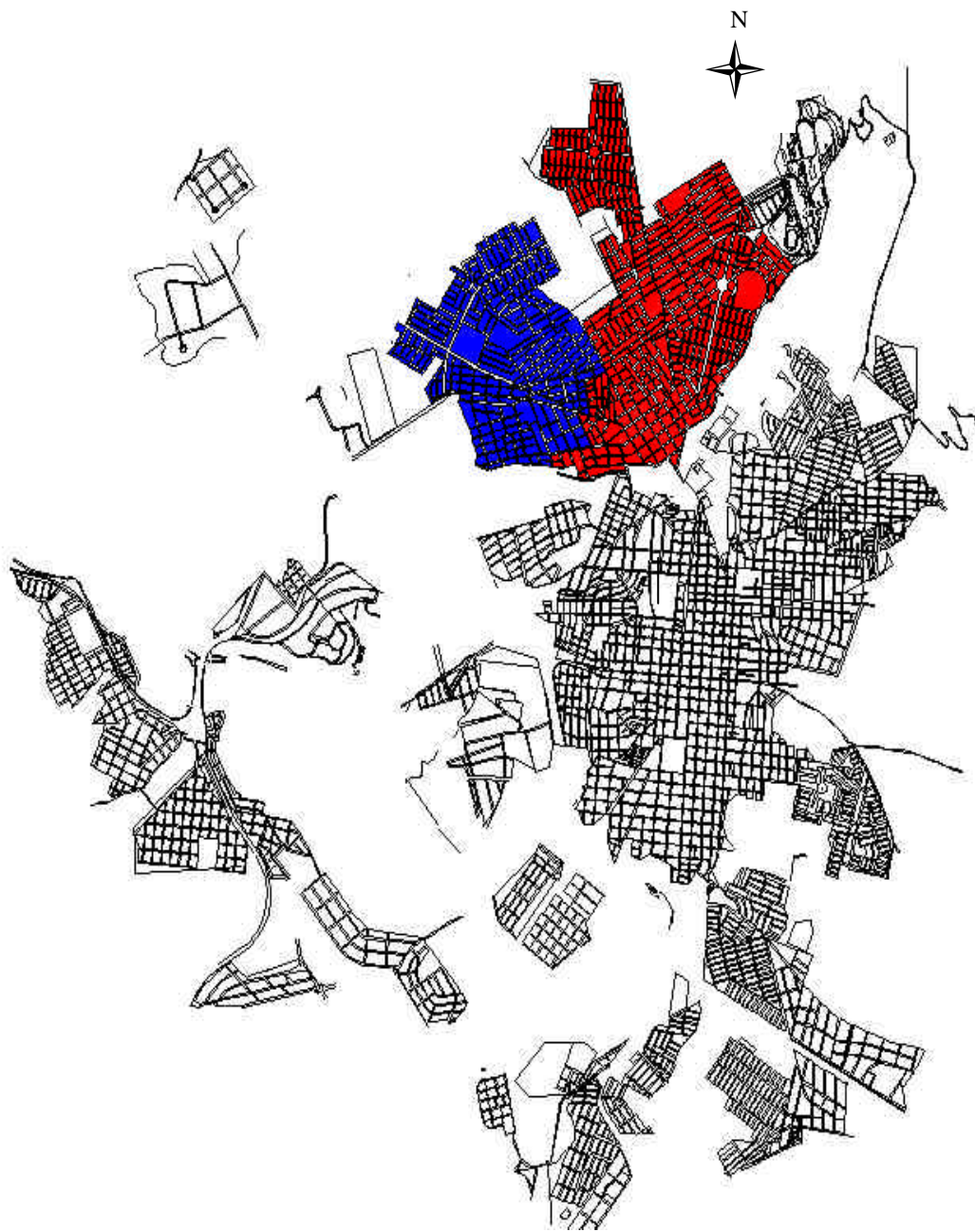
Exclusão/Inclusão Social	
<span style="color: red;">■</span>	exclusão (26)
<span style="color: yellow;">■</span>	exclusão parcial (41)
<span style="color: green;">■</span>	inclusão parcial (58)
<span style="color: white;">■</span>	inclusão (62)

**FIGURA 5-** Mapa da exclusão/inclusão social de Botucatu

Este mapa é resultante do cruzamento de informações a cerca da infra-estrutura urbana e da condição de vida das famílias. Foi elaborado utilizando dados do Censo Demográfico do IBGE de 2000, do Cadastro Imobiliário da Prefeitura Municipal e do Cadastro de Consumo de Água da SABESP, tais como: pessoa responsável pelo domicílio com renda até 2 salários mínimos, domicílios com canalização interna de água, domicílios ligados à rede geral de esgoto, domicílios com coleta de lixo, pessoa responsável pelo domicílio sem instrução ou com menos de um ano de instrução, total de crianças de 5 a 14 anos analfabetas, número total de analfabetos, consumo médio de água *per capita*, proporção de imóveis com área construída inferior a 70 m<sup>2</sup>, entre outras.

A análise do mapa nos permite observar diversos graus de exclusão que acabam por determinar diferentes tipos de condições de vida. Nesse mapa vemos que em Botucatu temos 22 % de áreas de exclusão social, 19 % de áreas de exclusão parcial e 59 % de áreas de inclusão.

A figura 6 representa a área estudada na segunda fase dessa pesquisa. Fica localizada no 2º Subdistrito de Botucatu, e é conhecida como a área de abrangência do Centro Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina/UNESP e compreende 50 setores censitários (IBGE, 2000): 61, 62, 63, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 152, 153, 154, 155, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 179, 180, 181, 183 (Unidade Vila dos Lavradores) e 85, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 167, 168 (Unidade Vila Ferroviária).



Escala

0 — 1  
Km

**Legenda**

Organizado por Rosiane Dantas Pacheco

Botucatu, 2003

■ Unidade Vila Ferroviária

■ Unidade Vila dos Lavradores

FIGURA 6 - Área de abrangência do Centro Saúde Escola

Essa área tem uma população de 26.400 habitantes, o que corresponde a 24,4 % da população total, distribuído por faixa etária e sexo, conforme a tabela 5.

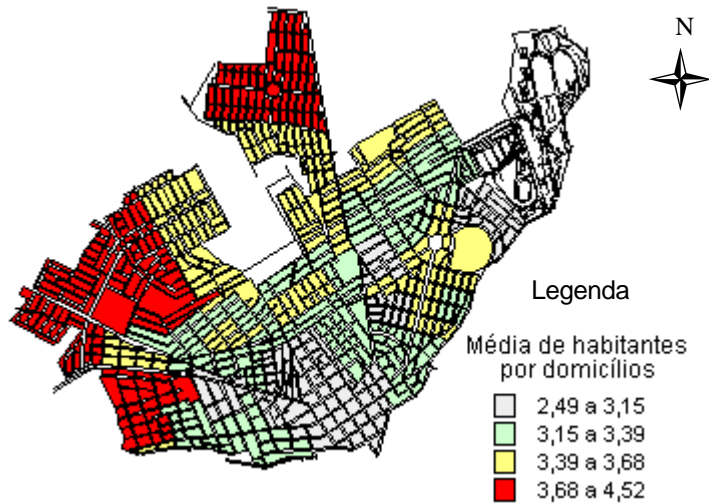
TABELA 5 - Distribuição da população por faixa etária e sexo, área do CSE, Botucatu, 2000.

FAIXA ETÁRIA	MULHERES		HOMENS	
	N	%	N	%
0 – 4	1023	7,5	1046	8,2
5 – 9	1036	7,6	1098	8,6
10 – 14	1173	8,6	1187	9,3
15 – 19	1309	9,6	1302	10,2
20 – 24	1241	9,0	1212	9,5
25 – 29	1091	8,0	1046	8,2
30 – 39	2032	14,9	1927	15,0
40 – 49	1787	13,1	1621	12,7
50 – 59	1200	8,8	1072	8,4
60 e mais	1746	12,8	1251	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>13638</b>	<b>100,0</b>	<b>12762</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE (2002)

Existem nessa área 7.872 domicílios particulares e em média 3,3 habitantes por domicílios. Nas figuras seguintes, podemos identificar algumas características sociais e econômicas da população.





Organizado por Rosiane Dantas Pacheco

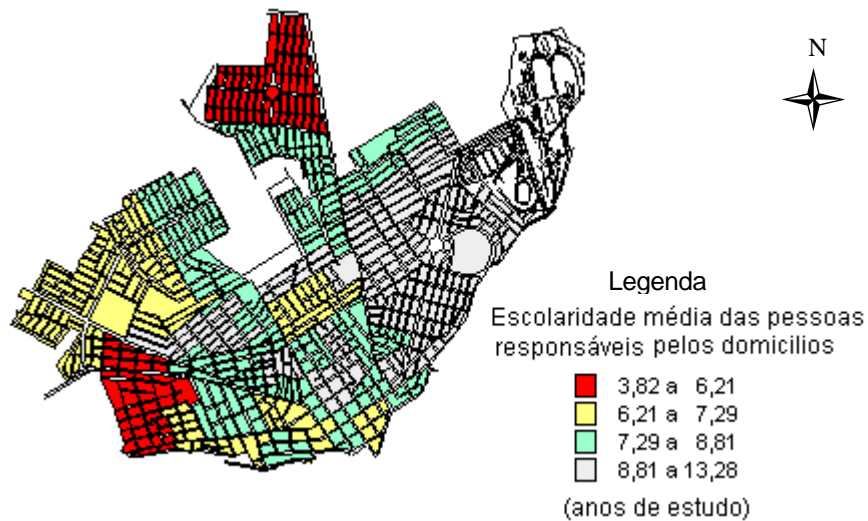
Botucatu, 2003

Fonte: IBGE, 2000

Escala

0 1  
Km

FIGURA 7 – Mapa da distribuição da média de habitantes por domicílios na área do CSE



Organizado por Rosiane Dantas Pacheco

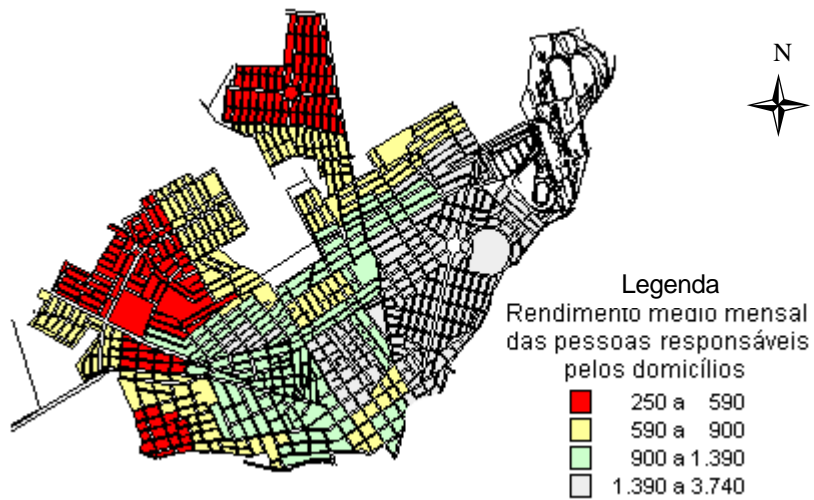
Botucatu, 2003

Fonte: IBGE, 2000

Escala

0 1  
Km

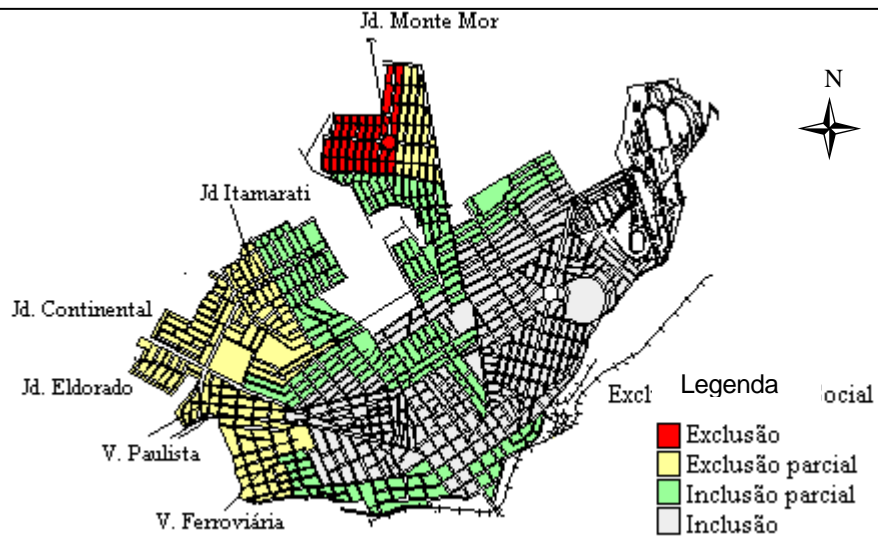
FIGURA 8 – Mapa da distribuição da escolaridade média das pessoas responsáveis pelos domicílios na área do CSE



Organizado por Rosiane Dantas Pacheco  
 Botucatu, 2003  
 Fonte: IBGE, 2000

Escala  
 0 1  
 Km

FIGURA 9 – Mapa da distribuição rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios na área do CSE



Organizado por Rosiane Dantas Pacheco  
 Botucatu, 2003  
 Fonte: IBGE, 2000

Escala  
 0 1  
 Km

FIGURA 10 – Mapa da exclusão/inclusão social na área do CSE

Como podemos ver, a área do CSE é heterogênea, apresenta diferentes estratos sociais, como o município. Considerando também que aproximadamente  $\frac{1}{4}$  dos domicílios de Botucatu fica localizado nessa área, os resultados deste estudo podem representar a realidade do município.

## **Descrição da Pesquisa**

Este é um estudo descritivo transversal realizado na área urbana de Botucatu-SP e sua execução se deu em duas fases, a saber:

Na primeira fase, foi realizado inquérito em 25% dos domicílios da área urbana de Botucatu para localizar as pessoas portadoras de deficiência física<sup>4</sup>.

O tamanho da amostra foi calculado para prevalência ao redor de 2%, o que atende à expectativa teórica de ocorrência de deficiência física. O processo de amostragem, do tipo sistemático, previu a inclusão de  $\frac{1}{4}$  dos domicílios de todos os setores censitários, censo de 2000, do IBGE.

Cada entrevistador recebeu um mapa do setor, dividido em quadras e em faces. A primeira entrevista foi feita na casa 1, da face 1, da quadra 1, a segunda na quinta casa, da mesma face e quadra, e assim por diante.

O inquérito domiciliar foi feito por entrevistadores contratados pelo pesquisador responsável da citada pesquisa, treinados e avaliados pelo Laboratório de Saúde Coletiva – LSC - do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP, campus de Botucatu, que participou de todo o planejamento e fez a supervisão do trabalho de campo.

---

<sup>4</sup> Esse levantamento foi realizado em conjunto com a pesquisa “Influência de eventos extralaborais na ocorrência de acidentes do trabalho em Botucatu”, financiada pela FAPESP (2000/09105-0, 01/10040-2, 01/10039-4) e CNPq (300094/00-0).

No manual do entrevistador havia todas as instruções necessárias para a execução da entrevista, na íntegra. A questão referente a essa pesquisa “Há alguma pessoa portadora de deficiência física nesse domicílio? Quantas?”, estava contida na ficha de identificação do domicílio. No *manual do entrevistador*, estava definido: “Deficiência física como qualquer tipo de dificuldade motora com prejuízo da movimentação física”.

Esse inquérito foi realizado no período de maio a novembro de 2002.

O encerramento dessa primeira fase se deu com a distribuição espacial de 367 domicílios, onde residem pessoas portadoras de deficiência física, superposto ao mapa de exclusão/inclusão social, utilizando a técnica de geoprocessamento através do programa MapInfo®.

Na segunda fase, foi realizada a caracterização biomédica e social das pessoas portadoras de deficiência física e suas famílias residentes na área de abrangência do Centro de Saúde Escola.

Nessa etapa, foi aplicado um questionário (anexo A) semi-estruturado, que havia sido testado e reformulado, para adequar-se melhor aos objetivos da pesquisa. O pré-teste foi realizado em abril de 2003, em um distrito de Botucatu - Rubião Junior. Foram aplicados 21 questionários e, depois de uma análise, algumas questões foram modificadas, outras excluídas ou substituídas.

O inquérito domiciliar foi feito nos meses de julho e agosto de 2003, por dois entrevistadores contratados e financiados pela FAPESP<sup>5</sup>, treinados e avaliados pela autora dessa pesquisa por meio de entrevista para delimitação do seu perfil: experiência em pesquisa domiciliar, contato pré-existente com a comunidade. A correção dos questionários e a supervisão do trabalho de campo foram feitos pela autora dessa pesquisa.

Foram visitados 92 domicílios, havendo uma perda de 10 domicílios (11%). Uma dificuldade encontrada foi a inexatidão de alguns endereços, sendo que dois não foram

encontrados. Outro problema foi a mudança de endereço de seis famílias, fato que se deve, principalmente, ao longo período de tempo decorrido entre as duas fases desta pesquisa. E em dois domicílios não foi encontrado nenhum morador, apesar da ida do entrevistador três vezes em horários diferentes.

Em alguns domicílios, havia mais de um portador de deficiência física: sete domicílios tinham duas pessoas; um domicílio, três; e outro, quatro. Por isso, foram aplicados 82 questionários referentes aos dados familiares e 93 referentes à deficiência física.

Após a aplicação, os questionários foram revisados, corrigidos, completados, codificados e digitados. Os dados formaram um banco no programa EpiInfo (Dean, 1997) e foram analisados, segundo os objetivos desta pesquisa. Cálculos de medidas estatísticas descritivas e testes de análise estatística foram usados na medida do cabível para auxiliar a discussão dos resultados.

A questão aberta formulada com o intuito de identificar as principais dificuldades encontradas pelas pessoas portadoras de deficiência física e sua família foi tabulada listando todas as respostas, identificando as semelhanças e agrupando-as em categorias.

### **As pessoas portadoras de deficiência física foram caracterizadas quanto a (à):**

- ✓ Faixa etária.
  - 0 a 19
  - 20 a 39
  - 40 a 59
  - 60 e mais
- ✓ Sexo: masculino e feminino

---

<sup>5</sup> Essa pesquisa recebeu auxílio da FAPESP, processo no. 03/00493-5.

- ✓ Escolaridade: em anos de estudos concluídos das pessoas com mais de 10 anos e estratificada da seguinte forma:
  - menos de 4;
  - 4 a 7;
  - 8 a 11
  - 12 anos e mais
- ✓ Ocupação: os diferentes tipos de ocupações das pessoas com mais de 15 anos foram codificados segundo a Classificação Brasileira de Ocupações e agrupadas de acordo com a proposta de Caldas (2001).
  - Atividades predominantemente intelectuais (liberais, gestão e planejamento, professor universitário)
  - Atividades de gerência, direção, administração, comércio e escritório especializadas, semi-especializadas e não especializadas.
  - Atividade de prestação de serviços de diversão, comunicação, educação, saúde e segurança especializadas, semi-especializadas e não especializadas.
  - Atividades produtivas e/ou predominantemente manuais especializadas, semi-especializadas e não especializadas.
- ✓ Posição na ocupação: visando conhecer as relações de produção e trabalho das pessoas portadoras de deficiência física:
  - Aposentado ou pensionista
  - Autônomo
  - Desempregado
  - Do lar
  - Empregado com carteira assinada
  - Empregado sem carteira assinada
  - Estudante
  - Estagiário
  - Inválido
  - Proprietário

- ✓ Rendimentos: rendimentos nominais das pessoas portadoras de deficiência física, transformados em salários mínimos vigentes.
- ✓ Posição na família da pessoa portadora de deficiência física.

**As famílias das pessoas portadoras de deficiência físicas foram caracterizadas quanto ao:**

- ✓ Tamanho da família: correspondente ao número de pessoas da família e agregados, residentes no domicílio.
- ✓ Tipo de família: foram classificadas de acordo com a constituição da família, conforme Montali (1990) em:
  - conjugal: aquela constituída pelo pai, mãe e filhos;
  - monoparental: composta somente por um dos cônjuges, o pai ou a mãe, e filhos;
  - conjugal ampliada: contando com marido, esposa, filhos e parentes ou não parentes;
  - monoparental ampliada: igual a anterior, mas constituída somente por um dos cônjuges;
  - outros arranjos: onde não há mais o tipo original, apenas irmãos, avós, netos etc.
  - domicílio unipessoal: composto por pessoa só.
- ✓ Ciclo de vida familiar: as famílias foram classificadas tomando como base a idade combinada do casal ou da pessoa responsável pelo domicílio (no caso das famílias do tipo monoparental), a presença ou não de filhos e, através de aproximações enquadradas na classificação proposta por Montali (1990).
  - Em constituição: composta por casal de até 34 anos de idade, com ou sem filhos, ou família monoparental na mesma faixa de idade;
  - Em maturação: composta por casal com idade entre 35 a 49 anos e filhos com idade ao redor de 14 anos, ou família monoparental na mesma faixa etária;

- Em dispersão: caracterizada por casal ou um dos pais com idade igual ou superior a 50 anos e com alguns filhos adultos fora de casa;
  - Misto: com características dos ciclos de vida anteriores, como por exemplo, maturação e dispersão. Há combinação das faixas etárias anteriores;
  - Outros arranjos: ciclos que fugissem às propostas anteriores.
- ✓ Escolaridade da pessoa responsável pelo domicílio em anos de estudo concluídos.
  - ✓ Ocupação da pessoa responsável pelo domicílio.
  - ✓ Posição na ocupação da pessoa responsável pelo domicílio.
  - ✓ Rendimentos: foi realizada a somatória dos rendimentos de todos os membros da família e o cálculo de outras variáveis correlatas, a saber:
    - Em salários mínimos vigentes (SM): dado pelo quociente da renda familiar bruta pelo salário mínimo vigente em julho de 2003, cujo valor era de R\$240,00.
    - Em salários mínimos necessários (SMN): dado pelo quociente da divisão da renda familiar bruta pelo SMN, cujo valor em julho de 2003 era R\$ 1396,50. O Salário Mínimo Necessário tem seu valor estabelecido e divulgado, mensalmente pelo DIEESE. Sua definição no preceito constitucional é: “Salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e as de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim” (Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV). A família considerada é de dois adultos e duas crianças, sendo que estas consomem o equivalente a um adulto. Ponderando-se o gasto familiar, chega-se ao SMN.
    - Salário mínimo necessário per capita: valor obtido pela divisão da renda familiar em SMN pelo tamanho da família.
  - ✓ Faixa de pobreza: as famílias entrevistadas foram classificadas segundo Montali (1990), considerando o rendimento em SMN *per capita*, de acordo com as seguintes relações:
    - Condição de precariedade:
      - a - Condição de pobreza: quando o rendimento *per capita* é menor que 0,25 SMN;
      - b - Limiar de subsistência: quando o rendimento *per capita* situa-se entre 0,25 a 0,50 SMN;



- Acima da condição de precariedade: quando o rendimento *per capita* é maior que 0,50 SMN.

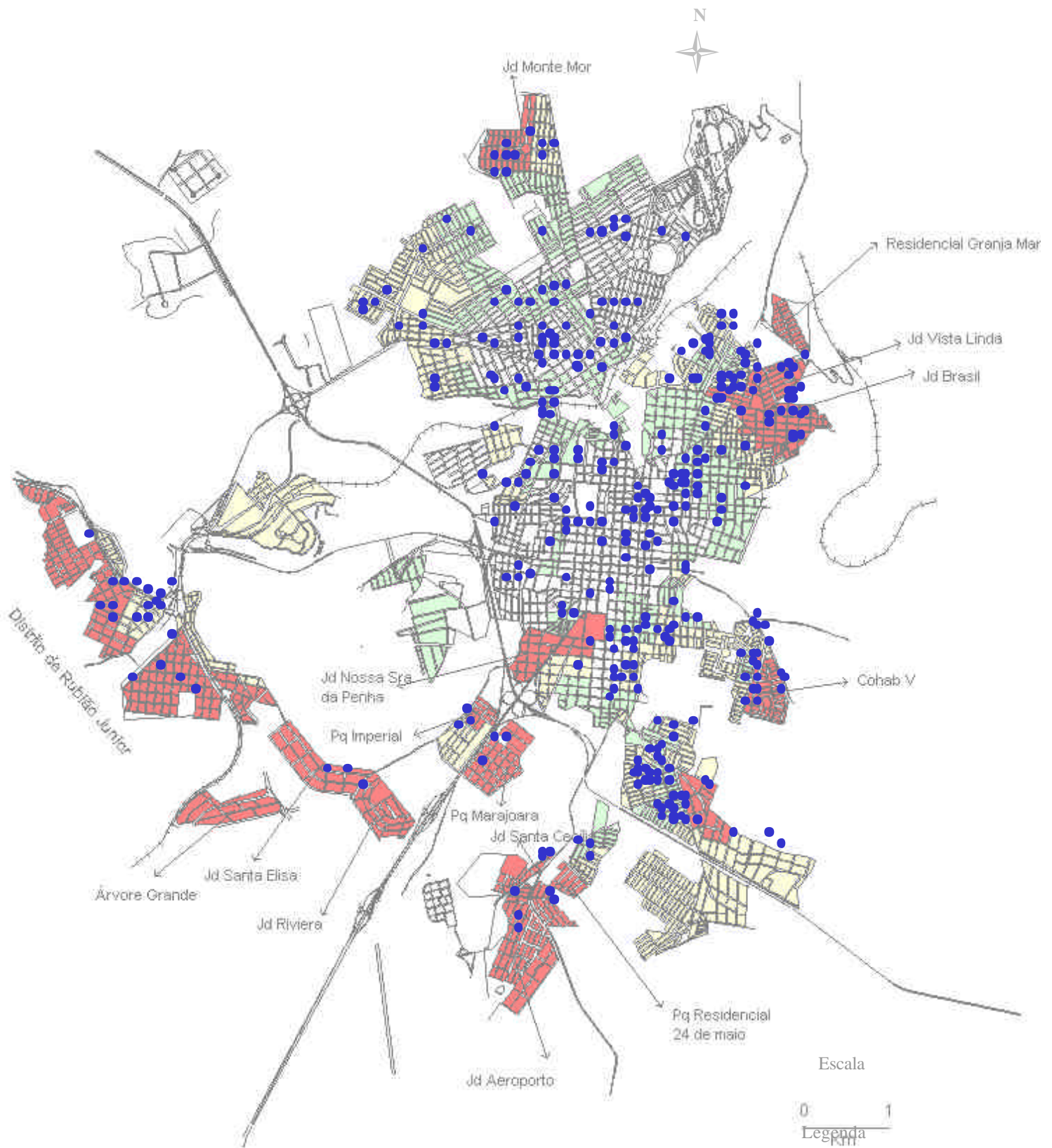
### **As deficiências físicas foram caracterizadas quanto a:**

- ✓ Fase de desenvolvimento em que foi adquirida a deficiência, considerando:
  - Infância: até 11 anos
  - Adolescência: 12 a 19 anos
  - Adulto: 20 a 60 anos
  - Idoso: 60 anos e mais
- ✓ Tipo de deficiência:
  - Hemiplegia – paralisia parcial ou total de um dos lados do corpo
  - Paraplegia – paralisia parcial ou total dos membros inferiores
  - Tetraplegia – paralisia parcial ou total dos membros superiores e inferiores
  - Monoplegia – paralisia parcial ou total de um dos membros
  - Amputação – ausência parcial ou total de um dos membros
  - Outro tipo de deficiência não especificado acima.
- ✓ Causa da deficiência.
  - Doenças crônico-degenerativas
  - Transtornos congênitos e perinatais
  - Traumas e lesões
  - Doenças infecto-contagiosas
  - Outra causa não especificada
- ✓ Consumo dos serviços de saúde: foram consideradas utilizações de serviço médico, odontológico, fisioterápico, fonoaudiológico, psicológico e terapêutico ocupacional.
- ✓ Entidades mantenedoras dos serviços de saúde: SUS, convênio, particular e filantrópico.

## **RESULTADOS e DISCUSSÃO**

### **Primeira Fase**

Na primeira fase desta pesquisa, foram identificados 367 domicílios, onde residem pessoas portadoras de deficiência física. A partir dos endereços, fizemos a distribuição dos domicílios, superposto ao mapa de inclusão/exclusão social do município de Botucatu (Figura 11).



Organização: Rosiane Dantas Pacheco  
 Realização: Laboratório de Geoprocessamento  
 Departamento de Saúde Pública/FMB/UNESP  
 Apoio: FAPESP e CAPES  
 Fonte: Prefeitura Municipal de Botucatu, SABESP e IBGE

Exclusão/Inclusão Social

Red	exclusão	(26)
Yellow	exclusão parcial	(41)
Green	inclusão parcial	(58)
Blue Dot	Domicílios de pessoas com deficiência física	(367)

**FIGURA 11 - Mapa da distribuição dos domicílios onde residem pessoas portadores de deficiência física**

Verificamos que o mapa aponta uma distribuição dos domicílios em quase toda a área urbana, entretanto observamos que há uma relação entre a exclusão social e a distribuição da deficiência física, como podemos ver na tabela 6 e 7, principalmente quando partimos das áreas de alta inclusão para alta exclusão social.

TABELA 6 - Distribuição dos domicílios com pessoas portadoras de deficiência física, segundo área de inclusão/exclusão, Botucatu, 2003.

Área de residência	No. de domicílios com pessoas portadoras de deficiência física	No. total de domicílios da amostra	(%)
Alta exclusão	21	360	5,8
Exclusão	125	2979	4,2
Inclusão	119	3237	3,7
Alta inclusão	102	2876	3,5
<b>Toda a cidade</b>	<b>367</b>	<b>9452</b>	<b>3,9</b>

$$x^2 = 4,58 \quad p = 0,03$$

TABELA 7 - Prevalência de deficiência física, segundo área de residência, Botucatu, 2003.

Área de residência	No. total de pessoas	P estimada de deficiência física	Taxa de prevalência
Alta exclusão	1062	27	2,54
Exclusão	8604	156	1,81
Inclusão	9088	130	1,43
Alta inclusão	7519	113	1,50
<b>Total</b>	<b>26273</b>	<b>426</b>	<b>1,62</b>

Na segunda fase, a área do CSE apresentou uma prevalência de 1,4% de pessoas portadoras de deficiência física, sendo identificadas 82 famílias e 93 pessoas portadoras de deficiência.

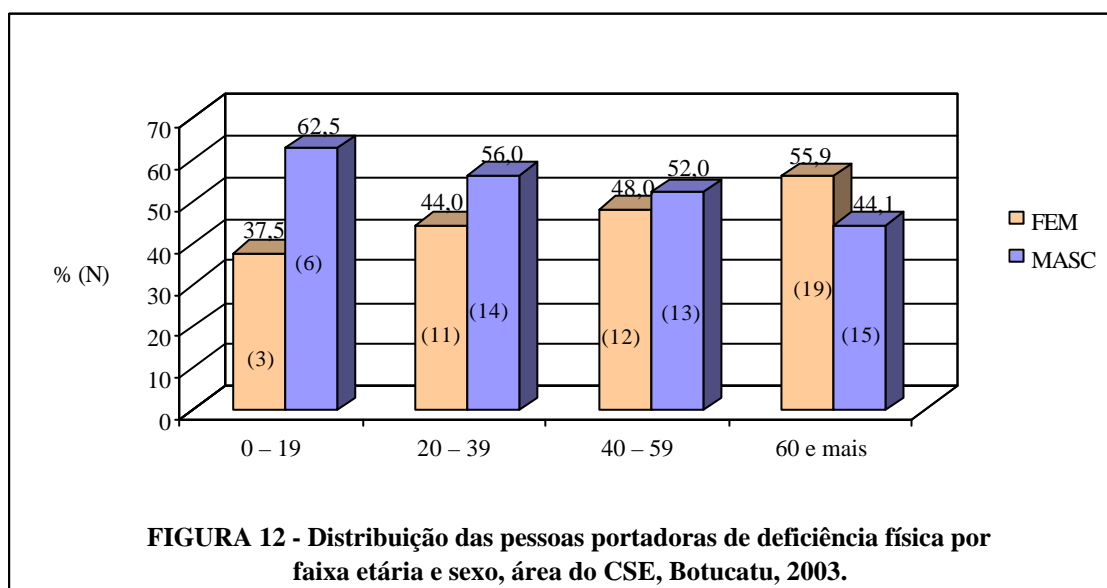
**As pessoas portadoras de deficiência física...**

*“Em nossa sociedade, as pessoas com deficiência representam um sinal de que todos somos diferentes, e que essa diferença, antes de ser algo negativo, pode nos levar a atitudes mais tolerantes com as diversas dificuldades humanas”.*

**Rinaldo Correr (2003)**

Em relação as pessoas portadoras de deficiência física, temos que 51,6% são do sexo masculino e 48,4% do sexo feminino, ao contrário do que mostrou o censo demográfico de 2000 para a população portadora de deficiência residente em Botucatu, ou seja, 58% do sexo feminino e 42% masculino<sup>6</sup>.

Na figura 12, temos a distribuição das pessoas portadoras de deficiência física por sexo e idade. A idade média dessa população foi de 49 anos, sendo de 46 anos entre os homens e de 52 anos entre as mulheres.

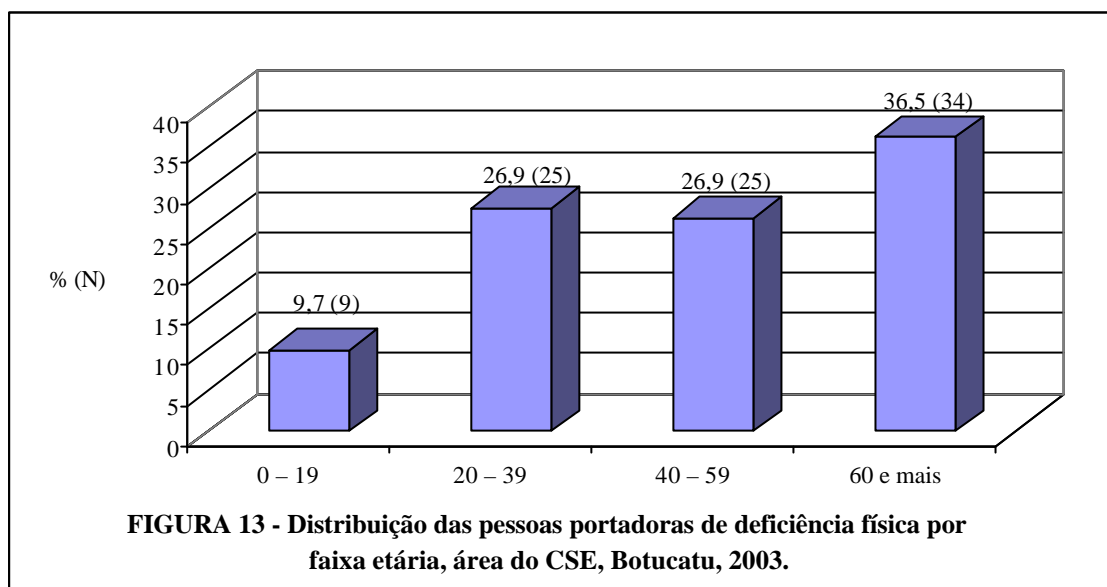


Quando analisamos a população de portadores de deficiência física de acordo com sexo e idade, verificamos que é relativamente maior a proporção de pessoas do sexo

<sup>6</sup> IBGE (2003)

masculino nas faixas inferiores a 60 anos e do sexo feminino na faixa de 60 anos e mais. Este fato pode estar relacionado à maior expectativa de vida das pessoas do sexo feminino.

A distribuição das pessoas portadoras de deficiência física por faixa etária pode ser observada na figura 13.



Média= 49 anos; Mediana 48 anos; Desvio padrão = 23 anos

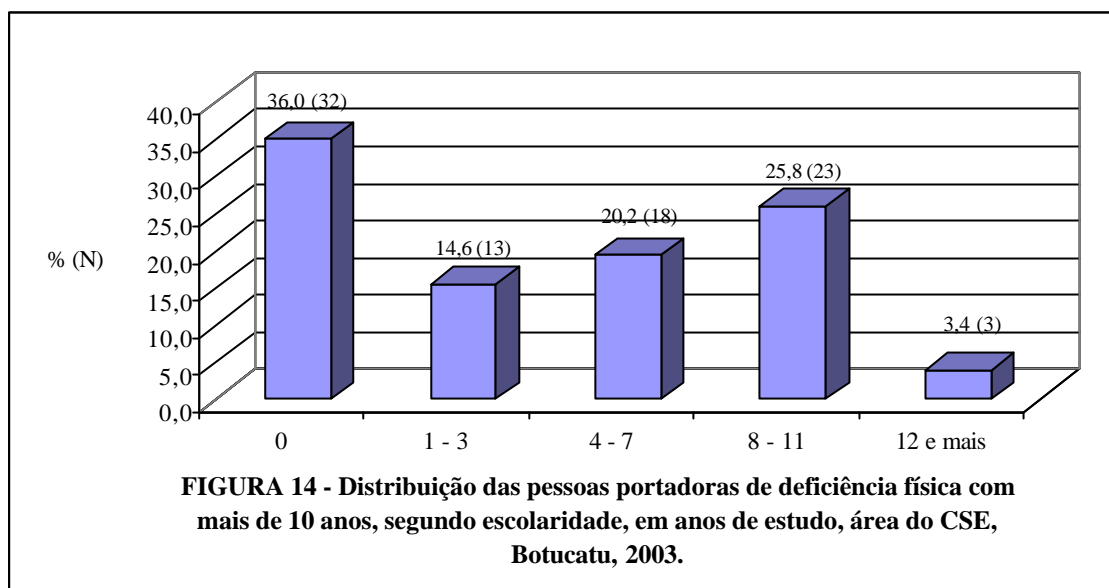
Na amostra, as pessoas portadoras de deficiência física com mais de 60 anos são a parcela mais expressiva (36,5%), ao passo que esse número entre a população sem deficiência é de (11,1%)<sup>7</sup>.

Entre a população sem deficiência, as pessoas com menos de 20 anos representam cerca de 36%<sup>7</sup>, enquanto que entre a população de portadores de deficiência esse percentual é de apenas 9,7 %.

Portanto, temos que as pessoas tendem a adquirir a deficiência ao longo da vida e podemos inferir que a probabilidade de se ter uma deficiência aumenta consideravelmente a medida que envelhece, pois as doenças crônico-degenerativas se manifestam com maior frequência e têm um potencial fator incapacitante.

<sup>7</sup> IBGE (2003)

Os dados relativos à escolaridade das pessoas portadoras de deficiência física, com mais de 10 anos de idade<sup>8</sup>, são apresentados na figura 14.



Média = 4,2 anos de estudo; Mediana = 3,0 anos de estudo; Desvio Padrão= 4,5 anos de estudo.

Esses dados permitem afirmar que a situação da escolaridade das pessoas portadoras de deficiência física se mostrou crítica, pois 36% não possuem escolaridade contra (6%) entre a população sem deficiência. O mesmo pode se dizer em relação à maior escolaridade, temos uma maior proporção entre as pessoas sem deficiência (12,1%), em relação àquelas que apresentam deficiência (3,4%)<sup>9</sup>.

A exclusão das pessoas portadoras de deficiência física começa na educação e reflete na inserção no mercado de trabalho. Verificamos que apenas 18,7% das pessoas portadoras de deficiência física com idade entre 15 e 65 anos trabalham e destes 45,4% têm carteira de trabalho assinada. A distribuição da ocupação foi feita utilizando a classificação de Caldas (2001) e pode ser observada na tabela 8.

<sup>8</sup> Foram excluídas 4 pessoas com menos de 10 anos

<sup>9</sup> IBGE (2003)

TABELA 8 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física com idade entre 15 e 65 anos, segundo ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.

Ocupação	N	%
Atividade de gerência, direção, administração, comércio e escritório especializadas	2	15,4
Atividade de gerência, direção, administração, comércio e escritório não especializadas	3	23,1
Atividade produtiva e/ou predominantemente manuais semi-especializadas	3	23,1
Atividade produtiva e/ou predominantemente manuais não especializadas	5	38,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Temos que 61,6% dessa população está inserida nas atividades produtivas e/ou predominantemente manuais e em atividades não especializadas. Essa proporção pode ser reflexo da baixa qualificação e da pouca oferta no mercado de trabalho.

Segundo Tissi (1999), no Brasil há 9 milhões de pessoas portadoras de deficiência em idade economicamente ativa, desses, 7 milhões poderiam trabalhar com pequenas alterações no ambiente, contudo, de acordo com Neri (2003), apenas 7,7 % estão inseridos no mercado de trabalho formal. Por isso, é preciso que o Ministério Público comece a fiscalizar com mais rigor a lei que garante as cotas para pessoas portadoras de deficiência.

Ribas (1997) realizou em estudo em 638 empresas na região metropolitana de São Paulo e verificou que 83,4% das empresas nunca haviam contratado pessoas com deficiência. E os principais motivos, colocados pelas empresas, foram: falta de informação sobre suas habilidades, não disporem de conhecimento técnico para recrutá-los, não disporem de informações sobre onde recrutá-los e falta de pessoas portadoras de deficiência habilitados. Entre aqueles que estavam empregados, 65% foram admitidos a pedido de algum outro funcionário da empresa e 85% eram pessoas portadoras de deficiência física que não utilizavam cadeiras de rodas, nem necessitavam de banheiros adaptados e as escadas não significavam barreiras intransponíveis.

Na tabela 9, vemos a distribuição percentual das pessoas portadores de deficiência física com idade entre 15 e 65 anos, em relação à posição na ocupação.

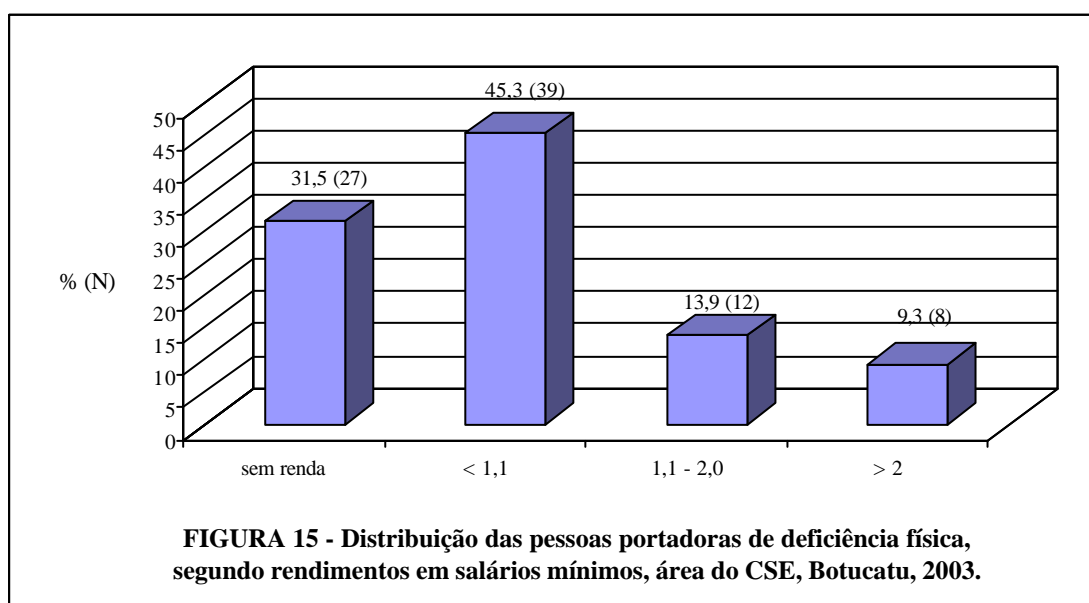


TABELA 9 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física com idade entre 15 e 65 anos, segundo posição na ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>Posição na Ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aposentados e pensionistas	25	42,3
Inválidos	17	28,8
Empregados com carteira assinada	5	8,5
Estudantes	3	5,1
Empregados sem carteira assinada	3	5,1
Autônomos	3	5,1
Do lar	2	3,4
Desempregados	1	1,7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Considerando a posição na ocupação das pessoas portadoras de deficiência física com idade economicamente ativa, temos que a categoria mais expressiva é a de aposentados e pensionistas. Esse número é de 42,3% entre as pessoas portadoras de deficiência, em seguida aparecem os inválidos (28,8%).

A distribuição do rendimento do portador de deficiência física com mais de 15 anos<sup>10</sup>, em salários mínimos, pode ser observado na figura 15.



<sup>10</sup> Foram excluídos 7 pessoas com menos de 15 anos

Média = 0,9 salário mínimo; Mediana = 1 salário mínimo; Desvio Padrão = 1,2 salários mínimos.

Em relação ao rendimento das pessoas portadoras de deficiência física, verificamos que 31,5% não possuem nenhuma fonte de renda e 45,3% recebem até um salário mínimo. O rendimento médio é de 0,9 salários mínimos, valor inferior ao rendimento médio das pessoas sem deficiência, aproximadamente três salários mínimos (IBGE, 2003).

Na tabela 10, temos a distribuição percentual da posição na família da pessoa portadora de deficiência.

TABELA 10 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo posição na família, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>Posição na família</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Filho	34	36,6
Pessoa responsável	30	32,2
Esposa	12	12,9
Irmão	5	5,4
Sogro	5	5,4
Cunhada	3	3,2
Pai	2	2,1
Mãe	1	1,1
Neto	1	1,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a posição na família é muito expressiva a proporção de filhos (36,6%). Em seguida, aparece a posição de pessoas responsáveis pelos domicílios (32,2%): esse fato está ligado à distribuição etária do grupo e é um fator importante, uma vez que as pessoas responsáveis pelos domicílios, geralmente, são os principais provedores de renda dentro da família.

### **As famílias...**

O enfrentamento das condições de vida é um esforço que se articula no espaço familiar e é influenciada pelo tamanho da família, ciclo vital, tipo de família, rendimento familiar, escolaridade e ocupação das pessoas responsáveis pela família.

Na tabela 11, temos a distribuição do tamanho das famílias das pessoas portadoras de deficiência física.

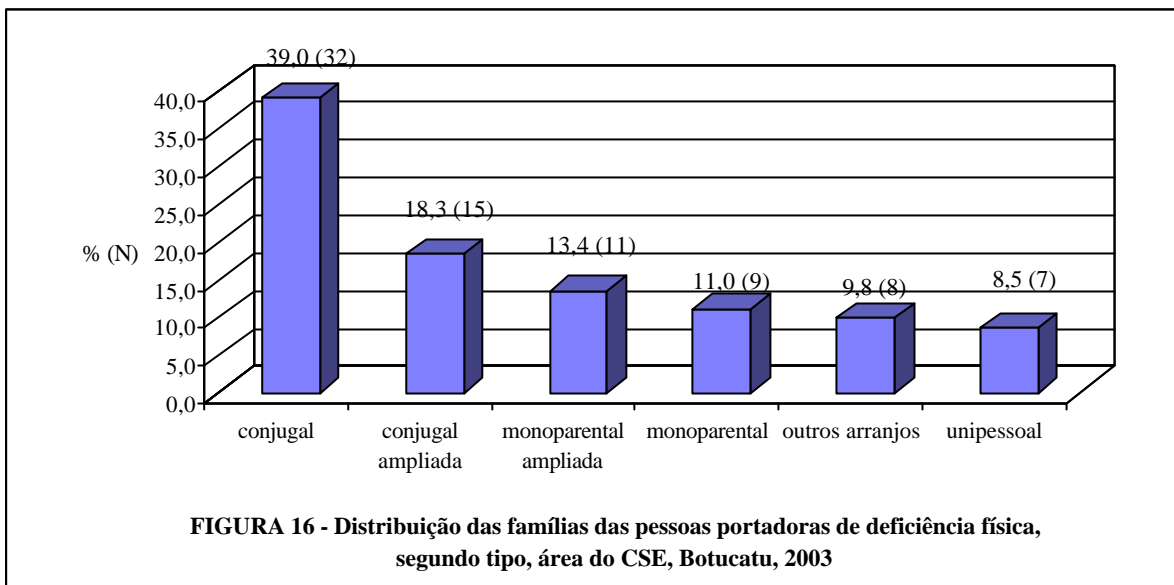
TABELA 11 - Distribuição das famílias das pessoas portadoras de deficiência física, segundo o tamanho da família, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>Tamanho da família</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	7	8,5
2	15	18,3
3	19	23,1
4	18	22,0
5	14	17,1
6 e mais	9	11,0
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Média = 3,2 pessoas; Mediana = 3,3 pessoas; Desvio padrão = 1,8 pessoas.

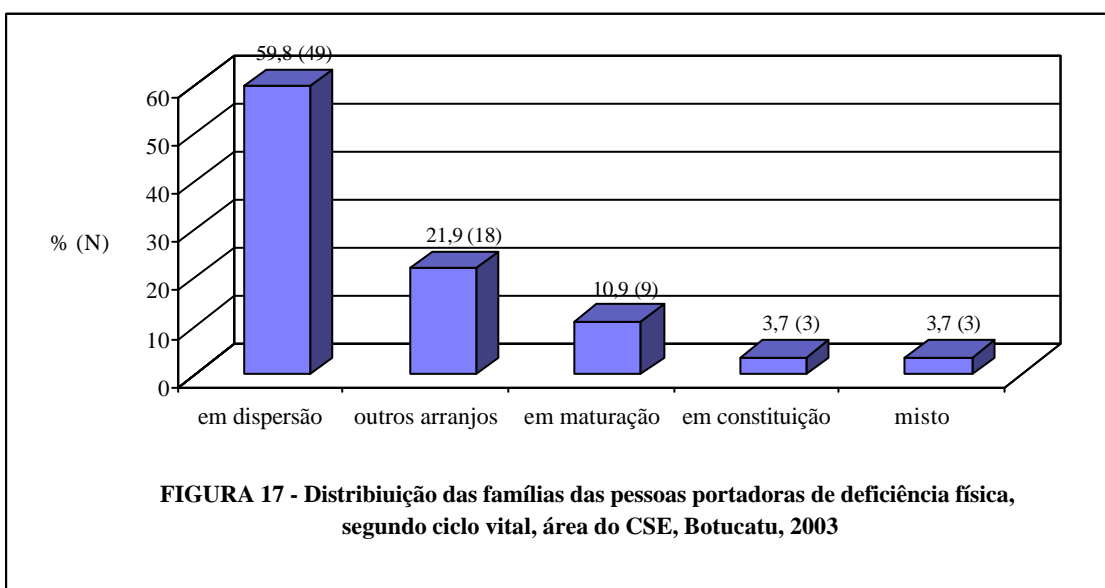
Quanto ao tamanho das famílias, foram encontrados números que variam de 1 a 10 pessoas, perfazendo um total de pessoas 262 e uma média de 3,2 pessoas por família, dado semelhante à média da área de abrangência do CSE, que em 2000 era de 3,3 pessoas.

As famílias das pessoas portadoras de deficiência física foram classificadas, quanto ao tipo como podemos observar na figura 16.



Em relação ao tipo de família, podemos notar que 57,3 das famílias são do tipo conjugal, proporção semelhante à média do interior do Estado, que era de 58 % em 1998 (SEADE, 1997). No entanto, 18,3% dessas são famílias ampliadas, sugerindo existir uma necessidade de agrupamento em função da sobrevivência, o que tem sido uma tendência observada na atualidade brasileira, apontada por estudiosos do assunto (GOLDANI, 1994).

As famílias das pessoas portadoras de deficiência física também foram classificadas de acordo com o ciclo de vida familiar, compreendido enquanto o momento das diferentes etapas de desenvolvimento da vida da família, isto é, constituição, maturação e dispersão (Figura 17).



Quanto ao ciclo vital, observamos que 59,8% das famílias se encontram em fase de dispersão, ou seja, composta por pessoas na faixa etária acima de 50 anos e sem a presença de alguns filhos. Verificou-se que aproximadamente 38%, dessas famílias em dispersão são do tipo ampliadas, o que era de se esperar, uma vez que grande parte dos portadores de deficiência é dependente para algumas atividades e necessita de um cuidador para auxiliá-lo.

No que diz respeito às diferentes atividades ocupacionais temos, na tabela 12, a distribuição da ocupação das pessoas responsáveis pela família, segundo categorias utilizadas por Caldas (2001).

TABELA 12 – Distribuição das pessoas responsáveis pela família, segundo ocupação, área do CSE, Botucatu, 2003.

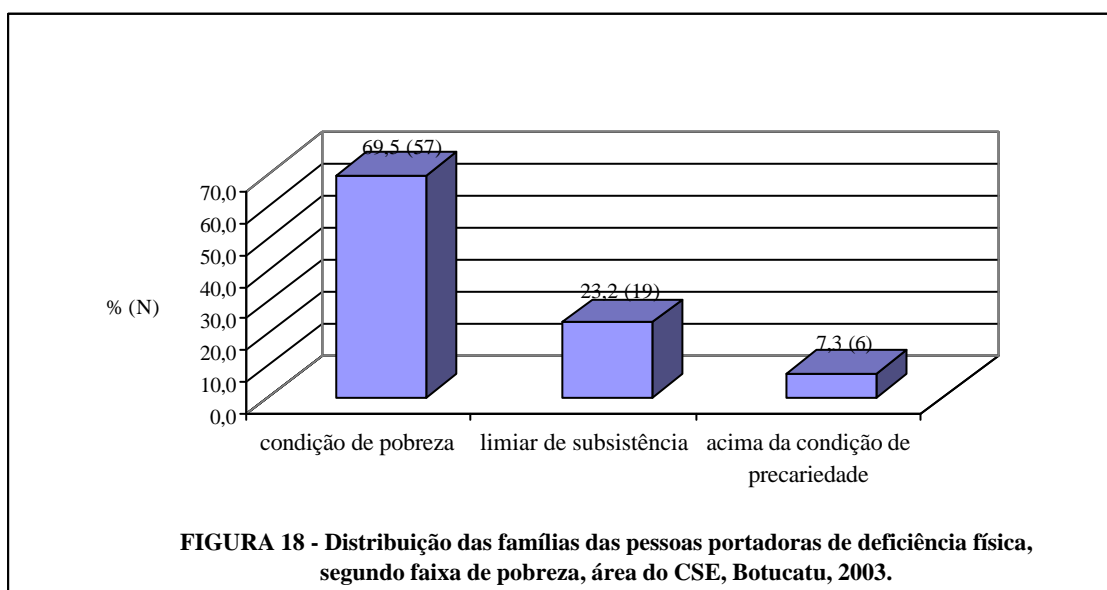
Ocupação	Atividades especializadas		Atividades semi-especializadas		Atividades não especializadas		Total
	N	%	N	%	N	%	%
Atividades de prestação de serviços de diversão, comunicação, educação, saúde e segurança	-	-	-	-	14	17,1	17,1
Atividades de gerência, direção, administração, comércio e escritório	10	12,1	14	17,1	4	4,9	34,1
Atividades produtivas e/ou predominantemente manuais	8	9,8	11	13,4	18	21,9	45,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>21,9</b>	<b>25</b>	<b>30,5</b>	<b>36</b>	<b>43,9</b>	<b>96,3*</b>

\* 3,7% das pessoas responsáveis pelas famílias exercem atividades predominantemente intelectuais

Considerando a ocupação das pessoas responsáveis pelas famílias, temos que 43,9% exercem atividades não especializadas e 30,5% atividades semi-especializadas. A tabela também mostra que 45,1% exercem atividades produtivas e/ou predominantemente manuais, tais como, carpinteiro, costureira, motorista, auxiliar de limpeza, ajudante de obra, servente, entre outras.

Em relação à posição na ocupação 61% são aposentados ou pensionistas, 4% são desempregados, 18,8% são trabalhadores formais e 11,6 %, trabalhadores informais.

Para identificar e qualificar as situações de pauperismo e não pauperismo das famílias utilizamos como parâmetro o rendimento familiar transformado em salários mínimos necessários *per capita*, possibilitando a classificação dessas famílias em faixa de pobreza: condição de pobreza - rendimento *per capita* menor que 0,25 SMN, limiar de subsistência - rendimento *per capita* entre 0,25 a 0,50 SMN e acima da condição de precariedade rendimento *per capita* maior que 0,50 SMN (figura 18).



De acordo com essa classificação, temos que 92,7% das famílias vivem em condição de precariedade, sendo que, 69,5% em condição de pobreza e 23,2% no limiar de subsistência. Apenas 7,3% das famílias vivem acima da condição de precariedade.

Esses dados apontam que as deficiências em Botucatu podem estar agravadas pelas condições sociais precárias e também pelas condições de acesso aos serviços de saúde, pelas condições de alimentação, e por uma maior exposição a ambientes de risco, como é o caso, por exemplo, das deficiências que têm como causa os transtornos congênitos e perinatais decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva, da desnutrição materna e infantil, das doenças infecto-contagiosas, da violência, entre outras.

### **As deficiências...**

As deficiências podem ser classificadas em adquiridas e congênitas. Nossa amostra revelou que 82,3% das deficiências físicas encontradas foram adquiridas e 17,2%, congênitas.

Nas deficiências adquiridas, um dos aspectos avaliados foi a fase do desenvolvimento em que se instalou (tabela 13), pois, segundo Kovacs (1997), em cada fase há aspectos críticos que serão afetados.

*“Na infância pode ter alterações no processo de aprendizagem; na adolescência podem ocorrer interferência no processo de aquisição da identidade, na busca vocacional, na redescoberta do corpo e da sexualidade; na vida adulta podem ser afetadas as relações profissionais, eventualmente interrompendo uma carreira em ascensão, perturbando a intimidade do casal, o planejamento da gravidez e a criação dos filhos. A velhice é uma fase propensa a várias doenças que resultam em incapacitação, que limitam a vida relacional e as atividades do cotidiano”.* (Kovacs, 1997, p. 95)

TABELA 13 - Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo a fase de desenvolvimento em que a deficiência foi adquirida, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>FASE DE DESENVOLVIMENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Infância	20	21,5
Adolescência	14	15,0
Adulto	40	43,0
Idoso	19	20,5
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

No caso estudado, verificamos que a maioria das deficiências se instalou na fase adulta (43%), o que confirma a hipótese de que as deficiências vão se instalando no decorrer da vida, e que, durante a reabilitação, a (re) inclusão no mercado de trabalho é uma questão importante a ser tratada. Uma vez que a reabilitação...

*“é um processo que visa conseguir que pessoas com deficiência estejam em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo a contar com meios para modificar sua própria vida e ser mais independentes... abrange uma ampla variedade de medidas e atividades, desde a reabilitação mais básica e geral até as atividades de orientação específica, por exemplo, a reabilitação profissional” (BRASIL, 2001, p.19).*

As deficiências adquiridas na infância têm como causa principal as doenças infecto-contagiosas (meningite e poliomielite), enquanto na adolescência aparecem em evidência os acidentes de trânsito. Na fase adulta, temos duas tendências: até os 40 anos o câncer, os acidentes de trânsito e trabalho; e a partir dos 40 anos, as doenças cerebrovasculares e os males crônicos degenerativos como artrites e artroses. A partir dos 60 anos, acrescentam-se as doenças de Parkinson e Alzheimer (RIBAS, 1985). No presente estudo, as causas das deficiências podem ser observadas na tabela 14.



TABELA 14 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo causas referidas e agrupadas, área de estudo, Botucatu, 2003.

<b>CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Doenças crônico-degenerativas</b>	<b>42</b>	<b>45,2</b>
AVC	12	12,9
Artrose	7	7,5
Alzheimer	4	4,3
Diabetes	4	4,3
Parkinson	3	3,2
Doenças degenerativas do SNC	3	3,2
Doenças circulatórias	3	3,2
Hérnia de disco	2	2,2
Câncer	2	2,2
Artrite reumatóide	1	1,1
Doenças degenerativas do SNP	1	1,1
<b>Transtornos congênicos e perinatais</b>	<b>16</b>	<b>17,2</b>
Paralisia cerebral	9	9,7
Malformações congênicas	6	6,4
Rubéola e toxoplasmose materna	1	1,1
<b>Traumas e lesões</b>	<b>15</b>	<b>16,1</b>
Acidente de trânsito	8	8,6
Queda	5	5,3
Acidente com objeto perfurante	1	1,1
Acidente com fogos de artifícios	1	1,1
<b>Doenças infecto-contagiosas</b>	<b>8</b>	<b>8,6</b>
Poliomielite	7	7,5
Meningite	1	1,1
<b>Outros</b>	<b>5</b>	<b>5,4</b>
<b>Não sabe</b>	<b>7</b>	<b>7,5</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Temos que a principal causa de deficiência encontrada, neste estudo, foram as doenças crônico-degenerativas, com uma maior prevalência dos acidentes vasculares cerebrais; os transtornos congênitos e perinatais aparecem em segundo lugar; em terceiro os traumas e lesões, principalmente por acidentes de trânsito; e as doenças infecto-contagiosas, em quarto, com predomínio da poliomielite. Neste último caso, todas as pessoas têm mais de 35 anos, indicando terem sido acometidas pela poliomielite antes de 1968.

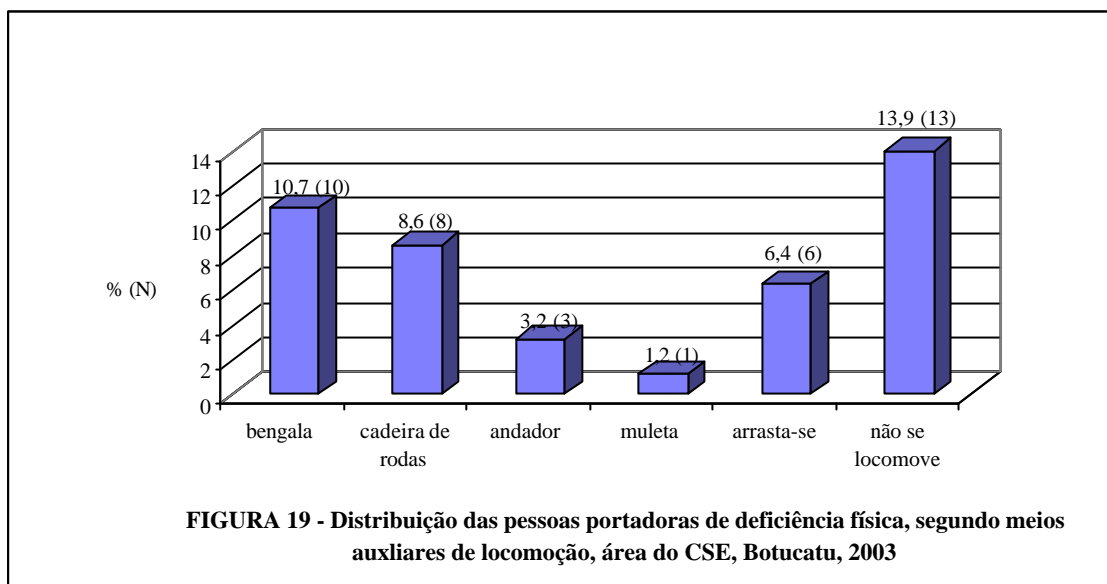
Considerando os tipos de deficiência identificados, vale destacar que a proporção de hemiplégicos é a mais expressiva (19,4%), em seguida temos as pessoas com seqüelas de doenças neuroevolutivas (16,1%) e osteoarticulares (10,7%), como vemos na tabela 15.

TABELA 15 – Distribuição das pessoas portadoras de deficiência, de acordo com o tipo de deficiência, área de estudo, Botucatu, 2003.

<b>Tipos de deficiências</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hemiplegia	18	19,4
Paraplegia	9	9,7
Tetraplegia	7	7,5
Amputação	6	6,4
Monoplegia	5	5,4
Outras seqüelas de doenças neuroevolutivas	15	16,1
Outras seqüelas de doenças osteoarticulares	10	10,7
Outras seqüelas de fraturas	9	9,7
Outras seqüelas incapacitantes em idosos	5	5,4
Outros não especificados	9	9,7
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Estima-se que nos EUA a proporção seja de 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes. Segundo a Divisão de Medicina de Reabilitação da UNIFESP 18% das pessoas que são atendidas naquela divisão são hemiplégicas e 17,8% são paraplégicas ou tetraplégicas (Brasil, 2003).

Podemos observar na figura 19 a distribuição percentual dos meios auxiliares de locomoção.



Em relação à forma de locomoção para pequenas distâncias, verificamos que 56% das pessoas portadoras de deficiência física não necessitam de nenhum meio para auxiliar a locomoção, 14,0% permanecem deitados a maior parte do tempo, 6,4% se arrastam ou engatinham e 24,6% utilizam bengala, muleta, andador ou cadeira de rodas.

É bastante expressiva, a proporção de pessoas portadoras de deficiência que utilizam o transporte coletivo (35%) para se locomover a longas distâncias, seguidas daquelas que utilizam carro próprio (28,7%), carro de outros (18,7%) e ambulância (12,5%).

Grande parte das pessoas portadoras de deficiência física tem acompanhamento médico (90,3%), entretanto o consumo de serviços de reabilitação é tênue, conforme podemos observar na tabela 16.

TABELA 16 – Distribuição das pessoas portadora de deficiência física, segundo consumo de serviços de saúde, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>CONSUMO DE SERVIÇOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>
<b>Médico</b>		
não	9	9,7
sim	84	90,3
<b>Dentista</b>		
não	66	71,0
sim	27	29,0
<b>Fisioterapia</b>		
nunca fez	34	36,6
está fazendo	12	12,8
fez parou por alta	21	22,6
fez parou por conta própria	26	28,0
<b>Terapia Ocupacional</b>		
nunca fez	85	91,4
está fazendo	4	4,3
fez parou por conta própria	4	4,3
<b>Fonoaudiologia</b>		
nunca fez	78	83,9
está fazendo	1	1,1
fez parou por alta	5	5,4
fez parou por conta própria	9	9,6
<b>Psicologia</b>		
nunca fez	74	79,5
está fazendo	13	14,0
fez parou por conta própria	6	6,5

Um estudo realizado por Nallin (1994), revelou que 80% das pessoas portadoras de deficiência física recebem apenas atendimento médico, e que 10% somente passam por um processo de reabilitação física e apenas 1% é encaminhado a instituições de reabilitação profissional. Segundo a Organização Mundial de Saúde, apenas 2% das pessoas portadoras de deficiência são atendidos pelos serviços de saúde, educação e trabalho. O estudo realizado por Pacheco (1999) mostrou que no município de Presidente Prudente a proporção é de 4%.

A Distribuição percentual dos serviços utilizados, segundo entidades mantenedoras, pode ser observada na tabela 17.

TABELA 17– Distribuição das pessoas portadoras de deficiência física, segundo entidades mantenedoras dos serviços utilizado, área do CSE, Botucatu, 2003.

<b>SERVIÇOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Médico</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>
SUS	77	91,6
Particular	3	3,6
Convênio	3	3,6
Filantrópico	1	1,2
<b>Dentista</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>
SUS	11	40,6
Particular	12	44,4
Convênio	3	11,1
Filantrópico	1	3,7
<b>Fisioterapia</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>
SUS	34	57,6
Particular	13	22,0
Convênio	3	5,1
Filantrópico	9	15,3
<b>Terapia Ocupacional</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
SUS	3	37,5
Particular	2	25,0
Convênio	0	0,0
Filantrópico	3	37,5
<b>Fonoaudiologia</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

SUS	4	26,7
Particular	3	20,0
Convênio	1	6,7
Filantrópico	7	46,7

<b>Psicologia</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>
SUS	12	63,1
Particular	2	10,5
Convênio	1	5,3
Filantrópico	4	21,1

O tratamento médico é feito em grande parte em instituições públicas mantidas pelo SUS, assim como a fisioterapia e a psicologia. O atendimento odontológico, em sua maioria, é feito em consultórios particulares, e as instituições filantrópicas são responsáveis por 46,7% do atendimento de fonoaudiologia.

### *As principais dificuldades...*

*“Se o mundo é injusto – ainda tem valor!  
E se a voz é fraca – ainda tem poder!  
Então, não pare o tempo, mas vem:  
há muito o que fazer ...  
Barreiras são tantas para destruir;  
Riquezas são muitas para se dividir;  
A luta está aí e tem-se um porquê p’ra ir...”*

José Eduardo Balikian

As dificuldades das pessoas portadoras de deficiência física foram categorizadas, conforme as repetições das respostas:

- dificuldades de mobilidade
- dificuldades nas atividades de vida diária
- dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- dificuldade financeira

Pelo que podemos perceber nos discursos, as maiores dificuldades encontradas pelas pessoas portadoras de deficiência física são aquelas relacionadas à mobilidade dentro do espaço urbano, tais como a falta de transporte coletivo adaptado, as calçadas com obstáculos e em mau estado de conservação, sem rampa de acesso, as escadas e as portas estreitas

*“a minha maior dificuldade é quando tenho que pedir ajuda para subir no ônibus com a cadeira de rodas, pois os degraus são muito altos”*  
*“falta de ônibus adaptados”*

Contudo, o problema de mobilidade é notório. Alguns estudos revelaram ser a dificuldade de utilização do transporte coletivo um elemento importante na exclusão das pessoas portadoras de deficiência.

Um outro problema apontado se refere às dificuldades que as pessoas portadoras de deficiência física encontram na realização das atividades de vida diária, como andar, comer, vestir e tomar banho. Essas dificuldades acontecem tanto pela limitação física, quanto pela falta de reabilitação, decorrente da dificuldade de acesso aos serviços apontados pelas pessoas entrevistadas, como se pode perceber a seguir.

*“fui para São Paulo, fazer fisioterapia na AACD, mas hoje não é mais possível, faço alguns exercícios sozinho em casa, mas não é a mesma coisa, poderia ter tratamento para gente nos postos”*

*“meus filhos não fazem mais tratamento, antes eles iam para a APAE, mas ficaram velhos”*

*“minha maior dificuldade é para fazer as coisas de casa, não posso tomar banho sozinho, nem andar na rua”*

Outro aspecto relevante e muito presente nas respostas foi à dificuldade que a família encontra para manter um cuidador em tempo integral. Esse cuidador, geralmente, é alguém da família: esposa ou filha, que abdica de suas atividades pessoais para auxiliar a pessoa com deficiência.

*“toda vez que tenho que ir a cidade preciso que minha filha me acompanhe, pela idade”*

*“preciso de ajuda para entrar e sair do ônibus”*

*“não consigo andar sozinho na rua, tenho medo de cair”*

*“a dificuldade é que a minha deficiência interfere e atrapalha a vida da minha neta, ela fica o dia inteiro cuidando de mim”*

Uma resposta que apareceu com frequência foi a dificuldade econômica enfrentada pela família, relacionada aos pequenos rendimentos, alto custo de medicamentos, equipamentos, órteses, fraldas, entre outras.

*“se tivesse dinheiro não teria nenhuma dificuldade”*

*“falta de dinheiro para pagar o aparelho e a cadeira”*

*“situação econômica”*

Vale destacar, também, algumas respostas que merecem ser retratadas, como a solidão, a dificuldade de inserção na rede regular de ensino, a dificuldade para encontrar emprego e para se manter nele.

*“a única escola que tem condições de atender minha filha, fica muito longe, e não tenho condução para levá-la”*

*“quando eu quis colocar minha filha na escola, a diretora disse que só era possível se eu a acompanhasse durante as aulas, porque a professora já tinha 50 alunos para cuidar”*

Esses problemas não são novidades: ainda que a legislação brasileira assegure à pessoa portadora de deficiência, o transporte coletivo adaptado, o acesso à educação, a saúde, e ao trabalho e a eliminação de barreiras arquitetônicas e sociais - as condições de vida e de saúde são precárias. As limitações físicas provocam a incapacidade na realização das atividades de vida diária, segregando a pessoa do convívio social e reduzindo as possibilidades de inclusão ou reinserção social.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os domicílios das pessoas portadoras de deficiência estão distribuídos em toda a área urbana de Botucatu, com uma tendência a se concentrarem em áreas de exclusão social.

Aparentemente, a prevalência estimada na área de abrangência do centro saúde escola é maior que a da população total do município.

Grande parte das deficiências físicas teve como causa principal as doenças crônico-degenerativas, com maior prevalência dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a hemiplegia o tipo de deficiência física mais expressivo.

Nessa pesquisa, observamos pessoas portadoras de deficiência física vivendo nas mais diversas situações econômicas e sociais. A maioria das famílias estava vivendo em condições de pobreza, e algumas em condições muito precárias, fazendo com que a deficiência nos parecesse secundária. Os benefícios de pensões ou aposentadorias mostraram-se importantes para a manutenção das famílias, embora insuficientes para fazer frente às despesas básicas para a sobrevivência com dignidade.

A maioria adquiriu a deficiência na fase adulta, recebem atendimento médico no SUS e não passam pelo processo de reabilitação funcional. Colocam que em Botucatu é muito difícil o acesso a esses serviços, que as filas de espera são grandes e o acesso ao local do serviço é difícil, uma vez que dependem de ônibus para se locomoverem e há apenas um microônibus adaptado. Também, encontram muitas barreiras arquitetônicas e geomorfológicas entre o serviço de saúde e a residência. Têm dificuldades na realização das atividades de vida diária e ressentem muito por não poder andar.

São fundamentais para a redução da incidência de deficiência, estratégias que visem à prevenção, envolvendo todas as faixas etárias, tais como: melhorar a qualidade do atendimento pré-natal, atentar para a necessidade de desenvolvimento de hábitos que

estimulem a modificação do estilo de vida, realizar programas de segurança no trabalho, investir na formação de recursos humanos para detecção precoce da deficiência.

Quando a deficiência já está instalada é preciso que a sociedade tome consciência das necessidades das pessoas portadoras de deficiência, possibilitando a inclusão social, mediante a facilitação do acesso aos serviços de reabilitação funcional, principalmente nos primeiros meses, a fim de estimular o desenvolvimento de habilidades, contribuindo para a autonomia e independência, assim como, prevenindo seqüelas e deformidades.

É importante também a promoção de programas que possibilitem à pessoa portadora de deficiência ter maior consciência de seus direitos e possibilidades, bem como, que estimulem a inclusão através da arte e do esporte: dança, música, pintura, artes plásticas, teatro, basquete, entre outras.

É necessário que o poder público fiscalize as empresas com mais de 100 empregados, para que seja cumprida a lei das cotas, assim como, promova a capacitação para o mercado de trabalho, a fim de que a pessoa portadora de deficiência possa competir equitativamente e restabelecer suas possibilidades de geração de renda.

Através dessa pesquisa, pudemos responder a algumas questões colocadas a princípio: quem são, onde estão e como vivem as pessoas portadoras de deficiências?

Em relação às dificuldades e necessidades, nos surpreendeu a constatação de que os anseios dos portadores de deficiência física agora verificados são diferentes daqueles manifestados na clínica de reabilitação. Para quem passa pelo processo de reabilitação, a independência ou dependência assistida nas atividades de vida diária é questão de tempo, treino e adaptação, por isso as dificuldades e necessidades manifestadas relacionam-se com a inserção social. No entanto, no grupo estudado, que em geral não tem acesso à reabilitação funcional, a incapacidade de realizar as atividades no dia a dia foi a principal dificuldade em determinados momentos.

Contudo por ser essa uma pesquisa descritiva, não fizemos análises com maior profundidade. Algumas questões ficaram para possíveis pesquisas futuras, tais como:

- As causas das deficiências em áreas de exclusão e inclusão social são diferentes?
- Quais são os serviços oferecidos aos portadores de deficiência física em Botucatu? Por quem os serviços são oferecidos? Qual o tamanho da fila de espera?
- Quantas pessoas portadoras de deficiência física estão fora da escola e do mercado de trabalho?
- E as barreiras arquitetônicas em Botucatu, estão sendo eliminadas, conforme a legislação?
- A sociedade está preparada para lidar com pessoas portadoras de deficiência sem estigmatizá-las?
- Qual o efeito da letalidade na prevalência de deficiência física em áreas de exclusão e inclusão social?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assis A M O, Barreto M L. Condições de vida, saúde e nutrição na infância em Salvador. Salvador: UFBA/Escola de Nutrição/Instituto de Saúde Coletiva, 2000.
2. Amaral L A. Intervenção "Extra Muros": resgatar e prevenir. In: Masini E A F S, Becker E, Pinto E B, Amaral L A, Kovacs M J, Amiralian M L T M. Deficiência: alternativas de intervenção São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997: 129-59.
3. Amiralian M L T M, Pinto E B, Ghirardi M I G, Lichtig I, Masini E A F S, Pasqualin L. Conceituando Deficiência. Rev. Saúde Pública 2000; 34: 97-103.
4. Araújo, L A D. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1997.
5. Barros M B A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. Rev. Saúde Pública 1986; 20: 269-73.
6. Barata R B (org.) Condições de Vida e Situação de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
7. Borrel C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barata R B. (org.) Condições de Vida e Situação de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997: 167-195
8. Brasil. Leis e Decretos. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Britânica do Brasil, 1989.
9. Brasil. Ministério da Ação Social. Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: CORDE, 1992.
10. Brasil. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção aa pessoa portadora de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Minis tério da Saúde, 1995.
12. Brasil. Ministério da Justiça. Normas e recomendações internacionais sobre deficiência. Brasília: CORDE, 2001.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de legislação da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
14. Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. Ciudad y muerte infantil. Quito: C.E.A.S., 1987.
15. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.
16. Bronfman M, Tuirán R A. La desigualdad social ante la muerte, clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuad. méd. Soc.; 1984 29/30: 53-75.
17. Caldas M L N L. Perfil de produção e consumo de desempregados: estudo da clientela do posto de atendimento ao trabalhador em Botucatu – SP. (dissertação). Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2001.
18. Carmo A A do. Deficiência Física: a sociedade brasileira cria, recupera e discrimina. Brasília: Secretaria dos Desportos, 1991.
19. Carvalho M S. Conceitos básicos de informação geográfica e cartografia aplicados a Saúde. Brasília: OPAS, 2000.
20. Chiesa A M, Westphal M F, Kashiwagi N M. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. Rev. Saúde Pública 2002; 36.
21. Clemente C A. Vencendo Barreiras. Osasco: Espaço da Cidadania, 2002.
22. Correr R. Deficiência e Inclusão Social: construindo uma nova comunidade. Bauru: EDUSC, 2003.
23. Dean A G. Epi-info, Version 6.04: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control, 1997.
24. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Definição e mensuração da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multissetorial.- extraído, com autorização, de publicação homônima – In: Barata R B. (org.) Condições de Vida e Situação de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997: 197-249.

25. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Disponível em: <http://www.seade.org.br> acesso em agosto de 2003.
26. Goldani A M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. São Paulo, *Cad. Pesqui.*, n. 91, p.7-22, 1994.
27. Ianni O. Marx. São Paulo: Ática, 1992.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados preliminares do Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.org.br> acesso em maio de 2002.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: resultado do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (CD ROM Botucatu)
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. (CD ROM São Paulo, parte 2, municípios com mais de 100 mil habitantes).
31. Kovacs, M. J. Deficiência adquirida e qualidade de vida – possibilidades de intervenção psicológica. In: Masini E A F S, Becker E, Pinto E B, Amaral L A, Kovacs M J, Amiralian M L T M. Deficiência: alternativas de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997: 95-125
32. Mello C A B. Eficácia das normas constitucionais sobre justiça social. *Revista de Direito Público* 1981; 57/58: 236-237.
33. Montali L. Arranjos familiares: o esforço coletivo para viver na grande São Paulo. *Cad. Pesquisa* 1990; 72: 58-69.
34. Montanari P M. Do limite da deficiência a superação da vida: jovens portadoras de deficiência física. (dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
35. Nallin A. Reabilitação em Instituição: suas razões e procedimentos. Brasília: CORDE, 1994.

36. Néri M C. Retrato da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: IBRE/FGV, 2003.
37. Organização Mundial de Saúde. CID-10 / Organização Mundial de Saúde; tradução Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. São Paulo: Edusp, 1999. v. 2.
38. Organização Mundial de Saúde. CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Centro colaborador da OMS para a família de classificação internacional – EDUSP, 2003.
39. Pacheco R D. Serviços oferecidos aos portadores de deficiência física em Presidente Prudente. (monografia). São Paulo: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista;1999.
40. Porto V M C. Saúde Bucal e Condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS – Bauru (SP), 1999. (dissertação) Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2002.
41. Prefeitura Municipal de Botucatu. Disponível em: <http://www.botucatu.sp.br> acesso em maio de 2002.
42. Ribas J B C. O que são Pessoas Deficientes. São Paulo: Nova Cultural - Brasiliense, 1985. (Primeiros Passos)
43. Ribas J B C. Pedágio – um estudo sobre portadores de deficiência física que trabalham como vendedores de Mentex nos semáforos da cidade de São Paulo. (tese). São Paulo: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 1997.
44. São Paulo. Procuradoria Geral do Estado. Grupo de Trabalho de Direitos Humanos. Direitos Humanos: legislação e jurisprudência. São Paulo: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, 2000.
45. Sasaki R K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
46. Silva O M. A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: Cedas, 1987.

47. Tissi M C Trabalho e inclusão social: depoimentos de pessoas com deficiências. Rev. Terapia Ocupacional 1999; 10: 11-16.
48. Velandia I C. Entre a vulnerabilidade e a exclusão: pessoas portadoras de deficiência física face a nova questão social. (tese). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.
49. Victora C G, Barros F C, Vaughan J P. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: HUCITEC 1988.
50. Victora C G, Facchini L A, Barros F C, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos em saúde infantil? In: ABRASCO. Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2 a 6 de setembro de 1990; Campinas, 1990. p. 302-15.