

**NATÁLIA CRISTINA ALVES**

**"O OUTRO NA CIDADE"**  
**deficiência, acessibilidade e saúde em**  
**Presidente Prudente-SP**



Presidente Prudente-SP

Julho, 2015

**NATÁLIA CRISTINA ALVES**

**"O OUTRO NA CIDADE"  
deficiência, acessibilidade e saúde em  
Presidente Prudente-SP**



Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Geografia da Universidade Estadual Paulista -  
FCT - Presidente Prudente-SP

**Orientador:** Profº Drº Raul Borges Guimarães

Presidente Prudente-SP

Julho, 2015

## **RESUMO**

O objetivo desta pesquisa foi estudar qual o contexto da acessibilidade à saúde da pessoa com deficiência motora em Presidente Prudente-SP, por meio da metodologia de Pesquisa Qualitativa e de procedimentos de captação de entrevistas por meio da História Oral Temática. Como resultado preliminar, a partir do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, pudemos detectar algumas características da distribuição geográfica e diferenças espaciais desses sujeitos, como por exemplo, a sua maior concentração nas áreas periféricas desta cidade. Posteriormente analisamos, a partir de informações captadas no trabalho de campo e realização de entrevistas, quais os contextos de acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência motora moradoras destas áreas periféricas considerando as barreiras de acessibilidade que a cidade possui, bem como, as dimensões que objetivam um contexto específico de saúde para esta população. Estes resultados nos permitiu avaliar que há nesta cidade a necessidade de um planejamento urbano que pense na inclusão social e ao espaço urbano, assim como, a necessidade de uma abordagem intersetorial na oferta de serviços em prol desta população, que também levem em consideração seus contextos. Para tanto, consideramos que a acessibilidade à saúde pode ser vista como uma forma de compreensão dos processos de produção e reprodução dos espaços urbanos contemporâneos, especialmente por que o uso e apropriação da cidade podem revelar inúmeras formas de desigualdades sócioespaciais e exclusão. Essa problemática pode ser percebida quando se analisa a acessibilidade a partir de pessoas com deficiência motora, pois elas possuem uma relação espaço-tempo e movimentos diferentes das outras pessoas, e a desigualdade na acessibilidade geralmente tem como marca a representação destes sujeitos como o outro na cidade.

**PALAVRAS CHAVE:** Geografia. Deficiência. Acessibilidade. Saúde. Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

This research aims to study the context of the accessibility to the health system by the disabled people in Presidente Prudente – SP. Based on the qualitative research methodology and interviews through the thematic oral history. As a primary result from the 2010 Census conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), it was possible to detect some geographical characteristics of the distribution and spatial differences of these subjects, such as its greater concentration in the peripheral areas of the city. By field work and interviews, it was analyzed what were the accessibility context of people with physical disabilities living at these outlying areas considering the accessibility barriers at the cities, as well as the dimensions aiming a specific context health for this population. These results allowed assessing that there is a need for urban planning that thinks about social inclusion and urban space in this city, as well as the needs for an intersectoral approach, supplying services in support of this people in their context. Therefore, we consider that accessibility to health system can be seen as a way of understanding the processes of production and reproduction of contemporaneous urban spaces, especially because the use and appropriation of the city can reveal many sort of spatial inequalities and social exclusion. This issue can be seen when looking at accessibility from people with motor disabilities that have a space-time relationship and different moves of others, and this difference often is characterized by its representation as the other ones in the city.

**KEYWORDS:** Geography. Disabilities. Accessibility. Health system. Qualitative Research.

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com alguma deficiência por área de Ponderação	44
Mapa 2- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência visual por níveis de dificuldade	45
Mapa 3- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência motora por níveis de dificuldade	46
Mapa 4- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência auditiva por níveis de dificuldade	47
Mapa 5- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência mental/intelectual por níveis de dificuldade	48
Mapa 6- Presidente Prudente-SP: Pessoas com deficiência e localização das unidades de saúde	63
Mapa 7- Presidente Prudente-SP: Mobilidade urbana cotidiana das pessoas com deficiência motora entrevistadas	108

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Instituições e projetos visitados	52
Quadro 2- Perfil das pessoas com deficiência motora entrevistadas	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Domicílios particulares permanentes, em áreas urbana, de 1/2 a 1 salário mínimo mensal domiciliar per capita e existência e características do entorno	103
--	-----

Tabela 2- Número de pessoas com deficiência cadastradas na SEMAV	111
--	-----

#### LISTA DE FOTOS

Foto 1- Escada da casa de M	105
Foto 2- Rampa íngreme na saída da casa de W	105
Foto 3- Rampa com elevação no centro de Presidente Prudente-SP	111
Foto 4- Calçada não uniforme com obstáculos no centro de Presidente Prudente-SP	111

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1- GEOGRAFIA E A MULTIDIMENSIONALIDADE DA DEFICIÊNCIA	5
1.1- Fundamentos legais	10
1.1.1- O desafio da acessibilidade	14
1.1.2- Direito universal à saúde	16
1.1.3- Pessoas com deficiência e o poder municipal	18
1.2- A multidimensionalidade da deficiência	21
1.3- Panorama demográfico da deficiência	25
CAPÍTULO 2- A REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO ESTUDO GEOGRÁFICO DA DEFICIÊNCIA	30
2.1- A Metodologia Qualitativa como possibilidade de apreensão da representação social de pessoas com deficiência motora na cidade de Presidente Prudente-SP	35
2.2- Em busca do recorte empírico	41
2.3- A deficiência motora e a voz dos colaboradores da pesquisa	50
CAPÍTULO 3- ACESSIBILIDADE À SAÚDE E OS CONTEXTOS DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA	61
3.1- Determinantes para a acessibilidade à saúde	72
3.1.1- Serviços e acessibilidade à saúde	72
3.1.2- Renda, trabalho e acessibilidade à saúde	80
3.1.3- Educação e acessibilidade à saúde	83
CAPÍTULO 4- PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA: O OUTRO NA CIDADE	88
4.1- Casa e acessibilidade ao espaço urbano	99
4.2- Bairro/entorno da casa e acessibilidade ao espaço urbano	103
4.3- Espaço urbano e acessibilidade	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	133
1- Roteiro para realização das entrevistas	134
2- Parecer de aprovação para desenvolvimento da pesquisa concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa	137



## **DEDICATÓRIA**

Às pessoas que entrevistei e suas famílias, pela colaboração no desenvolvimento desta tese e também pela confiança em depositar a mim suas vivências com a deficiência motora e acessibilidade à saúde;

Ao professor Raul Borges Guimarães, pelos 13 anos de orientação, apoio, palavras positivas e, por concluirmos juntos mais este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que a cada contato me renova as energias para continuar fazendo o meu trabalho com dedicação e de forma ética;

Às minhas amigas Franciane, Karime, Bia e Lucinete, pelo companheirismo. Nós somos prova de que a distância geográfica nunca poderá desfazer amizades verdadeiras;

Aos querid@s, Agnaldo, Núbia, Baiano, Jéssica, Fani, Tainá, Cirso, Jota, Marcio Catelã, Letícia, Heck, Gilmar, Nice, Mateus Fachin, Carol, João Bieli. Estou agradecida por meu caminho ter cruzado com o de vocês. As lembranças serão eternas!;

Aos companheir@s do Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde da UNESP de Presidente Prudente, pelos momentos de discussões científicas e também pelos de senso comum;

Ao amigo Oséias, pela amizade e por estar sempre disposto a dividir comigo o seu conhecimento, principalmente em programas de mapeamento;

À Professora Lica, pelo carinho e pela imensa colaboração no desenvolvimento deste trabalho;

Aos representantes das instituições que visitei, especialmente ao Douglas Kato (Coordenadoria da pessoa com deficiência), Milton (Condef), Roberto (Projeto Carona), Patrícia (Núcleo Têrê) e Maria José (Assistente social na área 12) pela disponibilidade para me atender, responder e discutir as demandas desta tese;

Aos Agentes de saúde Osvaldo (ESF Vila Líder, área 11) e Tim (ESF Guanabara, área 12) pela notória dedicação em prol da saúde da população que são responsáveis;

À família da entrevistada M, que me acolheu como mais um de seus membros e hoje minhas visitas são bem mais que para captar narrativas para a tese, são momentos em família;

Aos colegas do Projeto Carona, no qual sou voluntária. Vocês me inspiram pela dedicação e amor ao próximo;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro no período de trinta e nove meses, tempo pelo qual pude me dedicar exclusivamente à pesquisa.

**Meu corpo,  
não meu agente,  
meu envelope selado,  
meu revólver de assustar,  
tornou-se meu carcereiro,  
me sabe mais que me sei.**

**Carlos Drummond de Andrade**

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objetivo estudar o contexto da acessibilidade à saúde da pessoa com deficiência motora residente na cidade de Presidente Prudente-SP.

Depois de estudar a exclusão social de mulheres chefes de família (Monografia de Bacharelado em Geografia) e a questão de gênero a partir do contexto de vida de mulheres mastectomizadas (Dissertação de Mestrado), esta pesquisa de doutorado surgiu como mais uma proposta desafiadora e ainda pouco presente nas discussões da Geografia brasileira: estudar a acessibilidade à saúde de pessoas com deficiência motora por meio da Metodologia Qualitativa e História Oral Temática.

Para a fundamentação desta pesquisa, o aprofundamento bibliográfico foi muito importante. Houve um levantamento exaustivo dos estudos realizados sobre os temas, tais como acessibilidade, saúde, deficiência, corpo, pesquisa qualitativa e dados censitários. Para isto, foram consideradas as teses de doutorado, livros e principais bases de dados de artigos científicos, como SCIELO e ATHENA (Banco de Dados bibliográficos que reúne informações do acervo da Rede de Bibliotecas Universitárias), além da busca por referências internacionais. Para isto, o referencial teórico foi baseado em autores que analisam as dimensões explicativas da acessibilidade (institucionais, política, econômica, técnica e simbólica), articuladas com o a teoria da Deficiência e da Saúde.

Para desenvolvermos este estudo, partimos da análise de dados do Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para a confecção de mapas temáticos. Por meio deste mapeamento, foi possível identificar alguns padrões na distribuição geográfica das pessoas com deficiência, representada na sua maior concentração em áreas periféricas da cidade de Presidente Prudente-SP, o que explicaria em parte as condições de desigualdade na busca pela saúde.

Para tanto, consideramos que a deficiência, associada às limitações econômicas, sociais e políticas, deve ser considerada na contextualização geográfica da acessibilidade à saúde nos espaços urbanos, uma vez que estes espaços, nas sociedades contemporâneas, ainda não eliminaram as inúmeras barreiras que impedem o uso da cidade por esta população.

Tal tema já vem sendo tratado no campo da Geografia e áreas afins, com destaque para alguns trabalhos, no nível nacional, tais como: Resende (2004), Chagas (2007), Chaveiro e Neto (2009), Cunha (2012), dentre outros. Além destas obras de referência para a presente tese, são considerados alguns trabalhos, no contexto internacional, como os escritos de Chouinard (2010), Gleeson (1999), documentos da Organização Mundial da Saúde-OMS e da Organização das Nações Unidas-ONU.

Tendo em vista a discussão sobre os conceitos e questões já sinalizadas, e levantamento dos dados primários da pesquisa, guiamos nosso estudo através da pesquisa qualitativa com fontes orais, para compreender aspectos do cotidiano de acessibilidade à saúde de pessoas com deficiência motora que moram nas áreas com maiores percentuais, conforme o mapeamento supracitado. Acreditamos que, utilizando dessa metodologia, pudemos analisar mais profundamente como os sujeitos colaboradores da pesquisa pensam, agem e quais suas representações diante do uso do espaço urbano em busca de saúde. Assim, por meio desta abordagem metodológica, priorizamos não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também, a explicação e compreensão de sua totalidade, mesmo que provisória, a partir das falas destas pessoas.

A escolha de realização de entrevistas somente com pessoas com deficiência motora foi decorrência de sua relevância no contexto geográfico do estudo, o espaço urbano de Presidente Prudente-SP. Sendo assim, as entrevistas foram realizadas nas áreas de ponderação do mapeamento censitário do IBGE com maior percentual de pessoas com deficiência motora, mais precisamente as áreas 11 (12,34% quanto ao percentual sobre população total da área de ponderação e 1,28% em relação à população urbana total da cidade) e 12 (15,41% quanto percentual sobre população total da área de ponderação e 0,79% em relação à população urbana total da cidade).

O trabalho de campo primeiramente se concentrou em visitas às principais instituições que trabalham em prol das pessoas com deficiência em Presidente Prudente-SP. Concomitantemente às visitas nas instituições, foram realizadas sete entrevistas, todas elas com pessoas com deficiência motora moradoras das áreas de ponderação 11 (quatro pessoas entrevistadas) e 12 (três pessoas entrevistadas), indicadas pelas instituições visitadas. As narrativas foram colhidas na residência dos sujeitos através de entrevistas com roteiro semiestruturado (anexo 1), contendo

temas pertinentes para captar o universo dessas pessoas, tais como: deficiência, trabalho, mobilidade no transporte, acessibilidade, serviço de saúde, lazer, moradia, participação política e relação com o corpo.

As entrevistas foram gravadas, pois entendemos que esse procedimento permite captar por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância, que compõem a produção do sentido das falas e ideias (as pausas de reflexão, entusiasmo, alegrias, tristezas), bem como o aprimoramento na compreensão da própria narrativa. Para tanto, consideramos que a entrevista é o momento experienciado pelo pesquisador e o sujeito para obter informações sobre aquilo que se tem como problema.

Optamos, também, por identificar os colaboradores da pesquisa com as iniciais do primeiro nome, devido às especificações contidas no termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética da UNESP (Anexo 2), quais sejam: o de confidencialidade das informações e preservação das identidades.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e as narrativas registradas como histórias particulares, mas analisadas em conjunto para entendimento de dimensões transcendentais ao singular. Ou seja, a releitura destas narrativas se fez, não só quanto às representações, mas, igualmente, buscando nas falas o entendimento do todo, a partir de repetições de padrões apresentados pelas pessoas entrevistadas (RESENDE, 2004). E ainda tivemos por finalidade articular os dados empíricos com questões macrossociais (instituições, econômicas e sociais), considerando as experiências cotidianas dos colaboradores enquanto processos microssociais (acessibilidade, saúde, dentre outras).

A partir desses procedimentos metodológicos, obtivemos considerações importantes que ofereceram pistas para entender a acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência motora entrevistadas e indicações que possam servir de fundamento para outros estudos sobre o assunto, propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades.

Mais especificamente, através de informações apreendidas no trabalho de campo e realização das entrevistas, captamos quais os contextos de acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência motora residentes de áreas periféricas da cidade, considerando as barreiras de acessibilidade, bem como as dimensões que objetivam um contexto específico de saúde para esta população.

Estes resultados nos permitiram avaliar que há nesta cidade a necessidade de um planejamento urbano que pense na inclusão social e ao espaço urbano, assim como, a necessidade de uma abordagem intersetorial na oferta de serviços em prol desta população, que também levem em consideração seus contextos de vida.

A escassez de mobilidade urbana dessas pessoas também pode ser visualizada no mapa com os deslocamentos das pessoas entrevistadas (p. 109). Esse mapa foi confeccionado após as entrevistas e sua transcrição, e demonstra os principais trajetos realizados pelas pessoas com deficiência motora na área urbana de Presidente Prudente-SP.

Nesta tese consideramos que a falta de mobilidade urbana é causada pela pouca implantação de leis garantidas judicialmente, reduzida intersetorialidade, além de um contexto influenciado por determinantes que agravam a falta de acessibilidade à saúde. Portanto, para expor os resultados da pesquisa, a tese foi dividida em quatro capítulos (descritos abaixo), além das Considerações Finais, Referências Bibliográficas e Anexos.

No capítulo 1, “GEOGRAFIA NA/DA DEFICIÊNCIA”, apresentamos uma discussão sobre a multidimensionalidade da deficiência e seu debate na Geografia. E ainda argumentamos sobre a forma como esse debate teórico está vinculado à acessibilidade, à saúde, a dados censitários, e a marcos legais internacionais, nacionais e municipais.

Por meio do capítulo 2 “A REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO ESTUDO GEOGRÁFICO DA DEFICIÊNCIA”, discutimos sobre a importância da Representação Social, da Metodologia Qualitativa e da História Oral Temática como propostas pertinentes no âmbito da ciência geográfica, no que tange à captação de questões sobre o contexto das pessoas com deficiência motora.

Em “ACESSIBILIDADE À SAÚDE E OS CONTEXTOS DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA”, capítulo 3, fazemos a discussão sobre como determinantes de acesso a serviços, leis, renda, trabalho e educação, influenciam a acessibilidade à saúde destas pessoas.

E, por fim, no capítulo 4, “PESSOA COM DEFICIÊNCIA MOTORA: O CORPO DO OUTRO NA CIDADE”, procuramos fazer a análise sobre a mobilidade urbana do corpo com deficiência motora e sua relação com a acessibilidade a partir de uma análise multiescalar.

# **CAPÍTULO 1**

## **GEOGRAFIA E A MULTIDIMENSIONALIDADE DA DEFICIÊNCIA**

**"Se tivesse diagnosticado antes talvez não tivesse acontecido. Demorou muito... Mas eu não tinha nada! Era uma pessoa normal, andava, trabalhava." J**



O impacto das discussões acadêmicas e a pró-atividade dos movimentos vinculados à temática da deficiência ainda têm sido pouco avaliados na Geografia, tanto no que tange às mudanças efetivas no cotidiano da população de pessoas com deficiência, quanto em outras demandas, como na superação das inúmeras barreiras existentes no contexto geográfico desta população.

Para Gleeson (1999) as pessoas com deficiência nas sociedades ocidentais são largamente oprimidas pela produção do espaço, e isso acontece, em parte, devido à sua exclusão dos discursos e práticas que configuram as sociedades contemporâneas. E apesar da expressão espacial da exclusão social e discriminação vivida por muitas pessoas com deficiência, o seu interesse era marginal na Geografia até a década de 70. Este mesmo autor assinala que o longo silêncio da Geografia sobre esta dimensão tão profunda da experiência humana é particularmente desconcertante. Segundo ele: *“A deficiência é, simplesmente, uma experiência humana de vital importância que a Geografia não pode dar ao luxo de ignorar. A falta de colocar a deficiência como uma preocupação central só pode empobrecer a disciplina, teórica e empiricamente”* (GLEESON, 1999, p. 1).

Os debates iniciais sobre o tema foram denominados por Chouinard et al (2010) de "primeira onda". Neste início, as discussões eram centradas em uma concepção individualista de deficiência e uma falta de preocupação mais ampla com causas socialmente e espacialmente produzidas.

A Geografia só ampliou e aprofundou seu interesse nesses temas na chamada “segunda onda” de pesquisas, após 1990. Neste novo período, a investigação sobre a exclusão material e a discriminação nos espaços públicos tornou-se mais significativa, assim como a valorização da relação entre deficiência e espaço tornou-se mais complexa.

Assim, podemos destacar que a política da identidade na deficiência foi fundamental para a “primeira onda” de estudos. Já a investigação na “segunda onda” refletiu a ampliação e crescente complexidade do conceito de deficiência, levantando questões sobre identidade e cidadania e a possibilidade de comparação de processos históricos de experiências com a deficiência em variados espaços (GLEESON, 1999). Entretanto, para Chouinard et al (2010), apesar de geógrafos terem produzido trabalhos valiosos sobre a deficiência nos anos seguintes, temos ainda um longo caminho a percorrer para tornar a deficiência um tema relevante na agenda desta disciplina.

Neste contexto, cabe destacar alguns estudos desenvolvidos no âmbito da Geografia brasileira, os quais embasaram algumas discussões contidas nesta tese. A pesquisa de Resende (2004) analisa a questão da acessibilidade urbana da pessoa com deficiência em Uberlândia-MG. Por sua vez, Chaveiro e Neto (2009) avançam na proposta de procedimentos metodológicos para elaboração de políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência na cidade de Goiânia-GO. Por fim, o trabalho de Cunha (2012), desenvolvido no doutorado, relaciona a acessibilidade e a mobilidade de cadeirantes na cidade de São Luís-MA.

No presente trabalho, pretendemos estudar a acessibilidade de pessoas com deficiência motora à saúde na cidade de Presidente Prudente-SP, com o objetivo de analisar o espaço urbano e a Saúde Coletiva a partir da representação destes sujeitos. É, portanto, uma pesquisa que propõe superar a dicotomia entre estruturas objetivas e relações intersubjetivas, fazendo uma análise das representações sobre acessibilidade à saúde, destacadas pelos colaboradores da pesquisa, pois acreditamos que a apreensão do cotidiano vivenciado por esses sujeitos deve sempre ser contextualizada a partir de seus consensos e contradições.

Ao fazermos este recorte temático, pretendemos demonstrar que é possível uma compreensão mais clara das desigualdades de acessibilidade no espaço urbano, uma vez que os sujeitos representam e concebem tal espaço de forma singular. E como temos verificado em outros estudos, é possível considerar que a escala geográfica do corpo (com algum agravante de saúde) pode influenciar a produção e reprodução do espaço urbano, quando se procura a saúde (ALVES, 2010). Assim, buscamos explorar como alguns processos sócioespaciais podem dificultar em vez de reduzir as limitações dessas pessoas.

Gleeson (1999) coaduna com esta ideia de relação entre deficiência e aspectos dos contextos geográficos nos quais estão inseridos esses sujeitos. Para este autor, a deficiência está relacionada às experiências sociais de pessoas com alguma forma de debilitação física de um membro ou mecanismo do corpo, assim como a várias outras características humanas, tais como: idade, saúde, capacidade física e mental, ou ainda mesmo pelo status econômico, pela sua capacidade de promover algumas formas de restrição social ou privação material.

Nestes termos, acreditamos que a Geografia está apta para discutir e analisar tais questões do ponto de vista do contexto sócioespacial específico que as pessoas com deficiência podem produzir e representar. Essa Geografia da deficiência pode

operar em todas as escalas, do corpo à nação, discursando e definindo o que algumas pessoas devem ou não fazer, e assim podendo influenciar na estruturação de espaços físicos e institucionais e desenvolver a exclusão das pessoas, com o corpo “fora dos padrões”, das esferas da vida econômica, social, cultural, dentre outras (YOUNG, 1990). E, para eliminar essas práticas espaciais opressivas e também conhecê-las, primeiro é necessário explicar como e porque elas ocorrem (GLEESON, 1999).

Segundo Cosenza e Resende (2006), uma forma para se analisar essas questões está no estudo de como vivem as pessoas com deficiência nas cidades. Para essas autoras, as barreiras arquitetônicas e os preconceitos sociais manifestos em práticas sociais discriminativas e na ausência de políticas igualitárias, efetivas e colocadas em prática, podem agravar ainda mais as condições das pessoas que têm alguma deficiência. Pois, a inadequação do espaço físico tolhe o direito de ir e vir e de participação social, e reforça o entendimento da deficiência como um problema. Portanto, o problema não está no fato da pessoa ter uma deficiência, e sim no fato de suas necessidades e especificidades serem ignoradas na organização das cidades.

Nessa apreensão, o espaço urbano tem papel relevante na determinação das formas de ação e apropriação do espaço da vida de cada um, desde o entendimento sobre onde mora, estuda, que percursos diários realiza, até que tempo precisa dispor para realizá-los. E quando existe uma desigualdade dessa participação podemos dizer que as pessoas participam precariamente da vida urbana, ou seja, de forma incompleta (SPOSITO, 2013).

Percebemos assim um processo contraditório, em que as cidades contemporâneas tendem a produzir uma homogeneização das relações sociais em alguns espaços, mas por outro lado, criam também espaços de exclusão, em que a falta do contato físico e da circulação comprometem a escala do corpo no espaço urbano (SENNETT, 2003). Essas exclusões podem se materializar, fundamentalmente, no acesso à saúde pública. O corpo da pessoa com deficiência e sua busca por saúde, está intimamente relacionado às questões biológicas e culturais, mas também, é influenciado pelo seu fluxo no espaço da cidade.

Nesse sentido, Souza (2007) enfatiza que devemos incidir nos estudos referentes aos espaços urbanos da Geografia também a perspectiva dos seus habitantes e sua vivência cotidiana, deixando de apenas “olhar de longe” numa

“visão de sobrevoo” e trabalhar a interação entre as escalas do longe e do perto. De acordo com esse autor:

[...] a solução, por conseguinte, não consiste em substituir meramente, de maneira absoluta, o “olhar de longe” pelo “olhar de perto”, pelo “mergulho no cotidiano”, mas sim em combinar as escalas (de análise e de ação) de modo a não abrir mão de nenhuma, nem mesmo da dos “nanoterritórios” e dos pequeníssimos lugares cotidianos, tanto quanto combinar os olhares, o de perto e o de longe, aquele que permite “colocar-se de fora” (e à distância) com aquele que exige “estar dentro”. Assim procedendo, o “olhar de longe” será redimido de sua arrogância por meio do entrosamento solidário com o “olhar de perto/de dentro” (p. 111).

Caberia à Geografia, portanto, a compreensão das articulações entre essas escalas produzidas socialmente. A escala do urbano, por exemplo, não está dada a priori, mas é resultado de um jogo de forças entre diferentes atores sociais que procuram impor os seus interesses políticos. Aqueles atores que possuem maior mobilidade possuem o poder de “saltar escalas”, é o que defende Smith (2000).

Neste ponto, podemos afirmar que a escala do corpo, assim como a escala urbana, é socialmente construído. Ou seja, o lugar do corpo marca fronteira entre o eu e o outro, no sentido tanto físico quanto social, e para Smith (2000) é capaz de fazer a conexão entre os detalhes do cotidiano da reprodução social e a construção do espaço em diferentes escalas, tais como: da casa, do bairro (comunidade), da cidade, da região, da nação e do globo.

Para tanto, defendemos a ideia de que não se pode entender a deficiência pela deficiência em si, pois a lacuna dos estudos em saber como e onde vivem essas pessoas (contexto geográfico) no espaço urbano pode estar justamente na falta de relacioná-la com outras categorias que aumentam a sua desvantagem e inclusão nesse espaço, como por exemplo, acessibilidade, direito à saúde, dentre outras.

Mas, ainda que pequeno na academia e, particularmente, na Geografia, este enfoque temático tem sido ampliado no campo das políticas públicas. Isto é possível identificar, nos últimos anos, com o esforço cada vez maior na definição do marco regulatório, com base em leis, estudos e políticas voltadas às questões relacionadas à deficiência. Isto nos remete ao campo político da ampliação e garantia de direitos que resultaram na consolidação do arcabouço jurídico das ações para a integração e inclusão da pessoa com deficiência no Brasil.

As questões supracitadas são importantes e, principalmente para a Geografia, porque apesar das leis que garantem acesso a todos, as pessoas com deficiência encontram na vida cotidiana uma organização espacial que pode excluí-las da experiência urbana e da saúde. Para Travassos e Martin (2004), existe atualmente um descompasso entre a legislação e a legitimidade social colocada na prática.

Portanto, neste trabalho houve a necessidade de procurar referenciais que colaborassem no entendimento dessas questões e como os conceitos estavam embasados por legislação e documentos, nos permitindo, portanto, captar quais avanços apresentados no âmbito da temática por nós discutida.

### **1.1- Fundamentos legais**

No desenvolvimento desta tese, descobrimos a existência de uma gama de leis e marcos regulatórios que fundamentam o direito de inclusão da pessoa com deficiência. Essa realidade está de certa forma ligada aos intensos debates sobre o tema no âmbito internacional e nacional.

Abaixo destacamos as principais leis e documentos referentes à discussão contida nessa tese, iniciando com as de relevância geral até especificarmos as referentes à acessibilidade e à saúde. Posteriormente, destacamos algumas leis e documentos municipais específicos sobre esse tema em Presidente Prudente-SP.

Existe um consenso relativo entre aqueles que discutem o tema de que um dos debates preliminares que enfoca os direitos humanos e a igualdades de todos; não específico para pessoas com deficiência; mas no âmbito da não distinção entre as pessoas no direito e na liberdade, está assentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

De acordo com Nogueira (2008), esta Declaração é a base para diversos documentos que promovem a defesa da pessoa com deficiência. Para este autor esta foi a primeira manifestação internacional da Organização das Nações Unidas-ONU após a Segunda Guerra (1939-1945), e tinha como objetivo estabelecer um consenso acerca de uma “ética universal”, através da qual todos os países pudessem compartilhar valores básicos do bem comum e de garantia da dignidade humana.

Abaixo alguns capítulos desta declaração:

- Artigo 1: Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.
- Artigo 2: Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.
- Artigo 21, parágrafo 2: Toda pessoa tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

Já a Constituição Federal Brasileira de 1988, construída com base na declaração citada acima, destaca disposições específicas em relação às pessoas com deficiência. Moraes (2004) relaciona como principais as seguintes:

- Artigo 6: Reconhece como direitos sociais de toda a população a educação, a saúde, o trabalho e o lazer, entre outros;
- Artigo 7, inciso XXXI: Estabelece a proibição de discriminação de salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;
- Artigo 23, inciso II: Estabelece como competência comum dos governos, cuidar da saúde e assistência pública, proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;
- Artigo 37, inciso VIII: Determina que a Administração Pública destine percentual de cargos e empregos para as pessoas portadoras de deficiência;
- Artigo 203, inciso IV: Define como um dos objetivos da assistência social, a habilitação e reabilitação dos portadores de deficiência e a promoção de sua integração a vida comunitária;
- Artigo 208, inciso III: Garante que o papel do Estado à educação deverá ser exercido também através do atendimento aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;
- Artigo 227, paragrafo 1º, inciso II: Impõe ao Estado a criação de programas para prevenção e atendimento especializado aos portadores de deficiência e para a integração social do adolescente na mesma situação, através de

treinamento para o trabalho e a convivência, bem como a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos;

- Artigo 227, paragrafo 2º: Dispõe sobre lei que fixe normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado aos portadores de deficiência.

Assim, a promulgação da Constituição de 1988, resultado de um longo processo de luta pela redemocratização do Brasil, consolidou os direitos fundamentais de todos os cidadãos e pode ser considerada um marco importantíssimo no que tange os direitos das pessoas com deficiência.

Por sua vez, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência-CDPD realizada pela Organização das Nações Unidas-ONU em 2006 teve como objetivo promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência.

No documento resultante da CDPD está descrito que Deficiência é um conceito em evolução, mas pode ser definido como o resultado da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidade com as demais pessoas (RESENDE e VITAL, 2008). O Brasil assinou-a em 2007 e ratificou-a em 2008, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência.

Nestes termos, a partir da consolidação destes marcos regulatórios mais gerais e abrangentes, a questão da deficiência, durante esse processo, teve seu detalhamento nas leis ordinárias. De acordo com a Lei 7853/1989, as pessoas com deficiência têm assegurado sua efetiva integração social, sobre a responsabilidade para sua efetivação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE, que foi regulamentada pelo Decreto 3298/1999. Tal decreto também dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando normas de proteção e outras providências, tais como:

- Cabe aos Órgãos e às Entidades do Poder Público assegurar à Pessoa Portadora de Deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.
- Considera-se Deficiência, toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.
- Considera-se Incapacidade, uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa perceber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Nesta política ainda estão regulamentadas as seguintes questões: saúde, acessibilidade, educação, habilitação e reabilitação, trabalho, cultura, desporto, turismo e lazer.

Em vista deste acúmulo de normatizações do preceito constitucional da universalidade do direito, é possível compreender a consolidação do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Viver Sem Limite (Decreto 7612/2011), que se tornou um dos mais atuais documentos e tem como objetivo cumprir as demandas internacionais do Brasil perante a Convenção de 2006 a partir de quatro eixos temáticos. São eles:

- Acesso à educação: Investe em recursos e serviços de apoio à educação básica e compreende a busca ativa de alunos, transporte acessível, aprendizagem, acessibilidade e qualificação profissional;
- Atenção à saúde: Cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e contempla ações voltadas para a prevenção e reabilitação;
- Inclusão social: Desenvolve ações de participação social e de combate às desigualdades, visando a incluir as pessoas com deficiência na sociedade, tanto no trabalho, quanto no cuidado diário de pessoas em situação de pobreza;



- **Acessibilidade:** Busca acesso à tecnologia, informação e ao desenvolvimento tecnológico, moradia e aquisição de equipamentos.

Assim, podemos dizer que, de acordo com as legislações e documentos supracitados, já estão colocadas as bases, em âmbito internacional e nacional, da garantia de direitos às pessoas com deficiência.

### **1.1.1- O desafio da acessibilidade**

A acessibilidade é um tema recente nas discussões mundiais e muitos autores destacam seu início no ano de 1981, quando foi declarado o Ano Internacional dos Portadores de Deficiência pelas Organização das Nações Unidas.

Posteriormente, em 1982, a mesma Organização aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, ressaltando o direito das pessoas com deficiência a terem as mesmas oportunidades que as demais pessoas e a desfrutarem, em condições de igualdade, de melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e social (NEVES, 2006).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 incorpora esse debate e disciplina a acessibilidade quando assegura no Artigo 227, inciso II, sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir o acesso adequado às pessoas com deficiência.

Seguindo-se a ela, foram criadas outras leis essenciais para o desenvolvimento da cidadania e independência das pessoas com deficiência no Brasil por meio da concretização da acessibilidade, como as seguintes:

- Lei 10048/2000: Dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.
- Lei 10098/2000: Estabelece as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.
- Decreto 5296/2004: Regulamenta as duas ultimas leis de 2000 estabelecendo normas gerais e critérios básicos para a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providencias.

Outra lei brasileira que contribuiu para a implementação da acessibilidade, foi a NBR 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT, que detalha os critérios e parâmetros para construção e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade; tornada lei a partir do Decreto 5296/04. Esta lei define a Acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, de edificações, espaços, mobiliário, equipamento urbano, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

Já a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência-CDPD de 2006, ao ter reconhecido o modelo social como paradigma para conceituar as pessoas com deficiência, embasou também a consolidação da acessibilidade como princípio fundamental para que as pessoas com deficiência concretizem seus direitos fundamentais em todos os aspectos de suas vidas, assegurando a legitimidade e a implantação da acessibilidade como um direito fundamental.

Em seu artigo 9, esta convenção descreve que os Estados estarão obrigados a tomar medidas apropriadas para assegurar a sua efetivação, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.

Reconhece-se, assim, com essa legislação, a importância da acessibilidade tem o intuito de possibilitar às pessoas com deficiência desfrutar do direito de utilizarem dos espaços de forma plena e livre de barreiras, concretizado no direito de ir e vir a todos os lugares que necessitarem.

Segundo esse contexto de discussões, é preciso também destacar a inegável relação entre acessibilidade e acesso, segundo a qual, a primeira pode possibilitar o fim concreto da segunda. Verdadeiro é que não podemos falar de uma sem mencionar na outra. Portanto, para acabar com as disparidades de acessibilidade e acesso à saúde, é necessário o reconhecimento, no âmbito das políticas nacionais de assistência médica, de que as pessoas com deficiência enfrentam desigualdades nessa área.

### 1.1.2- Direito universal à saúde

Na Carta que funda a Organização Mundial da Saúde-OMS, em 1946, se reconhece como princípio fundamental o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e define Saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Tal concepção logo se demonstrou insuficiente para a apreensão da saúde em sua complexidade, uma vez esta abordagem a concebe como uma forma de equilíbrio ou como um bem, numa harmoniosa relação entre os seres humanos e seu entorno (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa (Canadá), buscou-se uma concepção mais abrangente da saúde, considerando-se o direito às condições mínimas para a existência humana: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2007).

No contexto brasileiro, procurou-se também discutir uma visão mais complexa da saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, definindo-a como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, antes de tudo, a saúde é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida. Esta definição mostra que para se conseguir atingir um ótimo nível de saúde é necessária a ação conjunta de vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde (NEVES, 2006). Portanto, em resumo, podemos observar até aqui que a definição de saúde vem ampliando-se e incorporando diversas dimensões da vida humana.

Na Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. E este é o princípio que norteia a rede de serviços de saúde pública brasileira e suas práticas, o Sistema Único de Saúde-SUS.

No âmbito internacional, de acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (SEDPcD, 2012), foi a Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde-CIF, divulgada pela Organização Mundial da Saúde-OMS (World Health Organization-WHO) em 2001, que avançou na compreensão e na mensuração da deficiência em relação à saúde. Esta classificação foi desenvolvida através de um longo processo envolvendo acadêmicos, médicos clínicos, e o mais importante, pessoas com deficiência. Especificamente, a CIF enfatiza os fatores ambientais para a criação de deficiências e os problemas de funcionalidade humana e são categorizados em três áreas interconectadas:

- Funcionalidade: Alterações das estruturas e funções corporais o que significa problemas de funções corporais ou alterações de estruturas do corpo;
- Incapacidade: Limitações ou dificuldades para executar certas atividades devido à disfunção adquirida ou genética;
- Limitações: Restrições à participação em certas atividades devido a dificuldades encontradas no ambiente.

No Brasil, o Ministério da Saúde-MS, através da Portaria 1060/2002, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta política está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde-SUS, reconhecendo-se a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no país. Assim, define, como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências. Dentre suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão (Federal, Estadual e Municipal), incluindo-se as parcerias interinstitucionais, são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços.

Por fim, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006, no seu artigo 25, dispõe sobre a Saúde. Neste artigo, os Estados reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar o melhor estado de saúde

possível, sem discriminação baseada na deficiência. E deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar a estas pessoas o acesso aos serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação.

Em vista do embasamento legal que fundamenta o direito à saúde das pessoas com deficiência, podemos dizer que a prevenção dos problemas de saúde associado às deficiências se enuncia como uma questão de planejamento direcionado a grupos específicos e de atenção a fatores ambientais e sociais, e que pode assim reduzir a incidência dos problemas de saúde que geram ou agudizam a deficiência (SEDPcD, 2012). Foi neste contexto que, em março de 2006, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde-MS, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde-CNDSS. Esta comissão tem como principais objetivos: produzir conhecimento e informações, avaliar políticas e atuar junto a sociedade civil nos assuntos relacionadas aos determinantes sociais da saúde relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha.

A criação da CNDSS é uma resposta ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde desencadeado pela OMS, que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health-CSDH) com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde.

Tal agenda coloca a geografia no centro do debate, uma vez que não se pode pensar a equidade sem sua contextualização no tempo e no espaço. É por isto que no desenvolvimento da presente tese foi preciso analisar de que modo estes preceitos mais gerais ganharam forma e conteúdo no lugar vivido pelas pessoas com deficiência motora, entrevistadas, residentes do município de Presidente Prudente-SP.

### **1.1.3- Pessoas com deficiência e o poder municipal**

Os termos postos pelas legislações internacionais permite-nos destacar as competências de cada esfera de poder para o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão das pessoas com deficiência. No âmbito do Brasil, de acordo com a

definição da Constituição Federal do Brasil de 1988, o nível de poder mais próximo do lugar da vida cotidiana é o municipal.

De acordo com Moraes (2004), são atribuições constitucionais dos municípios, ao que se refere aos temas desta pesquisa, a promoção adequada do ordenamento territorial, mediante o planejamento e controle do uso, parcelamento e ocupação do solo urbano. Também cabe aos municípios, a organização e prestação, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços de interesse local, incluindo o de transporte coletivo, assim como a manutenção e prestação de serviços de atendimento à saúde da população, em cooperação com a União e Governos estaduais.

Pudemos perceber que realmente todas essas resoluções estão contidas na Lei Complementar 151/2008 que dispõe sobre a Lei do Plano Diretor do Município Presidente Prudente-SP. Assim, fica claro que ao poder municipal é reservado à competência de criar condições para o encontro e as relações entre pessoas diversas, assegurando aos seus habitantes o espaço da cidadania quanto à garantia de acesso as funções sociais e básicas da cidade, como trabalho, moradia, transporte, saúde, educação, dentre outras.

Diversas leis traduzem, no nível local, o fundamento legal da problemática da deficiência. A Lei 7991/2013, por exemplo, consta sobre a criação de Coordenadorias Municipais e em seu capítulo 3 dispõe sobre a criação da Coordenadoria Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, vinculada diretamente à Secretaria Municipal de Assistência Social. De acordo com esta lei, cabe a esta secretaria municipal exercer as funções que contribuam para a adequada condução das políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e de suas famílias.

Outro marco regulatório importante para a política local é o Decreto 23695/2013, que cria o Programa de Identificação, Mapeamento e Cadastramento do Perfil Socioeconômico para Inclusão das Pessoas com Deficiência-Inclui Prudente. Tendo por base os dados do Censo de 2010 e o percentual de pessoas com deficiência da cidade, o intuito do programa é de fomentar políticas públicas eficazes, com inclusão à saúde, educação, assistência social, esporte e lazer, cultura e no mercado de trabalho. Para isto, aponta-se como necessário a identificação e cadastramento dessas pessoas mediante informações quantitativas e qualitativas das mesmas através de cadastro on-line.

Cabe, também, destacar aqui, a adesão do município de Presidente Prudente-SP no Eixo de Inclusão Social do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Viver Sem Limite (BRASIL, 2014) mediante o desenvolvimento do projeto Residência Inclusiva-Tterê Acolher. Este projeto tem por objetivo o atendimento de até 10 pessoas, jovens ou adultos, em situação de dependência e sem condições de autosustentabilidade, promovendo acompanhamento delas por 24 horas.

E em 2014, foi pronunciado o Plano de Mobilidade Urbana do Município de Presidente Prudente-SP, apresentando um diagnóstico completo da situação na cidade, objetivando a integração entre os diferentes modos de transporte e a melhoria da acessibilidade e mobilidade das pessoas e cargas no território deste município.

Este plano coaduna com a Lei Federal 12587/2012, que instituiu as Diretrizes para a Política Nacional de Mobilidade Urbana, e determinou que os municípios que tenham uma população de mais de 20.000 habitantes, no prazo máximo de três anos desenvolvam atividades técnicas para efetivação do Plano Municipal de Mobilidade Urbana-Plano Diretor.

De acordo com o redator do relatório, o arquiteto Edson Marchioro, as medidas adotadas no desenvolvimento deste Plano de Mobilidade Urbana estão alinhadas com o Projeto de Reestruturação do Transporte Coletivo, ao Projeto de Tratamento dos Pontos Críticos, com o Projeto Calçada Legal e o Projeto da Rede Cicloviária Integrada, para assim direcionar o desenvolvimento da cidade de forma organizada, priorizando o pedestre, a pessoa com deficiência, ciclistas e o transporte coletivo

Já quanto à temática de acessibilidade à saúde, além da legislação sobre saúde no âmbito nacional, o município deve seguir e promover os princípios da Lei 8298/2013, que estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes com necessidades especiais e com mobilidade reduzida que já sejam cadastrados em alguma das Unidades de Saúde de Presidente Prudente-SP.

Assim, podemos perceber que cabe ao poder local a promoção do adequado ordenamento territorial e fazer cumprir as funções sociais da cidade, possibilitando acesso e garantindo o direito à moradia, aos serviços e equipamentos urbanos, ao transporte público, ao saneamento básico, à saúde, à educação, à cultura e ao lazer

e, notadamente, o acesso ao meio físico a todos que vivem no município, pois é ele o lugar mais próximo da vida do cidadão (LEITE, 2011b).

A partir dessa contextualização dos marcos regulatórios que balizam a discussão desta tese, é possível destacar que o Brasil possui uma importante legislação no âmbito dos direitos das pessoas com deficiência; fundamento legal que teve inegável influência da discussão internacional sobre tais assuntos. Mas, ainda existe um desafio para implementar esse arcabouço legal que só será realmente posto em prática quando houver um entendimento do problema como uma questão social, econômica e política.

A integração destas dimensões da vida humana não é possível sem sua concretude espaço-temporal, ou seja, sem considerar sua geografia. E, além disso, enquanto não houver um movimento de conscientização e participação da sociedade no intuito de vencer as barreiras físicas e subjetivas ainda impostas às pessoas com deficiência.

Por isso, acreditamos que a Ciência Geográfica pode colaborar nas discussões sobre a operacionalidade do conhecimento científico através de metodologias (como, por exemplo, a metodologia qualitativa), que acrescentem maior compreensão às necessidades humanas, contribuindo com novas ferramentas interpretativas para decodificar o mundo imediato das pessoas (NOSSA, 2008). Afinal, não podemos deixar de perceber que há uma dimensão geográfica na vida da pessoa com deficiência.

Mas, por outro lado, observamos que muito mais do que trazer o ambiente na condição de sua organização em termos de forma e infraestrutura, cabe termos em mente a experiência da deficiência como resultante da interação de muitos fatores, quais sejam: biológicos, sociais e ambientais.

## **1.2- A multidimensionalidade da deficiência**

Para muitos autores (DINIZ, 2007; CHAVEIRO e NETO, 2009; MELLO e NUERNBERG, 2012), a categoria deficiência exige uma abordagem multidisciplinar do seu entendimento, por ser complexa, dinâmica e multidimensional. Por isso, nas últimas quatro décadas, o movimento das pessoas com deficiência, juntamente com



inúmeros pesquisadores das Ciências Sociais e da Saúde, têm se empenhado no avanço da discussão desta temática.

A transição de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social, denominada como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social”, no qual as pessoas são vistas como deficientes na relação com a sociedade e não devido a seus corpos com alguma deficiência, pode ser considerada como avanço real e significativo no debate sobre a deficiência (CHAVEIRO e NETO, 2009). Verifica-se, portanto, a emergência de novas formas de trabalhar essa categoria, no intuito de superar vieses assistencialistas e segregadores, bem como incorporar avanços da ciência e anseios dos movimentos sociais em prol de pessoas com deficiência.

Pesquisas do Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência-IBDD (2009), organização não governamental sem fins lucrativos, consideram que a situação de exclusão social na qual estão inseridos os deficientes, é decorrente do descaso do poder público e da desinformação por parte de diferentes setores da sociedade. Isto permite que as pessoas com deficiência enfrentem diariamente problemas que prejudicam o exercício de sua cidadania e mesmo sua sobrevivência, como a inacessibilidade a transportes coletivos, o desemprego e a discriminação.

Talvez por esse motivo, organizações mundiais vêm se modificando e se adaptando para acompanhar a forma com que a sociedade se relaciona com a parcela da população que apresenta algum tipo de deficiência. Como por exemplo, a divulgação da CIF em 2001 pela OMS. Pois, esse instrumento de avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social, entende a deficiência como um resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação a partir de conceitos como incapacidade e barreira. Ideia que pode ser entendida como um avanço na perspectiva de se compreender o indivíduo e os fatores contextuais e pessoais no âmbito da saúde (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

As pessoas com deficiência são diferentes e heterogêneas, como todas as outras pessoas, e o ambiente que cada uma se relaciona tem enorme impacto sobre a experiência e a extensão da sua deficiência. Dessa forma, pode-se dizer que espaços inacessíveis potencializam deficiências ao produzir barreiras à participação e inclusão.

Inclusão esta que vem da proposta do paradigma dominante a partir dos anos 70, o Paradigma de Suporte, o qual foi adotado em função do incômodo representado pelo Paradigma de Institucionalização que pretendia promover o cuidado com as pessoas deficientes por meio do seu afastamento da sociedade inserindo-as em instituições especializadas e, posteriormente, a partir das contradições do Paradigma de Serviços que defendia a integração desta população pela autonomia e produtividade, que inúmeras críticas, pois muitas pessoas com deficiência não poderiam ser inseridas neste modelo devido não poder trabalhar por causa das incapacidades ocasionadas pela deficiência (DINIZ, 2007).

Dentro deste contexto foi se configurando, gradativamente, um novo paradigma de relação entre a sociedade e as pessoas com deficiência, denominado de Paradigma de Suporte (ARANHA, 2001). Este último modelo busca uma análise mais ampla sobre a deficiência, que rompa com o assistencialismo e promova os conceitos de independência e empoderamento das pessoas com deficiência, com intervenções necessárias ao ambiente para o acesso a espaços comuns a todos, numa sociedade inclusiva. Não obstante, foram tais pressupostos que basearam a fundamentação de documentos importantes como o resultante da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Viver sem Limite.

Para garantir essa caracterização, é necessária a disponibilização de suportes de diferentes tipos (social, econômico, físico e instrumental), cuja função reside em favorecer a inclusão social. Cabe ressaltar que nesses termos a inclusão é o processo de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e cabe à sociedade a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado (ARANHA, 2001, p.19).

Portanto, este Paradigma coloca a necessidade de não só o indivíduo deficiente mudar e se adaptar à sociedade (integração), mas de a sociedade também mudar e promover ajustes para o processo do desenvolvimento do sujeito e de reajuste da realidade social para a vida deste na sociedade (inclusão). Assim, podemos dizer que esta concepção converge para um ponto central: o de que a deficiência envolve uma multiplicidade de dimensões e fatores de origem socioeconômica, cultural, familiar, individual e institucional (CHOUINARD et al, 2011).

Diniz (2007) destaca que é um fenômeno recente compreender a deficiência como um estilo de vida, ou seja, como mais uma forma da diversidade humana. Mas, diferentemente de outros modos de vida, a deficiência reclama o direito de estar no mundo e o maior desafio para a concretização desse direito é o fato de que se conhece pouco sobre a deficiência. E esse contexto, para essa autora, é resultado do processo histórico de opressão e exclusão social dos deficientes, uma vez que a deficiência foi confinada a esfera doméstica e privada das pessoas.

Para tanto, a autora supracitada defende o modelo social descrevendo que este possibilitou a compreensão da deficiência como uma expressão da diversidade humana, um argumento poderoso para desconstruir uma das formas mais brutais de opressão já instituídas, o desprezo pelo corpo deficiente. Mas também destaca que, ainda conhecemos pouco sobre a diversidade de estilos de vida dos deficientes, e vai além, dizendo que em mais de 30 anos do Modelo Social, poucos cientistas sociais se dedicaram ao tema.

Nesse sentido, podemos considerar que urge a necessidade da análise sobre deficiência que configure a multiplicidade subjacente ao conceito. E como Chouinard (1997) coloca mais claramente, há a necessidade de uma nova pesquisa geográfica sobre a deficiência que:

“[...] não só desestabilize a discriminação [ou seja, a opressão], explique processos sociais e seus resultados, mas também considere como tal conhecimento pode ser usado para novas lutas políticas contra ambientes que excluem e marginalizam as pessoas com deficiência.” (p. 380).

Evidentemente, como todo tema que necessita de muito debate para se fortalecer, a questão da deficiência causa polêmica e críticas quanto à sua concretude enquanto conceito. Glesson (1999) destaca que aqueles que lutam em prol da melhor conscientização sobre a deficiência têm sido criticados, geralmente por serem em sua maioria brancos, homens e heterossexuais. E aqueles que estudam o tema são acusados de não reconhecer a heterogeneidade das diferentes formas de deficiência (por exemplo, surdez, lesões na coluna vertebral), assim como a forma que os outros eixos de diferença, tais como gênero e classe, se cruzam com a identidade de deficiente (BUTLER e PARR, 1999).

Portanto, entendemos que Deficiência é o resultado de um relacionamento complexo entre as condições de saúde de um indivíduo e os fatores pessoais e

externos. Já para Diniz (2007) este é um conceito guarda-chuva para lesões, limitações de atividades ou restrições de participações. Entretanto, o fato mais importante é que a Deficiência passou a ser um fenômeno de múltiplas causalidades, o qual, apesar de ainda se encontrar no universo biomédico, se expandiu para outros domínios, como proposto inicialmente pelo Modelo Social. Para essa autora, isso demonstrou que o Modelo Médico não era suficiente para entender a experiência da deficiência e a contribuição do Modelo Social foi notável no conteúdo da CIF.

Nesse sentido, introduzir os fatores ambientais na relação da produção da deficiência foi muito positivo, pois eles constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Esse componente inclui itens referentes a produtos e tecnologia; ambiente natural; apoios e relacionamentos como a família imediata, cuidadores e assistentes sociais; atitudes individuais e sociais; normas e ideologias; serviços, sistemas e políticas de previdência social, saúde, educação, trabalho, emprego, transportes, dentre outros (BUCHALLA e FARIAS, 2005). Assim, antes de tudo, existe a necessidade primeira de saber quem somos, quantos somos, como vivemos, disse um participante com deficiência visual numa palestra do I Simpósio internacional de estudos sobre a deficiência que esta pesquisadora assistiu em junho de 2013.

Por isso, cientes que a discussão feita sobre deficiência aqui exposta é apenas uma parcela dos debates nos movimentos, na academia e em outros espaços que se preocupam com o tema; vamos, no próximo item, descrever sobre a deficiência à luz de dados atuais, como forma de fomentar as discussões desta tese.

### **1.3- Panorama demográfico da deficiência**

De acordo com as estimativas da Pesquisa Mundial de Saúde e Carga Global de Doenças (SEDPcD, 2012), a população em 2010 seria de 6,9 bilhões de habitantes (estimativa correta devido o mundo chegar a 7 bilhões de pessoas em 2011, de acordo com a ONU) e mais de um bilhão de pessoas, ou seja, cerca de 15% da população mundial estaria vivendo com alguma deficiência. Além destas informações, essa pesquisa reconhece que existem disparidades entre indicadores

de deficientes entre países de maior renda e menor renda e entre zonas urbanas e rurais e entre o sexo dessas pessoas (SEDPcD, 2012).

Nos países da América Latina e do Caribe, informações do censo atualizado permitem traçar um primeiro mapa de pessoas da região com deficiência, embora as comparações sejam difíceis, dadas a heterogeneidade de procedimentos e perguntas dos censos entre os países (CEPAL, 2012). Estima-se que a população com deficiência entre 2000 e 2011 nesta região era aproximadamente mais de 66 milhões de pessoas, o equivalente 17,8% da população da América Latina e do Caribe. Em mais da metade dos países, a taxa de prevalência de mulheres com deficiência é maior que dos homens, especialmente após os 60 anos. Além de mulheres, os grupos populacionais mais vulneráveis e com maiores taxas de deficiência são os idosos, populações rurais, indígenas, afrodescendentes e as pessoas com rendimentos mais baixos (CEPAL, 2012).

Especificamente falando do Brasil, as investigações estatísticas sobre pessoas com deficiência, sofreram modificações ao longo dos levantamentos censitários para se adequar a evolução do conceito de deficiência já discutido no tópico anterior. Além do Censo Demográfico 2010, o tema esteve presente no primeiro levantamento censitário brasileiro, em 1872, e nos Censos Demográficos 1890, 1900, 1920, 1940, 1991 e 2000, porém, com mudanças nos conceitos utilizados ou na formulação das perguntas, o que não permite a comparabilidade direta entre esses levantamentos (VITAL, 2007).

Por isso, a formulação das perguntas sobre pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 do Brasil envolveu estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, em conjunto com os países do MERCOSUL, para avaliar o conjunto de perguntas propostas pelo Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics-GW). Esses estudos se dividiram em um Teste Cognitivo e uma Prova Piloto Conjunta (IBGE, 2012).

Os resultados do Teste Cognitivo e da Prova Piloto Conjunta sobre Pessoas com Deficiência forneceram subsídios para a elaboração definitiva das perguntas no Questionário da Amostra do Censo Demográfico 2010. Simplificaram-se as perguntas dos domínios visual, auditivo e motor, ficando sua redação como “Tem dificuldade permanente de...?”. Essa redação permitiu uma melhor captação da percepção do informante acerca de sua deficiência e respectivo grau de severidade.

Para a deficiência mental, em conformidade com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência-SNPD, acrescentou-se à redação da pergunta a deficiência intelectual, também visando à melhor captação dessa parcela da população (IBGE, 2012).

Essas adaptações, desde o Censo 2000, garantiram um grau aceitável de comparabilidade com o de 1991, ao mesmo tempo em que marcou uma transição para uma nova forma de registrar informações sobre a deficiência no país. As perguntas levaram em conta a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), com foco e ideias referenciadas no Modelo Social de pensar a deficiência (VITAL, 2007).

No Censo Demográfico 2010 realizado pelo IBGE, as perguntas formuladas buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora com seus graus de severidade (não consegue de modo algum, grande dificuldade, alguma dificuldade, nenhuma dificuldade), através da percepção da população sobre sua dificuldade em enxergar, ouvir e locomover-se, mesmo com o uso de facilitadores como óculos ou lentes de contato, aparelho auditivo ou bengala, e a deficiência mental/intelectual.

De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), por meio dos resultados do Censo 2000, neste ano no Brasil existia um índice de 14,5% de pessoas com deficiência, aproximadamente 24,6 milhões da população, apresentam alguma limitação física ou sensorial. Ainda segundo esses dados, as zonas urbanas se destacam com aproximadamente 20 milhões de deficientes e a zona rural com cerca de 4,6 milhões.

Já os resultados do Censo Demográfico 2010 apontaram a população total do Brasil com número de 190.755.799. Sendo que, 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas correspondendo a 23,9% da população brasileira. Mais especificamente por deficiência temos: deficiência visual com 18,8% das respostas, deficiência motora 7%, deficiência auditiva 5,1% e deficiência mental/intelectual 1,4% das pessoas. E não tendo nenhuma dessas deficiências 145 milhões (76,1%). Dessas pessoas, 38,4 milhões de pessoas vivem em áreas urbanas e 7,1 em áreas rurais. Sendo que 25,8 milhões (26,5%) mulheres e 19,8 (21,2%) são homens.

Os dados do censo mostraram também que a deficiência atinge as pessoas em qualquer idade, algumas pessoas nascem com ela, outras a adquirem ao longo da vida. Mas, o segmento das pessoas com deficiência tende a ser composto por

peças mais velhas, podendo refletir o processo de envelhecimento da população brasileira, cujo índice passou de 19,8% em 2000 para 30,7% em 2010.

Quanto às regiões do país, ainda de acordo com dados do censo 2010, a região Nordeste teve a maior taxa de prevalência (número total de casos existentes numa determinada população durante um determinado espaço de tempo) com 26,3% de pessoas com pelo menos uma das deficiências, tendência que foi mantida desde o Censo de 2000, quando a taxa foi de 16,8% e a maior entre as regiões brasileiras.

As menores incidências (número de casos novos numa determinada população durante um determinado espaço de tempo) ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente. Entre os estados brasileiros, a maior incidência da deficiência ocorreu nos estados do Rio Grande do Norte e da Paraíba, com taxas de 27,76% e 27,58%, respectivamente, bem acima da média nacional de 23,9%. As mais baixas ocorreram no Distrito Federal e no Estado de São Paulo, com 22,3% e 22,6%, respectivamente.

Mudanças realizadas pelo IBGE no método de investigação das deficiências podem ter causado parte do aumento de 12,4 pontos percentuais sobre o número de pessoas com deficiência, mas, mesmo assim é possível identificar determinadas tendências do Censo 2000 que se mantiveram no Censo 2010. A prevalência continuou maior na faixa etária de 65 ou mais anos de idade, além de apresentar um crescimento de 13,7 pontos percentuais. Aumento que pode ser atribuído tanto ao crescimento populacional como ao crescimento da população acima de 65 anos.

Entretanto, de acordo com as proposições inseridas no Relatório Mundial Sobre a Deficiência (SEDPcD, 2012), dados sobre todos os aspectos da deficiência e seus fatores contextuais são importantes para se construir um quadro completo da deficiência. Afinal, sem informações sobre como os problemas particulares de saúde em interação com as barreiras ambientais e os elementos facilitadores afetam as pessoas nas suas vidas cotidianas, é difícil determinar o escopo da deficiência.

Portanto, embora os países possam precisar de informações sobre as deficiências para ajudar a elaborar serviços específicos ou para detectar ou evitar discriminação, a utilidade de tais dados é limitada, porque as taxas de prevalência resultantes não são indicativas de toda a extensão e relação que a deficiência tem com outros fatores.

Assim, entendemos que, apesar da importância dos dados censitários, somente verificando os contextos sócioespaciais é possível compreender o cotidiano vivenciado pelas pessoas. Por isso, a Geografia pode contribuir para melhor compreender essas “outras possibilidades” de leituras e vivências espaciais, sociais, econômicas e políticas. A deficiência é, assim, não apenas questão de saúde ou um problema fisiobiológico. É um fenômeno complexo, refletindo a interação entre as características do corpo com deficiência, congênita ou adquirida, de uma pessoa e os aspectos sociais e de infraestrutura física da sociedade na qual ela vive.

Para tanto, alguns autores como, Gleeson (1999), Valentine (2001), Silva (2003), Resende (2004), Lima (2006), Chagas (2007), uma das possibilidades de avançar nesta discussão pode ser advinda, principalmente, de maior debate do assunto nos meios acadêmicos, o que proporcionaria maior conhecimento e divulgação, favorecendo assim a diminuição da segregação e maior inclusão.

A partir dessas considerações, enfocamos a necessidade da abordagem metodológica qualitativa para apreensão das representações das pessoas com deficiência motora e a busca pela saúde na cidade Presidente Prudente-SP, através de trabalho de campo e captação da História Oral Temática. sendo a escolha dessa abordagem metodológica feita não só para a compreensão de comportamentos, mas, ao mesmo tempo, considerando a inserção desses sujeitos em seu grupo social, o que está submetido a muitas outras influências, tais como: economia, saúde, lazer, trabalho, acessibilidade, educação, dentre outras. Portanto, com esta abordagem é possível a análise destes atores sociais a partir de suas representações, assim como as expressões geográficas deixadas pelos mesmos no processo de produção e apropriação do espaço urbano de Presidente Prudente-SP.

Não obstante, o Relatório Mundial sobre a Deficiência (SEDPcD, 2012), diante da problemática da deficiência e a importância da inserção desta na agenda de discussões mundiais, sugere como possibilidade de aprofundamento do conhecimento sobre a deficiência em âmbito global, a introdução de mais pesquisas qualitativas. Neste documento está descrito que a experiência da deficiência resultante da interação de problemas de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais varia muito. Portanto, para compreender as experiências vivenciadas por estas pessoas, mais pesquisas qualitativas se fazem necessárias, uma vez que elas podem viabilizar dados generalizáveis, como também demonstrar contextos específicos sobre a deficiência.



## **CAPÍTULO 2**

# **A REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO ESTUDO GEOGRÁFICO DA DEFICIÊNCIA**

**“Muitos falam que não vem aqui pra não ver o jeito que estou! Eu respondo: mas eu não morri! Vocês não vêm porque não quer vir. Eu não tenho nada. Eu sou um vaso que Deus quebrou e está refazendo aos poucos. Sou feliz, tenho uma família boa.” AA**

A teoria das representações sociais procura compreender como os indivíduos, inseridos em seus respectivos grupos sociais, constroem, interpretam, refletem e representam o mundo em que vivem. Assim entendidas, as representações sociais são a materialização de que os diversos grupos fazem acerca do que conseguem apreender sobre as conexões histórico-sociais e espaciais que realizam. E mais que isso, também operam por meio da influência de processos mais gerais das estruturas sociais, econômicas e políticas. Por isso, consideramos que este conceito é muito relevante para nos ajudar na análise da acessibilidade da pessoa com deficiências motora à saúde em Presidente Prudente-SP.

Para Minayo (2010) existem 3 correntes filosóficas principais que discutem a epistemologia, metodologia e o método da Representação Social nas Ciências Sociais:

- Positivista: destacado na teoria de representações coletivas de Durkheim (1978) e sua proposta de objetividade do pesquisador e do papel da coerção como absoluto na influência das representações;
- Fenomenológica: representada por Schutz (1987), que enfatiza os significados da noção de senso comum e experiência cotidiana em determinado contexto;
- Dialética Marxista: em que Marx e Engels (1984) discutem o papel das representações focalizadas na análise das ideologias determinadas pelas contradições existentes entre forças de produção e a sociedade.

Entretanto, para esta autora, mesmo abordando métodos diferentes de enfoque da Representação Social, essas correntes possibilitam destacar um consenso sobre esta categoria, o da importância de se compreender as representações sociais para se entender a realidade social.

A partir desta perspectiva, Moscovici (1998) denota às representações sociais as várias facetas das relações interpessoais no cotidiano. Muito mais que uma observação ou opinião sobre o mundo, o ato de representar é a expressão de uma internalização da visão de mundo articulada, que gera modelos para a organização da realidade (Apud GIL FILHO, 2003).

Para Kozel (2009), caberia à Geografia das Representações compreender os processos que submetem o comportamento humano, tendo como premissa de que é

adquirido por meio de experiências (temporal, espacial e social), existindo uma relação direta e indireta entre essas representações e as ações humanas. As representações em Geografia constituem-se em criações individuais ou sociais de esquemas mentais estabelecidos a partir da realidade espacial inerente a uma situação ideológica, abrangendo um campo que vai além da leitura aparente do espaço (classificado e hierarquizado) realizada pela observação, descrição e localização. Assim, “[...] a aparência e a essência implícitas na organização espacial se integram, permitindo desvendar como as sociedades a utilizam e transformam, a partir das relações sociais, políticas e econômicas que estabelecem” (KOZEL, 2009. p. 216).

Embora esta abordagem signifique uma perspectiva inovadora, ela não é aceita por muitos geógrafos, por não considerarem o estudo do senso comum como válido e científico, passíveis de serem incorporadas à pesquisa geográfica, vendo nisso uma fragilidade que comprometeria a cientificidade de uma pesquisa, pois está vinculada a visão de mundo de quem a interpreta. Entretanto, acreditamos que a Geografia, ao incorporar essa vertente, é enriquecida com novas problemáticas que a tornam mais relevante, principalmente em relação ao enfoque ambiental e sociocultural. Centrar as análises nos atores sociais e suas experiências cotidianas não se resume à subjetividade, pois esses atores não podem ser estudados e interpretados aos pedaços. As pessoas materializam a realidade e suas vertentes pelas representações (KOZEL, 2009).

GIL FILHO (2003) descreve claramente a concretização da relação entre espacialidade, subjetividade e objetividade por meio das representações dos sujeitos:

“Refere-se a uma instância da experiência da espacialidade originária na contextualização do sujeito. Sendo assim, trata-se de um espaço simbólico que perpassa o espaço visível e nos projeta no mundo. Desta maneira, articula-se ao espaço da prática social e de sua materialidade (p. 2514). [...] O espaço de representação é o reino da esfera consensual, e a expressão da esfera reificada da consciência coletiva, o momento em que o atributo de ser uma coisa se torna típica realidade objetiva. Sua prática cotidiana é a própria representação, e sua expressão é o condicionamento do poder exercido [...] é o espaço vivo, lócus da ação e das situações vivenciadas. É relacional em percepção, diferencialmente qualitativo e dinâmico e de natureza simbólica (p. 2519)”.

Para Minayo (2010), as representações sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial, frequentemente contraditórios, ele possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade.

O senso comum é fruto da vivência das contradições que permeiam o dia a dia das classes sociais, e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Ou seja, o senso comum possui possibilidades de transformação e resistência, não apenas se submetendo aos contextos, mas também sendo capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos (MINAYO, 2010).

Porém, é importante ressaltar que representações sociais não conformam a realidade em si, e não podemos tomá-las como verdades absolutas, reduzindo a análise de um processo ou fenômeno social à concepção que os atores fazem dele. Existe uma mediação da linguagem do senso comum e cada época e cada grupo social tem seu repertório de formas de discurso, determinado pelas relações de produção e pela estrutura social, econômica e política. Desta forma cada sociedade tem um discurso sobre aquilo que produz e reproduz, sobre saúde-doença e sobre corpo, que corresponde a coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Neste caso, é essencial que as categorias saúde e doença estejam abertas para a compreensão das ações humanas, das relações entre indivíduo, a sociedade, as instituições e seus mecanismos de direção e controle (MINAYO, 2010).

Herzlich (1991), ao discutir a representação social no campo da saúde-doença, afirma que esta não é apenas um esforço de aplicação de um saber, mas uma questão de sentido, que emerge a partir de uma desordem que adquire significação, a doença. E a centralidade da doença seria explicada por ser um componente que ameaça ou modifica, profundamente, nossa vida individual, social e coletiva. Para esse autor, as representações sociais são fruto da vivência de contradições que permeiam o dia a dia das classes e grupos sociais (apresentando, portanto, tanto elementos de dominação como de resistência) e estão mediadas pela atuação da corporação médica, principais agentes da prática e do conhecimento na área da saúde. Considera ainda que, embora as representações sociais mais

abrangentes para a sociedade revelem a visão de mundo de uma determinada época (as concepções das classes dominantes), cada grupo social faz dessa visão uma representação particular de acordo com sua posição social.

Para tanto, a contextualização dos resultados mediante as determinações das representações será considerada de extrema importância para ajudar a conhecer a realidade dos sujeitos pesquisados, uma vez que as representações sociais, mais especificamente da saúde e da doença, estão relacionadas às nossas visões do biológico e do social e são, portanto, enraizadas na realidade social e construídas historicamente pela sociedade e manifestadas em representações coletivas (HERZLICH, 1991).

Do ponto de vista da deficiência, a partir da gradual inserção de outras ciências nos debates sobre incapacidade, um espaço político-conceitual tem sido aberto para a reconsideração de como a saúde, a doença e a deficiência se relacionam (GLEESON, 1999) e ainda perpetuam representações sociais sólidas, principalmente quando se analisa o aspecto físico-biológico desta questão. De acordo com Oliver (1996), a partir de 1990 tem se reconhecido que existe tanto uma oportunidade como uma necessidade para um modelo de deficiência novo, que possa abranger uma ampla faixa de experiências sobre deficiência em diferenciados contextos.

Não obstante, além da teoria, as representações sociais proporcionam também um método de trabalho e de pesquisa, que podem ser utilizados em temas diversificados no âmbito das Ciências Sociais e de forma interdisciplinar. Neste caso, a inclusão desta perspectiva no estudo de temas da Geografia é muito pertinente, devido às representações sociais permitirem trabalhar a historicidade do espaço, suas formas e seus conteúdos, a objetivação em sua relação com a subjetividade, classificar e compreender a contextualização dos discursos e ideologias sociais, econômicas e políticas (PELUSO, 2003).

Portanto, consideramos que, ao analisarmos as condições sociais, econômicas e políticas dos contextos geográficos de acessibilidade das pessoas com deficiência motora e sua busca por saúde, podemos compreender melhor suas experiências e representações sobre as condições de facilitação ou de limitação dessa acessibilidade pelo espaço urbano do município de Presidente Prudente-SP.

## **2.1- A Metodologia Qualitativa como possibilidade de apreensão da representação social de pessoas com deficiência motora na cidade de Presidente Prudente-SP**

A partir da necessidade de aprofundarmos a discussão sobre os conceitos e questões já sinalizadas, e de obter os dados primários, guiamos nosso estudo, principalmente, através da Pesquisa Qualitativa com fontes orais, para apreender narrativas de pessoas com deficiência motora que vivem em Presidente Prudente-SP. Acreditamos que utilizando dessa metodologia podemos analisar mais profundamente como pensam, agem e quais as representações manifestadas diante dos contextos de acessibilidade à saúde dessas pessoas.

Assim, por meio desta abordagem metodológica, priorizamos não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também, a análise e compreensão de sua totalidade, mesmo que provisória. No âmbito da pesquisa social crítica, essa atitude metodológica possibilita uma observação detalhada dos relatos dos sujeitos e pode ser analisada à luz de considerações estruturais e históricas mais amplas. Mesmo que a capacidade explicativa do fenômeno esteja limitada no tempo e no espaço, a sociedade está em movimento constante, e não podemos nos contentar em utilizá-la numa perspectiva unicamente descritiva, sem estabelecer hipóteses precisas quanto a seus efeitos complexos numa situação dinâmica (RICHARDSON e WAINRINGHT, 1999).

É preciso destacar também a utilização do enfoque histórico-dialético para a Pesquisa Social, e na perspectiva desse trabalho, uma vez que empregando essa metodologia é possível aprofundar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas dimensões e suas qualidades. Por isso, defendemos e utilizamos a Pesquisa Qualitativa para se entender melhor as realidades mais complexas, pois, o pesquisador orientado por esse enfoque tem ampla liberdade metodológica para realizar seu estudo e aprofundar o entendimento de populações específicas, devido seus procedimentos de caráter mais flexível, entretanto não menos científicos que outras vertentes metodológicas (TRIVIÑOS, 2009).

Para Minayo (2010), uma boa análise histórico-dialética em pesquisas com Metodologia Qualitativa dos fenômenos de saúde precisa enfatizar as diferenciações e a complexidade das relações sociais, as diferenças e contradições entre suas

práticas e concepções e incluir outras variáveis que dizem respeito à experiência vivida no espaço e no tempo, na busca por uma totalidade provisória onde se articulam concessões, conflitos, subordinação e resistência. Além disso, esta autora destaca que a análise das representações sociais nesta perspectiva é central para a prática da Pesquisa Qualitativa, tanto para a realização de entrevistas como para a observação de campo.

Nestes termos, Creswell (2014) destaca que as problemáticas de estudo em Pesquisa Qualitativa incluem tópicos das ciências sociais e humanas e uma de suas características hoje é o profundo envolvimento em questões de grupos marginalizados. Para esse autor, conduzimos Pesquisa Qualitativa porque: um problema ou questão precisa ser explorado de forma mais complexa e detalhada; devido à necessidade de estudar um grupo ou população e identificar variáveis que não podem ser medidas facilmente ou escutar vozes silenciadas e; porque queremos compreender os contextos ou ambientes em que os participantes de um estudo abordam um problema ou questão.

Nem sempre podemos separar o que as pessoas dizem do local que elas dizem isso, seja no contexto da sua casa, família ou trabalho. As análises estatísticas simplesmente não se enquadram a esses problemas, uma vez que as medidas quantitativas não são sensíveis a questões como diferenças de gênero, raça, status econômico e diferenças individuais (CRESWELL, 2014).

Evidentemente, existem dificuldades em relação à prática da metodologia de Pesquisa Qualitativa, e elas acontecem, principalmente, pela abrangência do conceito e dos limites deste campo de investigação, tanto no seu caráter teórico quanto empírico, conforme Triviños (2009). Para esse autor, o pesquisador deve estar atento de que é necessário adotar algumas técnicas e métodos específicos da Pesquisa Qualitativa, prioritariamente sobre a base de uma orientação teórico-metodológica clara e bem definida anteriormente.

O pesquisador deve estar atento também ao constante risco de uma redução simplista do valor qualitativo do fenômeno, sendo esta uma das limitações da Pesquisa Qualitativa, devido poucas tentativas para colocar as concepções e condutas das pessoas entrevistadas em um contexto histórico, estrutural e crítico, analisando o porquê e como se relacionam contraditoriamente (RICHARDSON e WAINRINGHT, 1999).

Neste trabalho destacamos três definições para Pesquisa Qualitativa:

- Minayo (2010): o método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos.
- Flick (2009): a pesquisa qualitativa dirige-se a análise de casos concretos e suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos.
- Richardson e Wainringht (1999): definem esta metodologia como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Estes autores se complementam e possuem premissas básicas comuns, principalmente quanto aos aspectos históricos, contextuais e subjetivos individuais ou grupais no espaço e no tempo. O que para FLICK (2009, p. 29):

“[...] mostram que as pessoas, as instituições e as interações são envolvidas na produção de realidades nas quais elas vivem ou ocorrem, e que esses esforços produtivos se baseiam em processos de produção de sentido. Se quisermos entender esses processos de produção de sentido, devemos começar por reconstruir a forma como as pessoas, as instituições e as comunicações constroem seus mundos ou a realidade social em nossa pesquisa. Essas premissas são a base teórica e epistemológica para se usar métodos, tais como entrevistas, para entender como os indivíduos estão engajados na produção de sentido, e assim, entender as questões através de sua perspectiva.”

Nesse sentido, Minayo (2012) aponta algumas questões cruciais que oferecem balizas da objetivação e do caráter incompleto, provisório e aproximativo do conhecimento na Pesquisa Qualitativa. O primeiro destaque está relacionado aos termos estruturantes das pesquisas qualitativas, diante a admissão de quatro substantivos:

- Experiência: o que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza, se alimenta na reflexão e se expressa na linguagem, mas esta não traz a experiência pura, o narrado e o vivido estão envolvidos na e pela cultura precedendo a narrativa e ao narrador;



- Vivência: produto da reflexão pessoal sobre a experiência, cada vivência é única, depende da história e é suporte do coletivo e das condições em que os sujeitos vivem;
- Senso comum: um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida, sendo este a base do entendimento humano e o chão dos estudos qualitativos e;
- Ação: o exercício do grupo e das instituições para construir suas vidas e os artefatos culturais, a partir das condições que eles encontram na realidade.

O segundo destaque vai para a análise da Pesquisa Qualitativa a partir do uso de três verbos, sendo eles:

- Compreender: exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro, a singularidade do indivíduo contém subjetividade e faz de um viver total, toda compreensão é inacabada;
- Interpretar: ato contínuo que sucede a compreensão e também está presente nela. É apropriação do que se compreende. É elaborar as possibilidades do que foi compreendido e;
- Dialelizar: ao buscar compreender é preciso exercer o entendimento das contradições, dos conflitos, das relações sociais, de poder e de interesses.

Mas, Richardson e Wainringht (1999) destacam que, atualmente, para conseguir validade científica, a Pesquisa Qualitativa vem sendo obrigada a incorporar critérios positivistas de validade, e dizem mais: "[...] *a pesquisa qualitativa está transformando-se em um mecanismo de sobrevivência, um instrumento para medir a subordinação ao discurso oficial, em vez de confrontá-lo*" (p. 14).

Entretanto, a compreensão crítica dos relatos a partir das relações de poder envolvem fatores econômicos, sociais e políticos e, desse ponto de vista, a validade pode ser analisada em termos da administração reflexiva da relação entre as opiniões dos entrevistados e um processo mais abrangente de análise histórica e estrutural. Por isso, a aplicação de critérios quantitativos de validade a dados qualitativos é inadequada (RICHARDSON e WAINRINGHT, 1999).

A importação de critérios positivistas de validade para ser aplicados na Pesquisa Qualitativa não é apenas injustificada do ponto de vista científico, mas também é inadequada para o tipo de conhecimento produzido por essa perspectiva. O objetivo fundamental da Pesquisa Qualitativa não reside na produção de opiniões mensuráveis das representações de um grupo. Está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno (RICHARDSON e WAINRINGHT, 1999).

Pela Pesquisa Qualitativa pretendemos responder a questões muito particulares, ou seja, temáticas. Em primeiro lugar, estamos preocupados com um nível de realidade alcançada por aproximações sucessivas, fazendo-se uma combinação particular entre teoria e dados, mediante análise qualitativa dos resultados (MINAYO, 2010). Isto porque é muito importante para os objetivos da pesquisa a compreensão da realidade a partir do ponto de vista dos sujeitos que tem seu cotidiano permeado por um conjunto específico de relações sociais, econômicas, políticas e para nós também espaciais (BARCELLOS, 2008; CHAVEIRO e NETO, 2009; TRIVIÑOS, 2009).

No que tange à proposta de desenvolvimento dos estudos sobre Geografia da Saúde, Eyles (2007, p. 160) defende que : “[...] *os métodos qualitativos - entrevistas, arquivos, documentos, observações, fotos, vídeos, etc. – enriquecem o sujeito no estudo da Geografia da Saúde e nossa compreensão da saúde e da doença nos lugares*”. Por isso, concordamos com Foucault (2002) quando destaca que é preciso dar voz aos sujeitos silenciados. Nesta pesquisa, essa proposta se coloca para o entendimento da acessibilidade à saúde de pessoa com deficiência motora. Para tanto, o tema é abordado a partir da percepção dos sujeitos através da apreensão de narrativas pelo procedimento de captação de entrevistas da História Oral, na modalidade História Oral Temática.

Meihy e Holanda (2013) justificam as possibilidades metodológicas para captação de dados qualitativos em contraposição a dados quantitativos (mas não a inapropriação deste quando necessário à utilização como auxílio de pesquisa):

“[...] Sem dúvida, a História Oral compromete as reflexões que se atêm de maneira determinista aos aspectos quantitativos. Porque é essencialmente qualitativa a história oral apenas se vale da

quantificação quando esta se submete àquela. Garante-se, contudo, o possível convívio das partes (p. 27)”.

Do ponto de vista teórico, a História Oral é um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de pessoas a serem entrevistadas até a análise final, quando se faz pontos de intersecção entre as entrevistas e análises internas e externas a elas (MEIHY e HOLANDA, 2013). Colhida por meio de entrevistas de variadas formas, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade. Mas é importante, sempre, deixar claro que a História Oral não se faz sem a participação humana direta, sem o contato pessoal, apesar de se valer também de alguns auxílios eletrônicos, como gravadores e câmeras (MEIHY e HOLANDA, 2013).

A modalidade de História Oral Temática se coloca aqui como instrumento de análise do real, utilizada para captar eventos específicos que o pesquisador pretende focar no trabalho. Por natureza, a História Oral Temática é sempre de caráter social e, muitas vezes, torna-se meio de busca de esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas e contraditórias.

Para Meihy e Holanda (2013), nessa modalidade o entrevistado não é um simples informante, ator social, ou objeto de pesquisa, ele é um colaborador. Ela tem característica diferente da modalidade História Oral de Vida, pois detalhes da história pessoal do narrador só interessa na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática e o uso do questionário é peça fundamental para a aquisição dos detalhes do tema, ao contrário da segunda, que é caracterizada por entrevistas livres e geralmente sem uso de um questionário.

Muitos pesquisadores das Ciências Sociais (THOMPSON, 1992, BECKER, 1994, WHITAKER, 2000) defendem essa abordagem, dizendo ser a mais pertinente, pois só o indivíduo será capaz de fazer um relato fiel da experiência e interpretação do mundo no qual ele vive, uma vez que “[...] o indivíduo também é um fenômeno social. Aspectos importantes de sua sociedade e do seu grupo, comportamentos, técnicas, valores e ideologias podem ser apanhados através de sua história.” (QUEIROZ, 1988, p. 28).

Por isso que Eyles (2007, p. 150), na sua defesa da pesquisa qualitativa em Geografia da Saúde, admite que tais procedimentos se colocam como muito

pertinentes e eficientes para entender o outro e a complexidade das sociedades urbanas contemporâneas. Para Portelli (1997, p. 31) *“Entrevistas sempre revelam eventos desconhecidos ou aspectos desconhecidos de eventos conhecidos: elas sempre lançam luz sobre áreas inexploradas da vida diária das classes não hegemônicas”*.

Lembrando os propósitos da nossa pesquisa é preciso, para além dos dados, considerar aspectos que se situam mais precisamente na dimensão do cotidiano vivido das pessoas com deficiência motora, uma vez que eles “[...] *não são meras abstrações numéricas, mas seres humanos pertencentes a classes ou segmentos sociais específicos, com valores e visões de mundo particulares*” (BAGGIO, 2002, p. 75). Dessa forma, temos que primeiramente considerar que a deficiência é um fator individual, mas, também coletivo e tem sua representação social concretizada em como o corpo com alguma deficiência se produz e reproduz pelo espaço urbano, podendo ser analisada a partir da sua acessibilidade à saúde.

## **2.2- Em busca do recorte empírico**

Em Presidente Prudente-SP, no censo de 2000, o percentual de pessoas com alguma deficiência era de 14% da população (neste ano estimava-se 190.000 habitantes). Já de acordo com dados do questionário da amostra do censo 2010, realizado e divulgado pelo IBGE (2012), pouco mais de 21.4%, no ano de 2010, de seus 207.610 habitantes relataram ter alguma deficiência visual, auditiva, motora ou mental/intelectual.

Desse percentual em 2010, pouco mais de 21% das pessoas com deficiência moram na área urbana do município (203. 375 habitantes); sendo aproximadamente 12,2% deficiência visual, 5% com deficiência motora, 3,3% têm deficiência auditiva e 1,2% deficiência mental/intelectual. Já na área rural da cidade aproximadamente possui cerca de 0,5% (4.235 habitantes) de pessoas com alguma deficiência, e dentre este percentual 9% tem deficiência visual, 4,7% deficiência motora, 6,1% deficiência auditiva e 0,6% deficiência mental/intelectual. Quando ao sexo do percentual de pessoas com deficiência na cidade, 41% são homens e 59% mulheres.

A partir desse panorama da deficiência em Presidente Prudente-SP, e com o propósito de contribuir para melhor visualização dos dados sobre deficiência na área

urbana (escolhida devido maior percentual das pessoas com deficiência estarem nesta área) deste município, confeccionamos alguns mapas temáticos. Para tanto, foram usados como base às áreas de ponderação<sup>1</sup> da cidade (número de 12) obtidas junto ao IBGE, bem como, os dados desagregados do questionário da amostra, com informações sobre número de pessoas por deficiência por área de ponderação, níveis de dificuldade e setor censitário (IBGE, 2012).

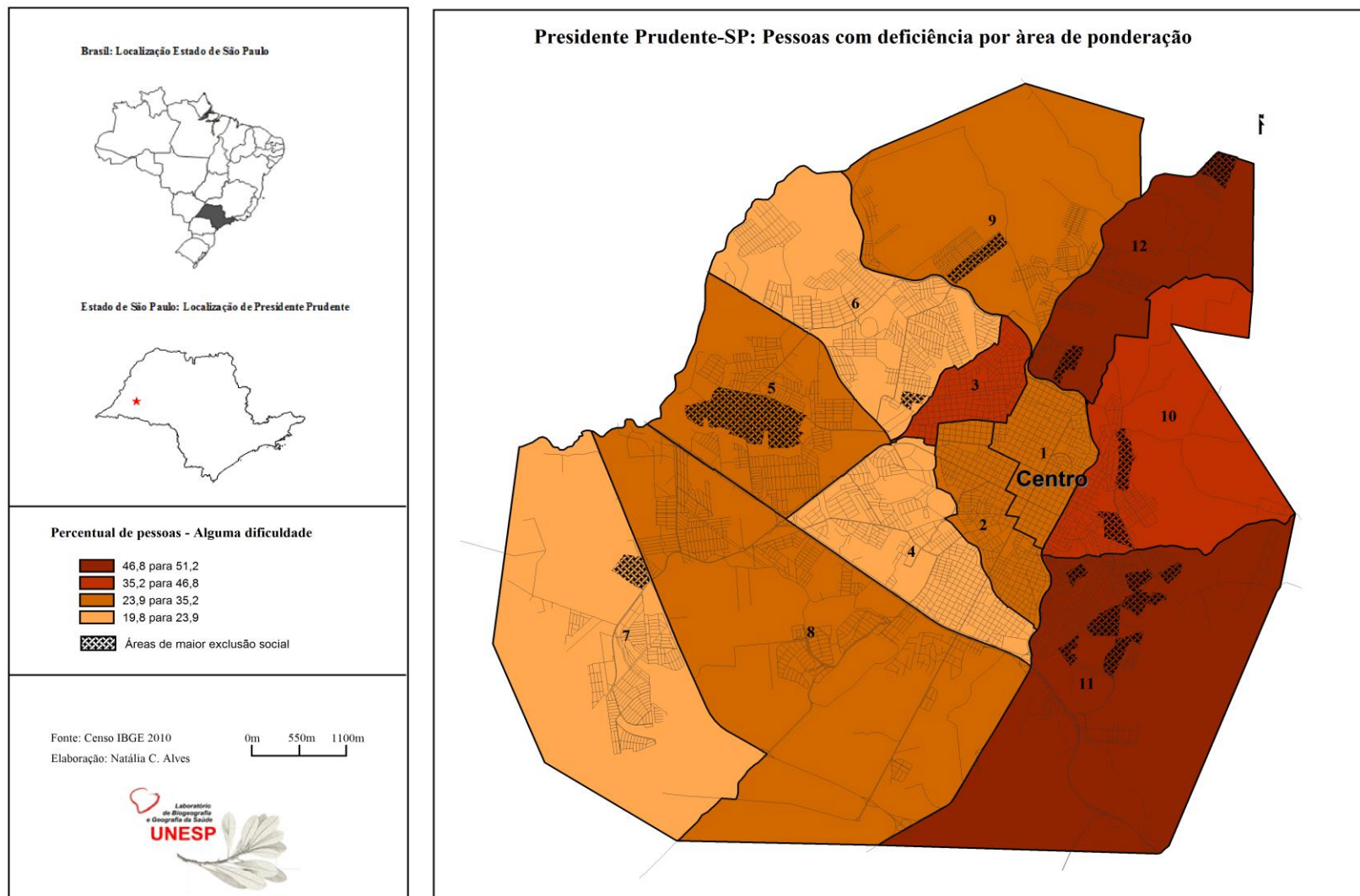
Com os dados em mãos, selecionamos as informações necessárias para confecção dos mapas. Primeiramente, levantando os dados que nos indicava quais setores formavam uma área de ponderação, bem como saber a quantidade de pessoas que estavam contidas nessas áreas (quantidade de pessoas por áreas de ponderação). Estabelecemos então a conexão das tabelas na base cartográfica da área urbana de Presidente Prudente-SP por meio de ferramentas de georeferenciamento no Programa MapInfo 10. A partir desse georeferenciamento, pudemos visualizar os dados em percentuais das pessoas com deficiência, distribuídas pelas áreas de ponderação de Presidente Prudente-SP (mapa 1 a seguir), os quais revelam maiores percentuais desta população nas áreas 11 e 12 do mapa.

O passo seguinte foi identificar quais os percentuais por deficiências contidas em cada área de ponderação a partir dos níveis de dificuldade autodeclaradas: alguma dificuldade, grande dificuldade e não consegue de modo algum. Para tanto, foi criada uma tabela referente aos dados primordiais para cada deficiência (número de pessoas por deficiência por níveis de dificuldade, divididos pelo número de moradores de cada área de ponderação multiplicado por 100), pela qual foi possível perceber que os maiores percentuais se concentravam nas áreas 11 e 12 dos mapas de deficiência visual, motora e auditiva e nas áreas 11 e 5 para a deficiência mental/intelectual. Podemos visualizar tais percentuais e níveis de dificuldade nos mapas (2, 3, 4 e 5) a seguir:

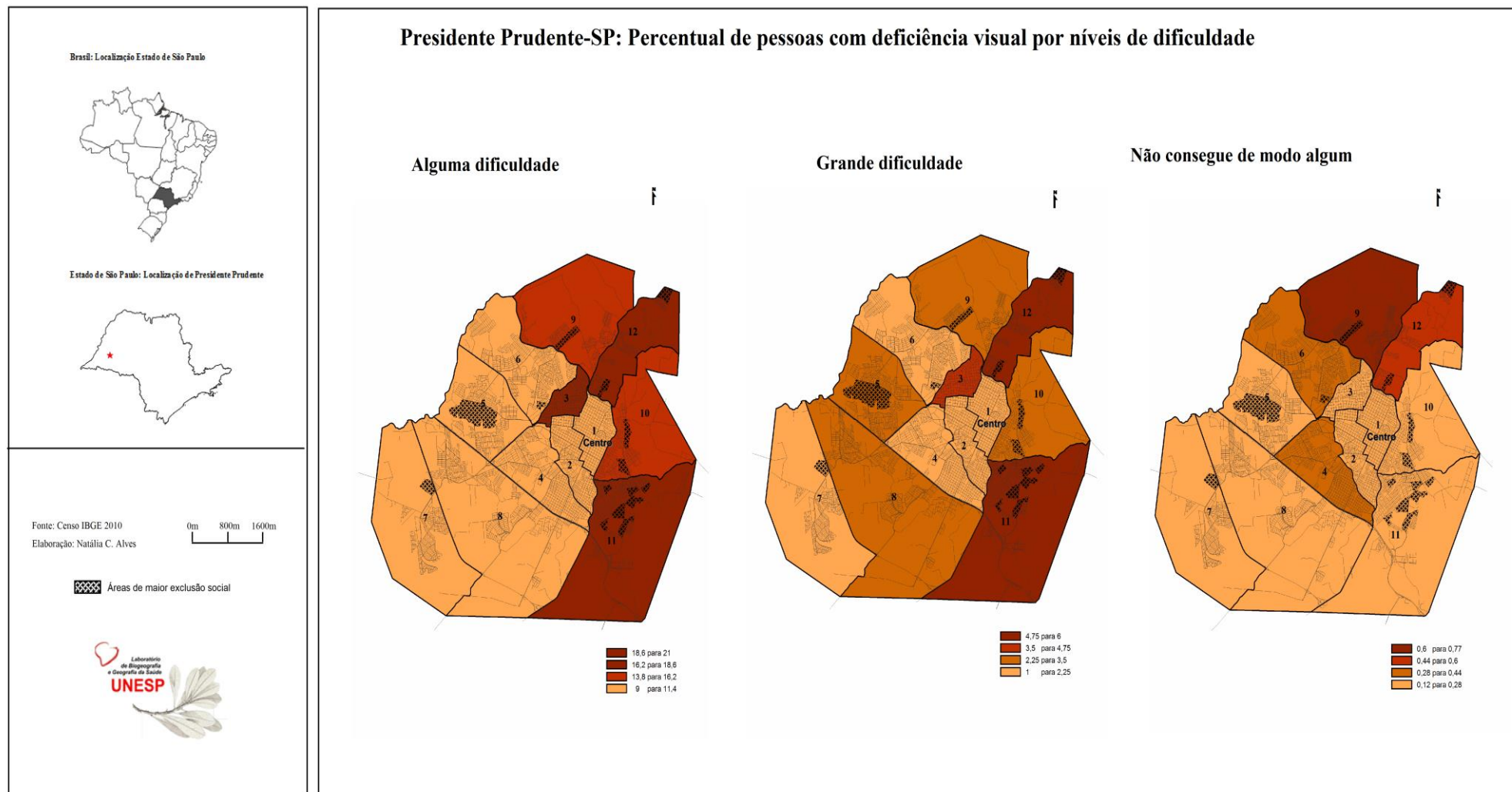
---

<sup>1</sup>Área de Ponderação, de acordo com as notas metodológicas do IBGE, se configura numa unidade geográfica formada por um agrupamento de setores censitários onde se aplica o questionário da amostra. Mais em IBGE, 2011.

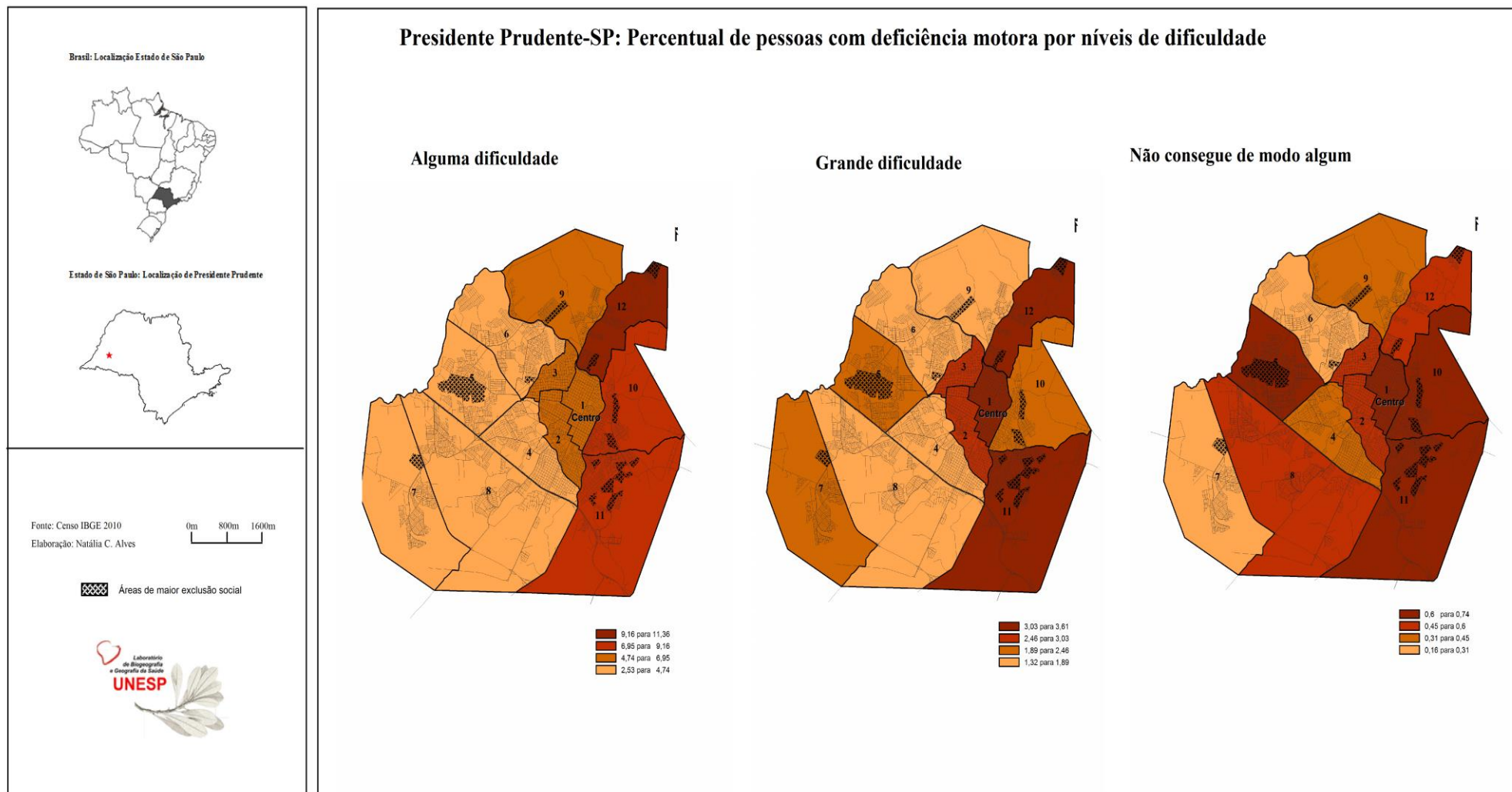
Mapa 1- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com alguma deficiência por área de Ponderação



Mapa 2- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência visual por níveis de dificuldade

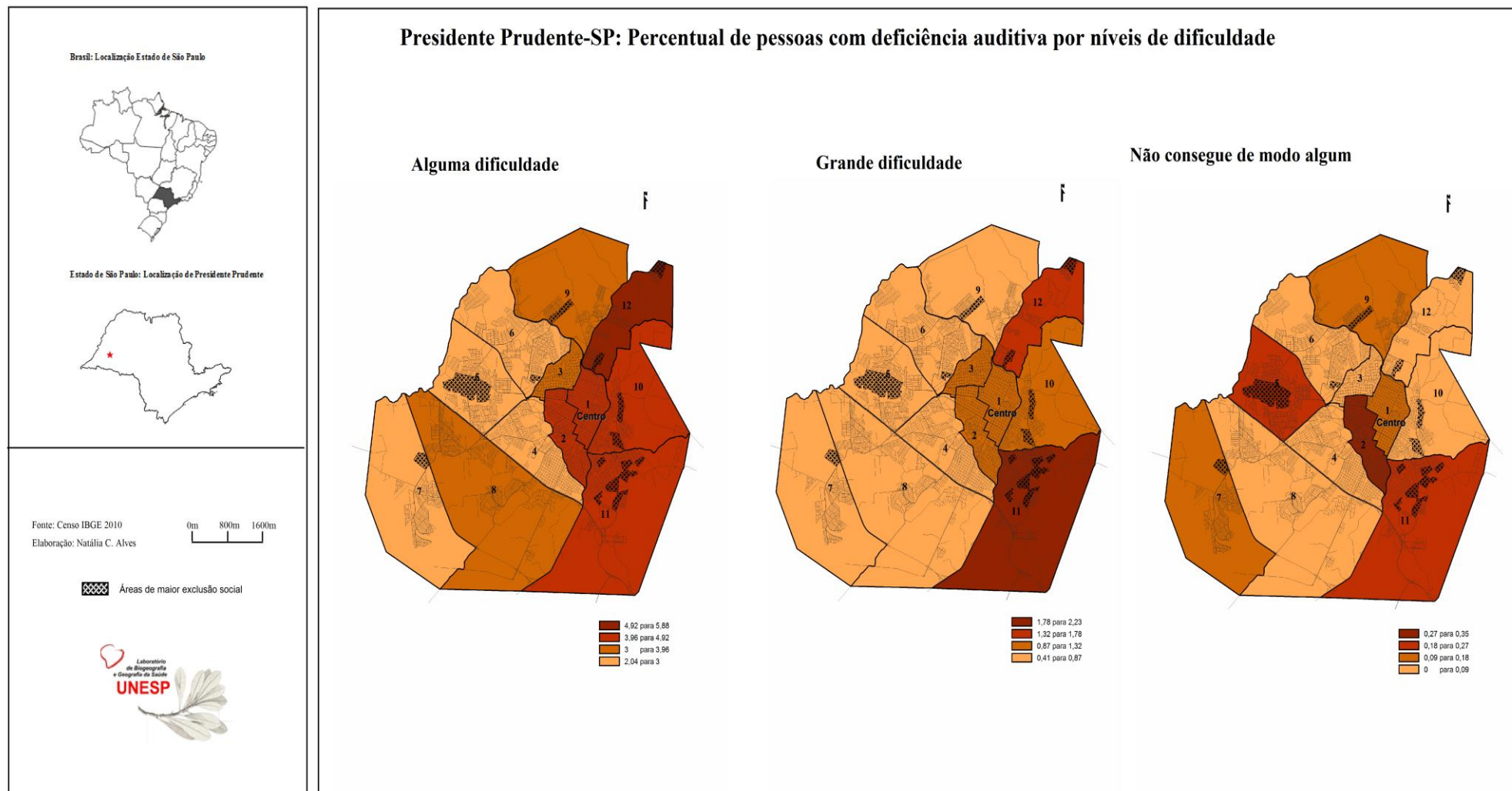


Mapa 3- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência motora por níveis de dificuldade

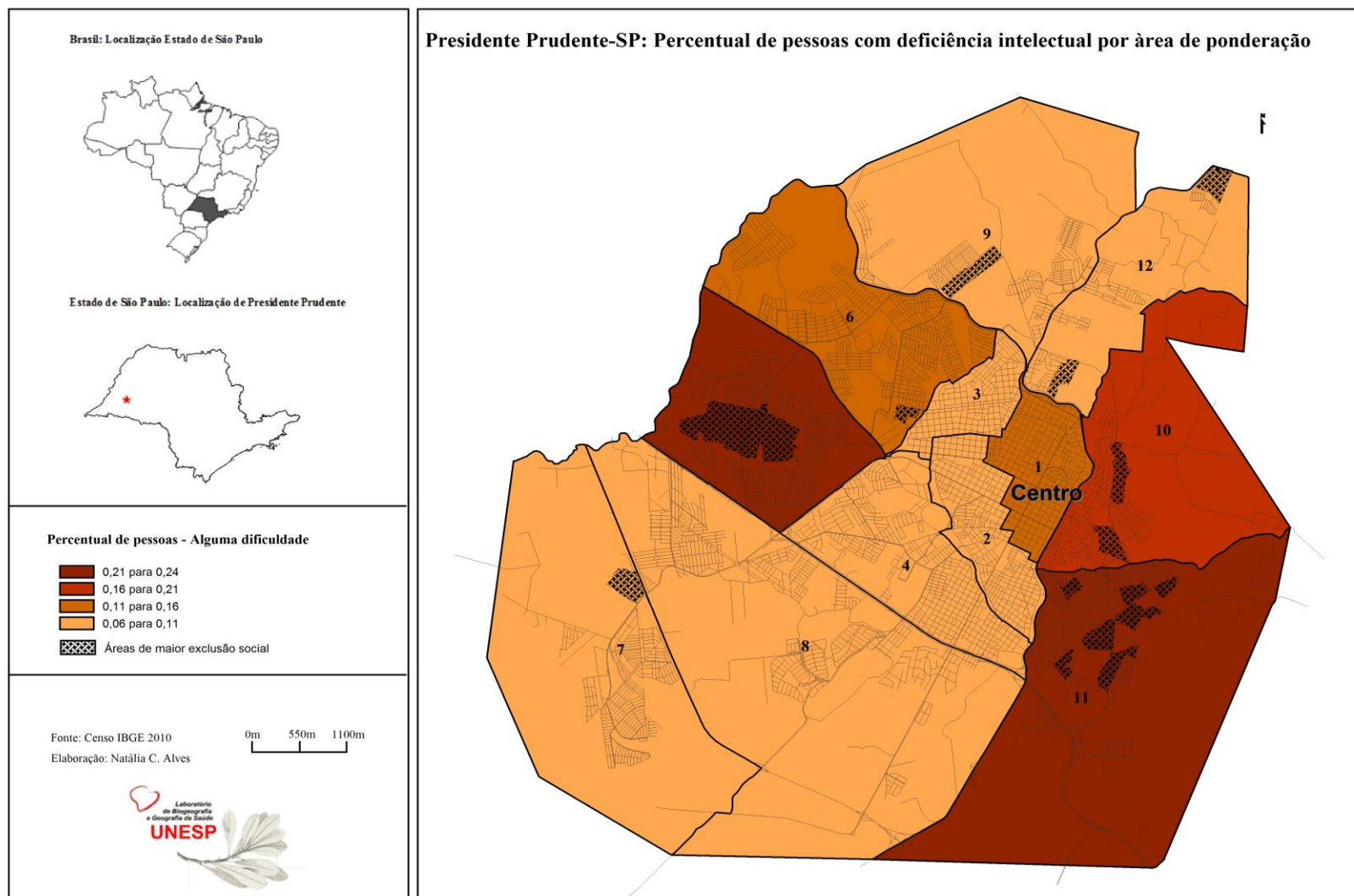




Mapa 4- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência auditiva por níveis de dificuldade



Mapa 5- Presidente Prudente-SP: Percentual de pessoas com deficiência intelectual por níveis de dificuldade



Essa caracterização do perfil da deficiência em Presidente Prudente-SP, visualizada nos mapas, nos remete a discussão que baseou o projeto desta pesquisa, presente em trabalhos e dados do censo 2000, que indicavam que a maioria da população com deficiência está localizada em áreas periféricas, e considerada de exclusão social, devido à baixa proporção de indicadores de qualidade de vida como, educação, saneamento básico, saúde, dentre outros, em relação ao resto dos espaços da cidade (MELAZZO e GUIMARÃES, 2010).

No entanto, o trabalho realizado por Camacho (2013), no qual faz um mapeamento a partir dos indicadores, já destacados acima, referentes aos resultados do censo 2010, demonstra que essa realidade persiste nas áreas da periferia urbana de Presidente Prudente-SP. Para tanto, nos mapas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 desta tese, estão indicados os locais considerados com maior exclusão social a partir dos resultados do mapeamento do autor supracitado como demonstração de que as áreas com maior concentração de pessoas com deficiência coincidem com as áreas consideradas de exclusão social deste município.

Essa relação já foi detectada na pesquisa de Chagas (2007). Tal trabalho revelou que os deficientes entrevistados têm dificuldade de se locomover até os serviços de saúde, principalmente os especializados e de reabilitação, que estão situados em sua maioria no centro da cidade. Portanto, para Chagas (2007, p. 25), o fator da exclusão social também se coloca como um agravante, pois:

“Nos lugares em que há carências no acesso às condições básicas de saúde, de moradia, de escola, de trabalho, de outros equipamentos e serviços necessários, as pessoas passam a ter dificuldades, por vezes, de tal ordem que as impedem de usufruir de seus direitos e de resolver seus problemas. Pessoas com deficiência podem ter esta condição em maior intensidade, pois há ainda outro fator de interferência no uso e no acesso a estas necessidades.”

Portanto, podemos dizer que a deficiência não depende somente da restrição corporal, mas também, e principalmente, que a estrutura de organização social e do ambiente seja flexível e adaptável a todos os tipos de pessoas, uma vez que países, estados, regiões e municípios oferecem condições de vida diferentes para seus habitantes. E como as pessoas com deficiência incluem em suas percepções as dificuldades e facilidades que enfrentam em suas vidas diárias, podemos entender que a incidência vai ser maior ou menor, dependendo das condições oferecidas por essas unidades espaciais, que refletirão em contextos de vida específicos.

Por isso, é preciso ressaltar que os dados e mapas apresentados até aqui são importantes e representam um pouco dos números resultantes dos Censos Demográficos 2000 e 2010 para a população brasileira e para a cidade de Presidente Prudente-SP. Entretanto, temos que considerar que as respostas aos questionários do censo 2010 refletem a percepção que as pessoas têm sobre suas limitações. Para tanto, a seguir abordaremos o contexto da deficiência a partir das falas das pessoas com deficiência motora entrevistadas.

### **2.3- A deficiência motora e a voz dos colaboradores da pesquisa**

A pessoa com deficiência é, antes de tudo, uma pessoa com experiências de vida, mas com realidade de possuir um corpo com alguma deficiência. Pensar a partir deste ponto de vista devolve à pessoa com deficiência uma posição ativa, que normalmente é desconsiderada e representada numa acessibilidade a direitos básicos que lhe é negada. Além do mais, a pessoa com deficiência está em interação constante com seu meio sociocultural, atuando e interferindo como sujeito ativo neste contexto, mas também em constante relação com o que o meio oferece de favorável ou desfavorável a seu desenvolvimento pessoal e social.

Por outro lado, toda cultura possui e supervaloriza um tipo ideal e reforça os comportamentos que ocultam, minimizam ou negam a existência de desvios em relação aquele tipo ideal. Essa profusão de contradições permeia a temática da deficiência e congrega as discussões legais, sociais, políticas, dentre outros determinantes que a dimensionam.

Nesta tese ressaltamos que abordaremos a ideia de deficiência como aquela desenvolvida pela CIF (apesar das suas posições primárias serem do ponto de vista biomédicas), qual seja a da abordagem biopsicosocial. Além disso, enfatizamos que a incapacidade depende da sua origem na sua dimensão congênita ou adquirida no âmbito da funcionalidade, mas também irão repercutir em todo domínio psicossocial da sua existência. Porém, é preciso esclarecer que nem toda deficiências física pode ser considerada deficiência motora e vice-versa (comum serem consideradas como sinônimo).

No Decreto 5296/04 está definido que Deficiência Física é aquela que provoca alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:

monoplegia (paralisia em um membro do corpo); hemiplegia (paralisia na metade do corpo); paraplegia (paralisia da cintura para baixo); tetraplegia (paralisia do pescoço para baixo); amputado ou ausência de membro (falta ou retirada de um membro do corpo); paralisia cerebral (lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequências alterações psicomotoras ou deficiências mental).

Já a Deficiência Motora refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema muscular e/ou o sistema nervoso (VICENTE, 1995). As doenças ou lesões que afetam esses sistemas podem resultar em dificuldade de interação com a sociedade numa dimensão tal, que podem produzir quadros de limitações de mobilidade de acordo com um ou mais segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida, ou seja, dificulta ou impossibilita mexer, controlar ou coordenar algum tipo de movimento motor, podendo ser transitória ou permanente (BRASIL,1993).

Assim, a definição de Deficiência Motora supracitada e utilizada nesta tese para melhor analisar o contexto da deficiência vai além da utilizada pelo IBGE, uma vez que para este instituto a Deficiência Motora consiste na pessoa ter dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso de a pessoa utilizá-lo), ou seja, está limitada a questões de mobilidade física. E como já discutimos, para entender a deficiência é preciso discuti-la em sua multidimensionalidade. E é a partir desta perspectiva que, a seguir, caracterizaremos a deficiência motora em Presidente Prudente-SP, através de alguns indicadores obtidos por meio dos dados gerais e das respostas completas das entrevistas realizadas.

Primeiramente, como dito na apresentação desta tese, a primeira etapa da pesquisa de campo permitiu um maior conhecimento a respeito das políticas, programas e projetos destinados a esta população neste município a partir da visita a instituições que trabalham em prol de deficientes da cidade, as quais indicaram as pessoas a serem entrevistadas e cuja lista podemos visualizar no quadro 1 abaixo.

Posteriormente, no Quadro 2, estão descritas as informações gerais e objetivas que possibilitou montar o perfil básico das pessoas entrevistadas, quais sejam: sexo, idade, naturalidade, cor, religião, estado civil, número de filhos, ano da lesão, dentre outras questões que serão discutidas nos capítulos seguintes.

Quadro 1- Instituições e projetos visitados

INSTITUIÇÃO/PROJETO	CARACTERÍSTICAS
<b>União das Pessoas com Deficiência - UNIPODE</b>	Coordenada por um grupo de profissionais de diversas áreas (Assistente Social, Psicóloga, Professores de Educação física, Marceneiro) que atuam junto à pessoa com deficiência (principalmente intelectual e motora) e suas famílias, com objetivo de possibilitar reabilitação e inclusão no mercado de trabalho, no intuito de torná-los socialmente independentes.
<b>Coordenadoria dos Direitos das Pessoas com Deficiência</b>	Esta coordenadoria é responsável por adequar e conduzir as políticas públicas para a inclusão das pessoas com deficiência e de suas famílias. Uma das suas prioridades é melhorar cada vez mais a acessibilidade das pessoas com deficiência aos lugares e às informações.
<b>Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência - CONDEF</b>	Este conselho tem caráter consultivo, fiscalizador e normativos para assuntos referentes a pessoas com deficiência. É composto por 14 membros, 7 deles representantes das secretarias municipais e 7 da sociedade civil. Um dos pontos de pauta da atual gestão 2014-2016 é criar uma cartilha com informações sobre os locais acessíveis de Presidente Prudente, bem como criar um certificado de acessibilidade para os estabelecimentos que estiverem de acordo com a lei.
<b>Núcleo Tterê</b>	O Núcleo Tterê é uma entidade sem fins lucrativos, composta por um grupo de funcionários e voluntários da sociedade civil, que tem por objetivo profissionalizar e incluir pessoas com deficiência no Mercado de Trabalho.
<b>Projeto Carona</b>	Esse projeto existe há onze anos, e foi criado em razão das dificuldades sofridas pelas pessoas com deficiência física em se locomover para participar de eventos culturais. Tem como objetivo promover a participação dos deficientes físicos nas atividades culturais, fazendo o transporte da sua residência até o local onde é desenvolvida a atividade. Sendo as principais: cinema, apresentações musicais, participações em eventos e visita a clubes da cidade. Obs: das 24 pessoas com deficiência física que participam do projeto, no momento, cinco delas residem em bairros pertencentes à área de ponderação 11.
<b>Centro de Referência da Assistência Social - CRAS do Jardim Morada do Sol</b>	O CRAS se localiza na área de ponderação 12, uma das áreas com maior percentual de pessoas com deficiência de Presidente Prudente. De acordo com a assistente social entrevistada o atendimento de pessoas com deficiência exigiria uma articulação com os profissionais da saúde, entretanto, esta relação atualmente está longe da ideal, o que dificulta um atendimento mais completo e multidimensional das necessidades dessas pessoas.
<b>Secretaria Municipal de Assuntos Viários - SEMAV</b>	A SEMAV regula os serviços de transportes de Presidente Prudente. Nesta secretaria obtivemos informações sobre o número de pessoas, por deficiência, que utilizam o transporte público, bem como quais os projetos em construção para melhor qualidade de locomoção desta população pela cidade. Como exemplo, o representante destacou 2 projetos importantes, quais sejam: o de adaptação de prédios públicos e taxi adaptado.

<b>Associação de Peregrinação do Rosário</b>	A associação é uma organização composta por voluntários e profissionais e sem fins lucrativos, iniciada no ano de 1988, que promove socialização e qualidade de vida para pessoas com deficiência por meio de atendimentos de fonoaudiologia, fisioterapia, psicólogos e terapia ocupacional.
<b>Estratégia Saúde da Família - ESF da Vila Líder - Área de ponderação 11</b>	Composta por uma equipe de multiprofissionais, este ESF está localizado em uma das áreas com maior percentual de pessoas com deficiência, a área de ponderação 11. O agente de saúde entrevistado relata que a proposta da equipe é trabalhar de forma humanizada e preventiva com cerca de 4.000 pessoas atendidas no território delimitado para a unidade de saúde. Relata também que as pessoas que requerem atendimento especial (como as pessoas com deficiência), são acompanhadas com visitas uma vez por mês e encaminhadas a atendimento secundário e terciário quando necessitam.
<b>Estratégia Saúde da Família - ESF do Jardim Guanabara - Área de ponderação 12</b>	Composta por uma equipe de multiprofissionais, este ESF está localizado em uma das áreas com maior percentual de pessoas com deficiência, a área de ponderação 12. O agente de saúde entrevistado relata que o atendimento é realizado através de visitas às residências de cerca de 5.000 pessoas moradoras no território delimitado para a unidade de saúde. As pessoas com deficiência são acompanhadas periodicamente por meio de visitas domiciliares.
<b>Associação dos Deficientes Físicos de Presidente Prudente e Região</b>	Associação financiada pelo Rotary Club. Conta com um quadro de diretoria de 12 pessoas e em torno de 40 associados, todos com deficiência física. Tem por objetivo fazer a inclusão social para maior independência da pessoa com deficiência física, no âmbito do trabalho e educação. Está desenvolvendo um projeto intitulado “Cadeiras que andam”, que consiste na entrega de cadeiras motorizadas para cadeirantes que trabalham.
<b>Residência Inclusiva</b>	Por meio da proposta de atendimento no âmbito de Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir do Plano Viver Sem Limite do governo federal no município de Presidente Prudente-SP, implantada em março de 2014 a Residência Inclusiva é direcionada ao atendimento de até 10 jovens e/ou adultos com deficiência e em situação de dependência, com apoio de equipe multidisciplinar. Até a presente data vivem 5 pessoas na casa, sendo que as 5 possuem deficiência motora.
<b>Projeto Lucy Montoro no Ambulatório de Especialidades Medicas- AME</b>	Este projeto lançado pelo Decreto 52973/08 como uma rede de reabilitação para o Estado de São Paulo. Em Presidente Prudente-SP, segundo a representante do projeto entrevistada, as pessoas com deficiência interessadas (demanda espontânea) são avaliadas e se comprovada a necessidade são cadastradas para disponibilização de cadeiras de rodas e outras Tecnologias Assistivas (cadeira de banho, órteses, próteses).

Org: Natália C. Alves

Fonte das informações: Representantes das instituições/projeto

Quadro 2- Perfil das pessoas com deficiência motora entrevistada

	<b>Entrevistados(as) Área Ponderação 11</b>				<b>Entrevistados Área Ponderação 12</b>		
	<b>A. A.</b>	<b>G. M. L.</b>	<b>A. V. S.</b>	<b>M. F. M.</b>	<b>W. S. S.</b>	<b>J. C. C.</b>	<b>L. A. S.</b>
<b>Tipo Deficiência</b>	Tetraplegia	Distrofia Muscular de Cinturas	Amputação	Não identificada	Tetraplegia	Tetraplegia	Paraplegia
<b>Naturalidade</b>	Mirante Paranapanema-SP	Presidente Prudente-SP	Presidente Prudente-SP	Martinópolis-SP	Presidente Prudente-SP	Presidente Prudente-SP	Bandeirantes-PR
<b>Idade</b>	53	18	29	43	18	27	35
<b>Sexo</b>	M	F	M	F	M	M	M
<b>Cor</b>	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda
<b>Religião</b>	Evangélica	Católica	Católica	Católica	Cristão	Crê em Deus	Católica
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Analfabeta	Ensino Médio Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
<b>Renda familiar</b>	De 1 a 2 SM	De 1 a 3 SM	De 0 a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 1 a 2 SM	De 1 a 2 SM	De 1 a 2 SM
<b>Principal Transporte</b>	Ambulância	Carro	Ônibus	Taxi	Ambulância e Van Escolar	Carro	Taxi



<b>Residência</b>	Própria	Doadada	Própria	Própria	Própria	Própria	Doadada
<b>Pessoas na mesma residência</b>	Esposa	Pai, mãe, 1 irmão, 1 irmã	Sozinho	Mãe, 2 irmãs, 1 sobrinho	Mãe e pai	Mãe, 1 irmão, 1 primo	Esposa
<b>Residência adaptada</b>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Estado civil</b>	Casado	Solteira	Divorciado	Solteira	Solteiro	Solteiro	Amasiado
<b>Número de filhos</b>	6	0	2	0	0	0	0
<b>Ano da lesão</b>	2002	2006	2007	Indefinido	2011	2008	1993
<b>Faz uso de TA</b>	Cadeira de rodas, Cadeira de banho, Colher adaptada	Cadeira de rodas	Prótese para os membros inferiores	Cadeira de rodas	Cadeira de rodas, Cadeira de banho e Órteses para mãos e pés	Cadeira de rodas, Cadeira de banho, Tech Bol	Cadeira de rodas, Cadeira de banho
<b>Plano de saúde</b>	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Benefício seguridade social/aposentadoria</b>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Possui internet na residência</b>	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não

M: Masculino F: Feminino SM: Salário mínimo TA: tecnologia Assistiva

Fonte: Entrevistas realizadas 2014 Org: Natália C. Alves

Para tanto, de acordo com a tabela acima, foram entrevistadas sete pessoas com deficiência motora, duas delas do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Essa quantidade de entrevistas do sexo masculino vem de encontro com os percentuais censitários que indica uma taxa maior de mulheres com deficiência motora na cidade, sendo esta de 64%, ao passo que 36% são do sexo masculino. Demonstrando que a captação de entrevistas por indicação utilizada nos procedimentos da pesquisa qualitativa pode revelar outras vertentes de dados, e aqui a vertente será a perspectiva de maior percentual masculino para as informações.

Os dados também destacam que a maioria dos colaboradores da pesquisa é da cidade de Presidente Prudente-SP, ou seja, quatro deles. As outras duas pessoas nasceram em cidades próximas, sendo um em Mirante do Paranapanema-SP e outra em Martinópolis-SP. Somente o último entrevistado nasceu em cidade mais distante de Presidente Prudente-SP, Bandeirantes-PR.

Quanto à idade, temos duas pessoas entrevistadas com 18 anos, sendo que as outras cinco possuíam na data da entrevista 27, 29, 35, 43 e 53 respectivamente. Para facilitar podemos dividir em faixas etárias, transformando em duas de 1 até 19 anos, três de 20 até 39 anos e duas de 40 até 59 anos. Para tanto, é importante destacar que de acordo com dados do censo 2010 as taxas de pessoas com alguma deficiência motora em Presidente Prudente-SP para essas faixas etárias são de 2%, 5% e 22%, respectivamente.

De acordo com os dados sobre estado civil podemos identificar quatro pessoas solteiras, uma amasiada, uma divorciada e uma casada. No item número de filhos, temos cinco que não tiveram filhos, uma com seis filhos, e uma com dois filhos. E, no caso da cor, as sete pessoas entrevistadas, se autodeclararam pardas. Quanto à religião das mesmas, quatro se declararam católica, uma evangélica, outras duas afirmaram ser cristãs.

Através dos dados resultantes das narrativas, constatamos também que a quantidade e os tipos de deficiência motora entre as pessoas entrevistadas são:

- Três com Tetraplegia: paralisia do pescoço para baixo;
- Uma com Paraplegia: paralisia da cintura para baixo;

- Uma com Distrofia Muscular de Cinturas: doença degenerativa que afeta os músculos e proporciona dificuldades de locomoção por causa da atrofia dos músculos da coxa e dos quadris (PELLI e DALOZZO, 2009);
- Uma com os 2 membros inferiores amputados e;
- Uma com deficiência motora por causa desconhecida.

Assim, de acordo com essa caracterização geral, verificamos que há um perfil desta população que podemos destacar como: de maioria do sexo masculino, natural de Presidente Prudente-SP, da cor autodeclarada parda, na faixa entre 20 a 39 anos, de religião católica, solteira e sem filhos e no caso das pessoas entrevistadas, todas possuem deficiência motora de caráter permanente.

A partir desta realidade, ressaltamos a necessidade de considerar que existe uma diversidade de contextos da deficiência. Pois, os indivíduos têm necessidades específicas e coletivas de saúde, educação, lazer, renda acessibilidade, dentre outras, bem como relação com seus espaços de vida, também específicos e diferentes.

Na cidade de Presidente Prudente-SP, por exemplo, apesar de tendências que vão ao encontro dos dados censitários (renda e educação, e que serão discutidas no decorrer da tese), essa especificidade é observada a partir de alguns dados resultantes das entrevistas realizadas nesta pesquisa, e pelas respostas de quando, como e quais os motivos se tornaram deficientes motores que são descritos a seguir. Os detalhes levam-nos a considerar que captar fatores qualitativos dos dados para o entendimento mais profundo do fenômeno é muito relevante.

#### **AA - Deficiência motora - Tetraplegia**

"Eu tinha 41 anos! Foi 24 de setembro em um sábado. Eu fui ajudar um amigo a desmontar um telhado e montar de novo! Só que quando eu estava pondo a última telha no telhado pisei na ponta do telhado e caí de cabeça. Aí faturei 7ª vertebra do pescoço. Só não morri porque... A gente pensava que do local que estávamos não tinha perigo! Mas foi uma fatalidade, podia ser eu ou o amigo que estava junto, porque na hora que eu caí eu tentei segurar nele! Mas, graças a Deus ele não caiu junto comigo! E na hora que eu caí não apaguei nem nada! Fui conversando com o cara do resgate sentado do

meu lado. Ele perguntava como eu estava e eu falei: estou bem, só que eu não estou sentindo nada no meu corpo. Eu caí em um monte de entulho e uma poça de água. O médico ficou admirado porque eu não abri minha cabeça não sabe como. Fiquei 3 meses na UTI."

**G - Deficiência motora - Distrofia Muscular de Cinturas**

"Minha deficiência é Distrofia Muscular de Cinturas, começou com 10 anos, mas a minha mãe me levou no ortopedista... Aí o ortopedista falou que era problema na curvatura do pé, aí passou uma palmilha pra eu usar o dia inteiro, aí eu fiquei usando essa palmilha durante 1 ou 2 anos. Mas eu comecei a cair com frequência, aí o meu pai falou "não é normal, vamos levar ela em outro médico!" Era um médico de coluna... não sei qual é! Aí ele pediu pra eu sentar no chão, e na hora que eu sentei no chão ele já viu o que era! Então ele pediu um exame de agulha que eu esqueci o nome. Depois desse exame constatou o que era, era Distrofia..."

**AV - Deficiência motora - Amputação dos membros inferiores**

"O meu foi um acidente de trem... eu caí debaixo dele (trem)! Eu estava vindo de uma balada com um amigo meu... E eu fui catar um rabeirão (de acordo com AV é uma carona), só que eu peguei na lateral dele! Eu corri primeiro... Escapou meu tênis... Eu voltei calcei o tênis e corri de novo. A hora que eu corri de novo eu segurei! Ele (o trem) começou a me balançar de um lado para o outro, e eu falei: vou tentar escapar! Mas quando tentei colocar os dois pés no vagão para eu voltar para o mato não deu tempo e a mão escorregou. Na hora que ela escorregou essa parte do corpo (o tronco) foi pra trás e as pernas... (começa a falar bem baixo como se não quisesse descrever o que aconteceu com as pernas, depois continua com o mesmo tom da conversa) aí passou 6 rodas nas minhas pernas. Meu colega falou: a AV! Cortou a sua perna. Foram achar minhas pernas já eram 7 horas da manhã, o acidente foi 5 horas da manhã. A gente estava em frente da casa dele (do amigo) conversando. Foi um momento de bobeira, né?"

**M** - Deficiência motora - Causa ainda não identificada pelos médicos (aparente atrofia progressiva do corpo)

"Meus nervos descontrolaram tudo! Depois disso só veio enrolando (o corpo)... Eu penso que eu estou toda descontrolada, daqui uns dias eu não consigo nem comer nada! Cada dia que passa está ficando pior."

**W** - Deficiência motora – Tetraplegia

"O dia foi 22 de abril de 2011, eu pulei na piscina e fiquei tetraplégico. Eu fracturei a C3, C4, C5, C6... Foi em uma chácara... Pulei de mergulho e bati a minha cabeça."

**J** - Deficiência motora - Tetraplegia

"Dia 02 de janeiro de 2008 eu tive uma dor forte e cai na sala de casa... Eu lembro que desmaiei... Eu tive uma dor forte no peito e cai na sala e desmaiei, lembro vagamente dos bombeiros em cima de mim, mas bem longe! Depois eu fui para o HR e entrei em coma induzido. Não lembro de muita coisa não! Fiquei em torno de 29 dias em coma induzido... Até diagnosticar minha Mielite Transversa... Infecção medular, fiquei tetraplégico... Olha! É uma bactéria que se alojou na medula... e ela foi infeccionando e foi até a minha C3."

**L** - Deficiência motora – Paraplegia

"O meu (caso) foi tiro! Um tiro que eu levei, aí paralisou, vai fazer 22 anos. Paralisou da cintura pra baixo... as pernas no caso, né? Os médicos disseram na época que chegou a pegar totalmente na medula não, mas só encostou e já paralisou as pernas. E aí eu já não andei mais!! Eu ia fazer 14 anos na época. Já morava neste bairro."

Assim, não há uma forma de ocorrência homogênea para a deficiência motora em Presidente Prudente-SP, apesar de termos um perfil da população entrevistada, o que não é menos relevante. O que queremos dizer é que implantar um rótulo generalizado de pessoa com deficiência motora pode ter consequências profundas para o conhecimento da realidade desses sujeitos, uma vez que o inclui numa categoria estanque, ignorando outras categorias a que pertence, assim como sua experiência de vida. O que, de acordo com Diniz (2007), ignoraria a diversidade

humana e as várias formas de ser que a pessoa pode exercê-la, e que fogem de um padrão tradicional de ser e perceber o outro, que também depende do contexto destes sujeitos. Por isso, propomos nessa pesquisa captar a deficiência motora a partir das representações dos indivíduos que a vivencia e, também, das barreiras que determinam a acessibilidade à saúde individual e coletiva no espaço urbano de Presidente Prudente-SP.

Enfim, as informações captadas das entrevistas para construção do perfil das pessoas com deficiência motora entrevistadas, acima, são referências para uma primeira exposição dos colaboradores da pesquisa. A partir de agora trabalharemos os depoimentos de forma mais ampla e estabelecendo mediações com as bases teóricas e legais que fundamentam esta tese.

# **CAPÍTULO 3**

## **ACESSIBILIDADE À SAÚDE E OS CONTEXTOS DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA**

**“Às vezes tem que marcar... Quando a minha mãe está aqui, tem que ir 5:00 da manhã marcar médico... Pra pegar ficha. Ai fica complicado! E como eu estou trabalhando agora... Eu chego em casa 8:00 e pouco, como eu vou pegar ficha?” AV**

As influências das condições dos serviços, trabalho, educação, lazer e poder aquisitivo compõem, juntamente com a acessibilidade aos serviços de saúde, o contexto do acesso à saúde (UNGLERT, 1995a). Por isso, é possível dizer que a acessibilidade à saúde está intimamente vinculada aos contextos de vida.

Nessa apreensão, o acesso à saúde pode ser efetivado pela acessibilidade. E atualmente é um grande desafio a ser realizado nas sociedades e cidades ocidentais contemporâneas, pois, além das barreiras físicas que geralmente são vinculadas, para as pessoas com deficiência estão presentes outras barreiras, como as do preconceito e da exclusão social.

Para Leite (2011a), um espaço acessível para todos é um fator positivo de inclusão social e equiparação de oportunidades. Do contrário, ou seja, a sua falta, pode promover a exclusão do indivíduo da sociedade e do uso da cidade uma vez que a acessibilidade é um dos fatores de otimização da inclusão e esta pode se manifestar através daquela.

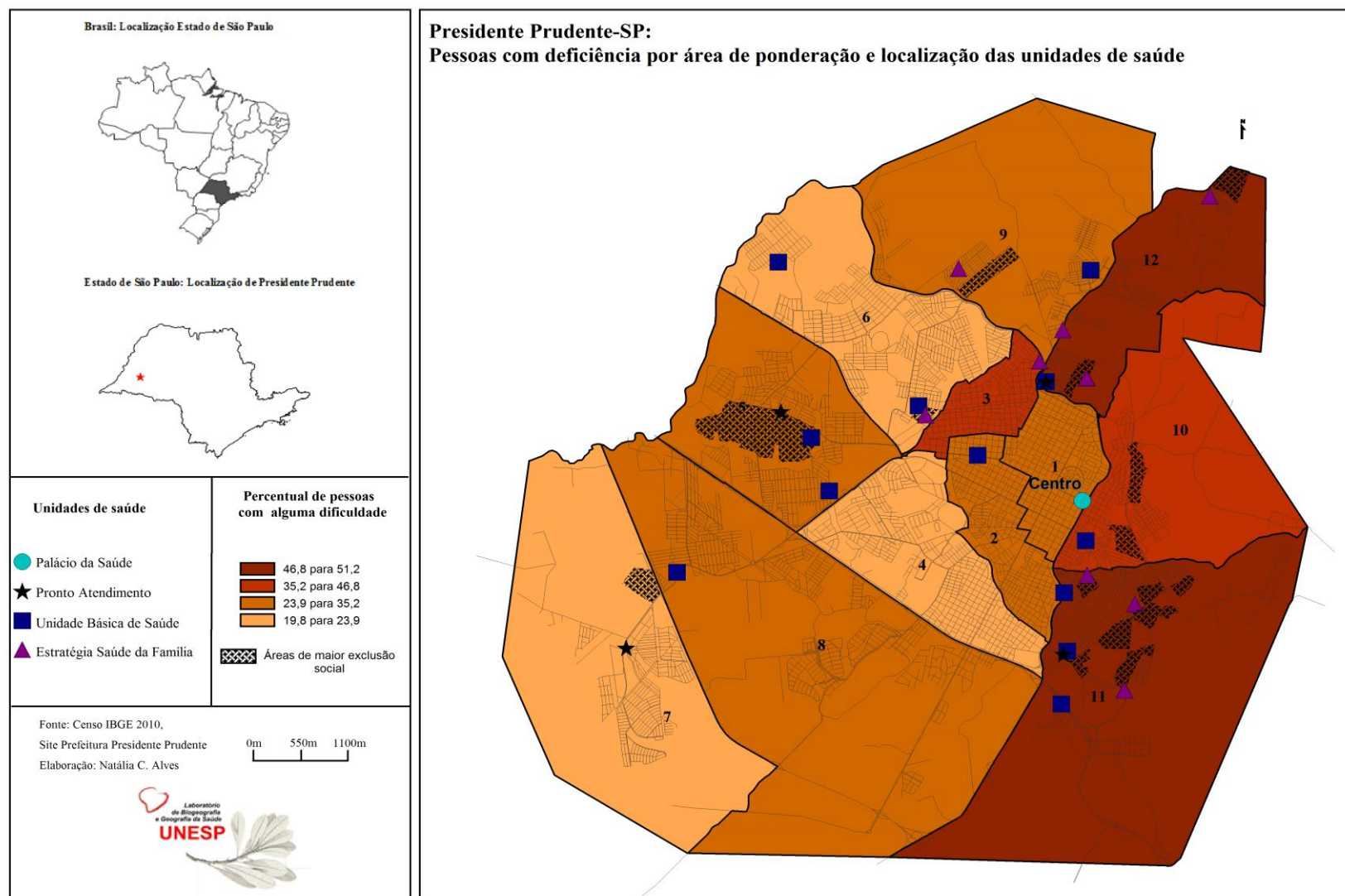
Mas, cabe ressaltarmos aqui, que as necessidades de acessibilidade que uma pessoa com deficiência possa ter surgem em relação a um determinado contexto geográfico. É por isto que tal acessibilidade não pode ser entendida somente pela presença ou disponibilidade dos recursos e sua utilização pela população, porque é preciso saber quais os fatores que facilitam ou dificultam a busca, obtenção e utilização dos mesmos.

Essa constatação nos direciona para a acessibilidade à saúde, quando visualizamos o mapa 6, a seguir, da distribuição de serviços municipais de saúde na cidade de Presidente Prudente-SP, sobreposto ao mapa do percentual das pessoas com deficiência desta cidade.

Representado pela estrela azul claro temos o Palácio da Saúde (uma unidade); representados pelas estrelas pretas estão as unidades de Pronto Atendimento-PA ou 24 horas (quatro unidades). As estrelas azuis escuras são as Unidades Básicas de Saúde-UBSs (nove unidades). Já as estrelas roxas representam as Estratégias da Saúde da Família-ESFs (oito unidades).



Mapa 6- Presidente Prudente-SP: Pessoas com deficiência e localização das unidades de saúde



Assim, sabendo que Presidente Prudente-SP em 2010 possuía cerca de 207.610.000 habitantes (IBGE, 2010), dez UBSs e nove ESFs, localizadas na sua área urbana, esta cidade tem número de unidades de saúde de acordo com o limite máximo por número de pessoas proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), tendo em vista que o máximo de pessoas por unidade é de até 18 mil (para cada UBS) e 12 mil habitantes (para cada UBS com ESF). No caso de Presidente Prudente-SP, temos aproximadamente 10.000 habitantes por unidade.

Entretanto, o espaço onde se distribui os serviços de saúde não se trata de uma superfície geométrica, mas é resultado de um espaço vivido pelos seus habitantes, o que nos leva a pensá-lo do ponto de vista existencial (SILVEIRA, 2006). A partir dessa abordagem do espaço, podemos relacionar essa discussão à questão da acessibilidade. Assim, como se daria a acessibilidade da população com deficiência motora das áreas de ponderação 11 e 12 às unidades de saúde, uma vez que pressupõe que necessitem de acessibilidade específica? Afinal, não podemos esquecer que a garantia do direito de todos à saúde somente pode ser conquistada se a população tiver condições de acessibilidade e acesso aos serviços (DONABEDIAN, 1973). E estas condições podem ser vistas como uma forma de compreensão dos processos de produção e reprodução dos espaços urbanos.

Essa contextualização específica pode ser demonstrada quando nos propomos a discutir a representação da acessibilidade a partir dos determinantes sociais que fazem parte de uma visão ampla de saúde, para além da análise biológica da deficiência e para além da dimensão física da acessibilidade.

A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los e essa percepção é influenciada, principalmente, pela experiência passada com estes serviços. Desse modo, a experiência e as informações que deles dispõem, influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, a acessibilidade a eles.

Buscamos, então, o entendimento da saúde como resultante e condicionante de contextos de vida e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina, tal como foi destacada na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que a define como a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Assim, entendemos que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social (SCLiar, 2007). Neste caso, o conceito de saúde deveria incorporar o cotidiano dos indivíduos vivendo nas cidades, sob a ótica ampliada de que o estudo dos fatores determinantes da saúde<sup>2</sup> e suas consequências não podem ignorar as relações de interdependência que existem entre o indivíduo e o contexto geográfico onde ele vive.

A análise da acessibilidade aos serviços de atendimento médico algumas vezes pode revelar barreiras organizacionais, tais como listas de espera, falta de um sistema de reservas para agendamentos e, complexos sistemas de referências que são mais complicados para pessoas com deficiência, que podem ter dificuldade de chegar cedo, ou esperar o dia todo, ou que não conseguem navegar em sistemas complexos. Embora sem a intenção de discriminar, indiretamente o sistema pode excluir as pessoas com deficiência ao não levar em consideração suas necessidades (SEDPcD, 2012).

Deste modo, é fundamental tentar entender essas questões a partir do estudo da Atenção Básica para as pessoas com deficiência, pois, podemos dizer que elas necessitam de serviços de saúde, como o restante da população. As necessidades gerais de saúde englobam a promoção da saúde, cuidados preventivos, tratamento de doenças agudas e crônicas, além de atendimento adequado às necessidades mais específicas, quando necessário (BRASIL, 2006). Essas necessidades devem ser todas atendidas pela Atenção Primária, acrescidas da Secundária e da Terciária, se relevante. Essa acessibilidade a Atenção Básica é particularmente importante para que possam alcançar maior qualidade de vida<sup>3</sup> (SEDPcD, 2012).

Ao se discutir a demanda das pessoas com deficiência à saúde, entendemos primeiramente a acessibilidade como a possibilidade de acesso ao meio edificado

---

<sup>2</sup>De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

<sup>3</sup>Nesta tese abarcaremos o sentido da qualidade de vida em saúde como representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e, também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determina da sociedade. Para mais informações sobre o assunto Minayo, Hartz e Buss, 2000.

público e privado, às instituições de saúde, aos transportes e às tecnologias da informação e da comunicação, bem como ao trabalho, educação, lazer, dentre outros determinantes. Afinal, é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que buscam conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. E a categoria central para análise dessas interrelações é o acesso concretizado pela acessibilidade (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Ao longo da pesquisa bibliográfica, especialmente sobre acesso e acessibilidade em saúde, nos deparamos com várias definições destes conceitos. A acessibilidade é definida pelo acesso aos serviços de saúde ou pela relação entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que usam o termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta e concretizado pela acessibilidade. Neste caso, podemos dizer que definir acesso e acessibilidade à saúde é ainda muito complexo, pois, varia entre autores, muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto do sistema de saúde.

Para Donabedian (1973), Acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, correspondendo às características dos serviços que assumem significado quando analisadas pelo impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais específicos.

Ainda segundo esse autor, Acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde. E as características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ao mesmo ou não, mas, a eficácia do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato dos serviços serem utilizados por aqueles que necessitem. Assim:

“[...] se considera acessibilidade como algo adicional à mera presença ou ‘disponibilidade’ de um recurso em um certo lugar e momento dado. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais (DONABEDIAN, 1973).”

Esse autor também distingue duas dimensões da acessibilidade em saúde: a sócio-organizacional e a geográfica, e indica que essas dimensões são altamente interrelacionadas. A primeira inclui todas as características da oferta de serviços (exceto os aspectos geográficos), que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica, dentre outras. E a segunda relaciona-se à mobilidade (fricção) do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Já Starfield (2002), distingue acesso de acessibilidade de outra maneira. Para ele acessibilidade refere-se às características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Por sua vez, para Travassos e Martins (2004), o uso de serviços pode ser uma medida da acessibilidade, mas não se explica apenas por ela. O uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores, tais como: individuais predisponentes, contextuais e relativos à qualidade da assistência.

Por sua vez, para Unglert (1995a), o acesso à saúde, a partir da acessibilidade está intimamente vinculado às condições de vida. Segundo essa mesma autora (1995b), a acessibilidade é um atributo dos serviços de saúde e pode ser analisada sob distintas abordagens, quais sejam:

- Geográfica: Representa a distância a ser percorrida e as barreiras geográficas a serem transpostas;
- Funcional: Estudo dos programas e das ações de saúde oferecidas, seu horário de funcionamento e a qualidade da sua atenção;
- Cultural: Inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população;
- Econômica: Considera a atual oferta de serviços, mas, não desvinculada de um sistema de pagamento por parte do usuário.

Portanto, o conceito de acessibilidade é um recurso para apreender a essência de uma realidade que por si só é uma realidade complexa e indivisível (FRENK, 1985). Neste caso, ao tratarmos a questão da acessibilidade a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, entendemos que deve-se

ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda; uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. A partir desta perspectiva, será possível concretizar um acesso efetivo, quando houver uma atuação conjunta de gestores (integralidade), profissionais e usuários, no intuito de abolir as barreiras da acessibilidade e garantir o uso real do sistema (e de outros serviços também), e por consequência, efetivar o direito à saúde, tão preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Mas, aqui cabe outro questionamento, quando se pensa na pessoa com deficiência e na saúde como direito de todos e baseada na equidade, integralidade e universalidade proposta pelo paradigma do SUS. Uma vez que, o conceito de acessibilidade é influenciado por dimensões de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, essa discussão se insere na ideia de que as pessoas com deficiência devem sim ter direito ao que é comum a todos, mas com ajustes a suas especificidades.

Para Assis e Jesus (2012), a proposição para atendimento de saúde voltado para grupos específicos é ainda muito polêmica por ser contrária à universalidade como princípio. Mas, devido as limitações causadas pela deficiência, a igualdade de direito, neste caso, deve se tornar equidade nos direitos. A equidade nos direitos implica na diminuição das diferenças evitáveis e injustas na oferta de serviços de saúde em função de necessidades específicas. Portanto, para Paim e Silva (2010), nada impede o SUS de promover a equidade, mesmo tendo como base a universalidade.

Nestes termos, de acordo Guimarães, Pickenhayn e Lima (2014) é preciso considerar os estudos a respeito da vulnerabilidade das pessoas no processo saúde-doença, segundo componentes do ambiente físico, biopsicossocial, condição de vida, acesso físico e social aos serviços de saúde. Para tanto, é preciso inserir uma nova visão da abordagem da Saúde Coletiva que integre conhecimento, interpretação e intervenção, tendo em vista a valorização da vida e promoção da saúde. Para esses autores:

“[...] a promoção da Nova Saúde Pública tem como pressuposto que a saúde é produzida socialmente, portanto, deve ser estabelecida como forma de superar as práticas de saúde centradas na atenção médica individual e curativa, para buscar atuar sobre os fatores que determinam a saúde (2014, p. 78-79).”

Há de se observar que a Saúde Coletiva pode ser considerada um campo complexamente hierarquizado de saberes, práticas e agentes. Caracteristicamente transdisciplinar, este campo agrega saberes produzidos pelas ciências biomédicas, humanas e físicas; é influenciada por vários agentes, tais como pesquisadores, técnicos, docentes, gestores; assim como enseja práticas de intervenção, transformação, promovidas por políticas públicas (ou não) por meio de técnicas (LUZ, 2009).

Segundo Minayo (2010), para a Saúde Coletiva, saúde é um bem social, um direito universal associado à qualidade, a equidade e a proteção da vida, sendo adequada para contribuir para políticas públicas e sociais universalizantes, inclusivas na cidadania e capaz de superar inúmeras desigualdades sociais. Segundo essa autora:

“A saúde coletiva é o espaço no interior do sistema dominante que recompõe uma representação mais abrangente de saúde, ao englobar o social como determinante e os indivíduos como componentes de classes em oposição, rompendo a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e no equilíbrio social. Saúde toma então o sentido de uma realização atual e uma meta futura de um padrão de vida mais elevado e equitativo da população (p. 260)”.

Portanto, a saúde pode ser considerada um fenômeno multidimensional, devendo ser entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde. Desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde. E, para tal análise é fundamental a construção de modelos teóricos que incorporem as particularidades de cada contexto a ser analisado.

Agudelo (2003, p. 24) define Contexto como o conjunto específico de condições e situações culturais, econômicas e políticas, nos quais se faz socialmente possível e racionalmente compreensível a apresentação de um fenômeno. Já para Barcellos (2008, p. 123) contexto geográfico de saúde é como um lugar previne, produz exposição, trata seus doentes e promove a saúde.

Para Rojas (2008), o termo contexto é utilizado amplamente, e muitas vezes sem o devido enfoque, mas, em determinadas áreas do conhecimento, se identificam segundo o conteúdo de múltiplas formas. Entretanto, para essa autora, via de regra, todas as atividades humanas estão influenciadas por um contexto, político, histórico, sociocultural, linguístico, de saúde, dentre outros, e qualquer atributo, característica ou indicador esta condicionado a este, de forma que alcançam uma valorização ou significado diferente, segundo o contexto no qual se manifestem.

Segundo a autora supracitada, podemos apreender as múltiplas manifestações dos contextos no espaço, extraindo-se de seu conteúdo um conjunto específico de condições e recursos ecológicos, ambientais, culturais, econômicos e políticos nos quais ocorre a reprodução social e evolui a vida humana. Por isso, a informação de contexto geográfico da saúde e de seus determinantes, obrigatoriamente, deve utilizar dados históricos e atuais sobre as dinâmicas dos elementos contextuais, o que significa que não podemos mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade (ROJAS, 2008).

Diversos fatores determinam o estado de saúde, entre eles os fatores individuais, condições de vida, de trabalho, socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, e o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, podemos dar o exemplo de que as pessoas com deficiência enfrentam resultados socioeconômicos piores do que aquelas sem deficiência e de acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (SEDPcD, 2012), elas enfrentam maiores níveis de pobreza, menores taxas de emprego, menor nível educacional e acesso desigual aos serviços de saúde. Portanto, possuem necessidades não satisfeitas, quando comparadas a população em geral.

Na America Latina e Caribe o relatório da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe-CEPAL de 2012, denominado “El Panorama Social de América Latina”, constatou que a pobreza e a exclusão social dentro deste grupo considerado vulnerável, foram principalmente relacionadas a fatores como a falta de oportunidades de emprego adequadas, falta de recursos financeiros e falta de apoio e de proteção nas famílias e comunidades, bem como déficits de sistemas de transporte e outros serviços.



No Brasil, a Cartilha do Censo 2010 (2012) revela dados sobre o perfil das pessoas com deficiência que comprovam que as condições de vida dessa população estão vinculadas à falta de escolaridade, trabalho e acessibilidade.

No entanto, refletindo sobre as informações supracitadas, e não desvalorizando sua significância quando revela o perfil desta população através de pesquisas censitárias, concordamos com Barcellos (2008) quando este argumenta que os índices ou indicadores sintéticos reduzem a diversidade de situações de saúde e as possibilidades de intervenção sobre seus determinantes (BARCELLOS, 2008). Portanto, apenas indicadores não são o suficiente para se entender a complexidade da realidade das pessoas nos espaços em relação à saúde.

Assim, consideramos que a reflexão geográfica pode nos revelar novos horizontes para o entendimento de tais contextos de vida. E a Geografia da Saúde, ainda que seja um campo em franco desenvolvimento no Brasil, dada a sua importância teórico-metodológica e empírica nas questões ligadas à Saúde Coletiva do país, ainda detêm uma certa distância a ser percorrida no que tange à abrangência de suas contribuições, especialmente dentro da própria Geografia brasileira (ALIEVI e PINESE, 2013). Mas, ela pode contribuir tanto em termos de teorias e metodologias analíticas, como também nas práticas relativas ao campo da Saúde Coletiva, pois a abordagem da Geografia estabelece importantes relações escalares. Assim, é possível transitar entre as escalas locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia) e sua relação com os mecanismos globais (políticas públicas, infraestrutura, economia) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, dentre outros.

O principal desafio dos estudos sobre saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e, pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (CZERESNIA, 2003).

Nessa apreensão, não pretendemos homogeneizar o espaço produzido pelas relações sociais, especialmente as relações produzidas pelas pessoas com deficiência motora. Isto porque estamos certos de que este é inerentemente relacional, multidimensional, dinâmico e envolvido por representações coletivas. Pelo contrário, na presente tese será fundamental a análise da deficiência, particularmente a deficiência motora, nessa articulação de determinantes, o que

pode nos indicar como se dá a apropriação social de corpos com limitações motoras através de uma análise geográfica, a partir de seus contextos específicos de acessibilidade à saúde.

### **3.1- Determinantes para a acessibilidade à saúde**

Em Presidente Prudente-SP, por meio das entrevistas realizadas, pudemos perceber que as variáveis, educação, trabalho, lazer, renda, legislação, participação política, serviços e políticas sociais se materializam em um contexto geográfico que influencia de forma específica a saúde das pessoas com deficiência motora entrevistadas, vindo, portanto ao encontro de muitas questões discutidas até aqui referentes a acessibilidade à saúde.

No mapa 6 (p. 63) vimos que existe uma satisfatória cobertura do território pelas unidades de saúde de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no entanto, segundo Machado (2008), grande parte da sociedade sequer imagina as dificuldades enfrentadas no dia a dia das pessoas com deficiência e suas famílias em busca de saúde.

#### **3.1.1- Serviços e acessibilidade à saúde**

Para Deslandes (1997), uma análise dialética não deveria pensar o serviço em si, mas a sua atuação, suas influências internas e externas, vivências, estruturas e processos que constituem sua prática e não inclua somente a base empírica das ações, mas, sobretudo, também inclua o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta atuação. Por isso, é preciso analisar o resultado dos serviços disponíveis para a acessibilidade à saúde a partir das representações que as pessoas com deficiência motora entrevistadas fazem deles.

De acordo com os colaboradores, geralmente é satisfatória a sua acessibilidade aos serviços de saúde, talvez pela proximidade geográfica das suas casas a uma unidade de saúde:

No caso passo pelo PS... Da família, e tem o postinho aqui...  
Às vezes que eu precisei sempre fui atendido, nunca tive problema não! Eu já fui mais ao postinho, no PS eu não

recordo que eu fui. Mas no postinho no ponto de tratamento dentário, tratamento de cicatrização do tornozelo... Sempre fui bem atendido! Chega lá e se precisar ser atendido na hora eles atendem. L

As Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias Saúde da Família<sup>4</sup> devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão. Mas, como destacamos, para garantir mais equidade em saúde às pessoas com deficiência precisam ter também o enfoque de ações preventivas que evitem ou minimizem o agravamento da deficiência. Por esse motivo é preciso ressaltar a influência positiva para a saúde dos entrevistados que tem uma Estratégia Saúde da Família-ESF perto da sua residência. Cinco das pessoas entrevistadas destacaram que os agentes de saúde vão às suas casas pelo menos uma vez por mês para fazer prevenção e saber como está a sua saúde, mesmo que apenas pelo âmbito da falta de doença, pois de acordo com os relatos fazem visitas para medir pressão e saber como está a saúde (do ponto de vista biológico).

Entretanto, existem barreiras, que em termos legais se manifestam como desacato aos direitos de acessibilidade à saúde, de acordo com a fala das pessoas entrevistadas. Como por exemplo, a falta de capacitação profissional:

*A falta de fisioterapia me atrapalhou muito. Se tivesse uma que viesse aqui. A gente pede, falam que vai mandar, vai mandar, mas não manda! Vinha uma fisioterapeuta aqui que parecia mais psicóloga, porque só me fazia pergunta!! Como você é fisioterapeuta se você não toca no paciente?! AA*

Bem como, a pouca humanização<sup>5</sup> no relacionamento com o paciente:

---

<sup>4</sup>A Estratégia Saúde da Família, instituída pela Portaria 648/ 2006, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, ou separadas destas. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Mais em Neves, 2006.

<sup>5</sup>A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (FIOCRUZ, 2014).

Aí ele falou (o médico) "o problema dela é distrofia de cinturas, é degenerativo e... ela vai ficar cadeirante... ela vai ficar tetraplégica, mas a gente não sabe se vai demorar 1 dia, uma semana, 1 ano, 2 anos." Eu fiquei parada, não sabia o que fazer. Se saia correndo. Se chorava. **G**

Não menos relevante é preciso destacar como os colaboradores gostariam que fossem a relação com os profissionais, representadas na fala de **AA**:

Se a minha mulher for à rua e pedir alguém pra ajudar comigo eles vêm na hora, mas se for depender do postinho, tem que ficar implorando! Eles tinham que valorizar mais a gente. Porque o que eles ganham depende da gente! O salário que eles ganham é pra cuidar da gente. Igual... Tem um juramento, de nunca deixar a pessoa desamparada! **AA**

De acordo com as regras legais, já destacadas no capítulo 1 desta tese, as instituições que oferecem serviços de saúde devem ser modificadas e dispor de acesso físico, mobiliário e adaptações ambientais relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência. Entretanto, é igualmente necessário que os profissionais que ali atuam sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar das pessoas e não falamos aqui só as com deficiência motora. Uma vez que legalmente está disposto a necessidade de profissionais de saúde com essas características.

Assim como todo cidadão, as pessoas com deficiência motora podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica ou odontológica. Afinal, está garantido junto aos princípios de equidade, integralidade e universalidade da assistência, que toda e qualquer pessoa, sem nenhum tipo de discriminação ou exclusão, têm direito aos cuidados de saúde, acessíveis na rede de serviços, proporcionando oportunidades de inclusão, e aqui concordando com Chaveiro e Neto (2009) quando ressaltam que a inclusão deverá abranger o direito das pessoas com deficiência possuir uma vida plena em todas as suas dimensões. Essa inclusão pode ser concretizada através da acessibilidade, entretanto, não só do ponto de vista geográfico, uma vez que ela está permeada por inúmeros fatores que a influenciam.

Infelizmente, não é o que percebemos a partir das falas, as quais nos revelam uma questão que incomoda muito as pessoas com deficiência motora entrevistadas, que é a demora de transporte e de atendimento:

No AME quando eu vou fico esperando 3 horas! Pra levar é rápido, mas pra voltar fico 3 horas esperando lá! Eles jogam você de qualquer jeito! Às vezes a ambulância vem com uma pessoa sozinha! Sempre tem que arrumar alguém pra poder por pra dentro. AA

Quando é uma coisa pequena eu vou aqui mesmo, mas quando eu vejo que é uma coisa um pouco mais... Que depende de 1 raio X eu vou ao HR. Aí no HR é um pouquinho mais demorado, dá um chá de maca na gente (risos), demora muito! J

O negócio é só que demora! M

Tem até relato de experiência de outros deficientes, em situação que foi vivenciada pelo entrevistado W:

Tinha um cadeirante, chegou 11 e pouco, vamos supor... Ele passou a tarde, a noite e o outro dia... Quando foi umas 4 ou 5 horas que foram colocar ele em uma cama. Ele estava sozinho no corredor. W

W disse que isso só não aconteceu com ele também porque a mãe saiu conversando com as enfermeiras e médicos dizendo que ele não poderia ficar muito tempo na maca esperando.

Nesses termos, a partir da fala da entrevistada G, a ideia de que o plano de saúde privado tem atendimento de melhor qualidade e mais rápido se torna compreensível, uma vez que esta é a única dos sete colaboradores que possui plano de saúde privado e para ela facilita com as recorrentes idas ao especialista da sua doença:

O Posto Alvorada ali em cima... Acho que uns 5 min... é pertinho. Espera um pouquinho né? Mas quando eu passo muito mal eu vou ao convênio. G

Por isso, experiências negativas no sistema de saúde, incluindo casos de insensibilidade ou desrespeito, também podem resultar em descrédito dos prestadores de serviços, falha na busca por assistência e crença no autodiagnóstico e autotratamento. Isso acontece com os entrevistados **AA** e **L**:

*Às vezes eu estou com uma dor, uma coisa... Ela (esposa) fala pra mim: vamos para o HR? Eu falo que nada! Deus vai tirar isso de mim! Aí tomo o remédio. **AA***

*Uma vez ou outra quando percebo que a urina não está muito boa tomo um antibiótico. Pra dar uma limpada na bexiga. No caso eu comprei (risos) sem ir ao médico. Do mesmo que eu tomei uma vez, eu comprei. **L***

A partir desses exemplos destacamos que a falta de acessibilidade à saúde, a partir dos serviços, pode se concretizar também em espaços de exclusão espacial. A experiência do colaborador **AA** é uma das mais impressionantes, pois para ser acolhido tiveram que recorrer à justiça para obrigar legalmente uma das unidades de saúde a atendê-lo:

*Todos falavam que a gente era fora de área (risos), do São Pedro e do Alvorada. A procuradora veio aqui e disse que independente de qualquer coisa eles tinham que me atender. **AA***

E essa não foi a única resposta sobre fazer valer os seus direitos à saúde, através da justiça. A mãe de **W** relata que cirurgias e remédios de alto custo indispensáveis e urgentes foram conseguidos via intervenção da promotoria pública de Presidente Prudente-SP.

Ao falar em garantias legais, em Presidente Prudente-SP, o atendimento marcado por telefone não funciona como deveria, mesmo estando no seu Artigo 5 descrito que as unidades de saúde deverão afixar em local visível à população, material indicativo do conteúdo da lei. No entanto, todos os entrevistados não sabiam da referida lei, e dois deles relataram ter que ir de madrugada para pegar ficha de atendimento na unidade de saúde.

Outra questão importante se refere ao acesso aos direitos e serviços a partir do conhecimento das leis que dão garantias específicas às pessoas com deficiência:

Faz uns 5 anos. Desde que inaugurou o AME. A gente ficou sabendo pela televisão, ninguém avisou pra nós. Não. Eles não informam nada pra gente. O que a gente aprendeu foi por nós mesmos. AA

Essas coisas que o Estado fornece geralmente eles camuflam! W

Realidade diferente dos entrevistados que estão a par dessa legislação, e geralmente está atrelada às informações dadas dentro das instituições em prol de deficientes que conhecem. Como AV, que tem informações da Coordenadoria da Pessoa com Deficiência:

Eu uso as carteirinhas dos ônibus, a outra pra viajar pra Epitácio, que eu não pago nada também! E estou fazendo outra que é a interestadual. Fora o direito que o deficiente tem pra tirar um carro. Eu sei por que já estava pesquisando e vou tirar minha carta agora. AV

E L, que conseguiu informações sobre o Benefício de Seguridade Social dentro da Associação de Peregrinação do Rosário:

Todo deficiente que não tem condições de trabalho tem direito. Você vai ao advogado e ele pega os dados tudo certo e entra no pedido pelo INSS, ou então entra pela justiça, porque geralmente é pela justiça, porque jamais eles vão dá por conta própria! E demora anos... L

Por isso, o entendimento da saúde resultante deste contexto geográfico é mais que pensar a saúde do ponto de vista biológico e sua acessibilidade física, o contexto nos permite constatar que o conceito de saúde reflete a conjuntura de fatores, apesar de alguns dos entrevistados se referirem a saúde ainda do ponto de vista biomédico:

Saúde?... Tem que ser saudável... Hoje pra você... Ir se tratando... Ir ao médico... AV

*É estar bem, se acordou bem... No meu caso, principalmente é não estar doente, né? J*

Mas, em outros termos as respostas nos indicam algo que transcende as questões biomédicas e vão ao encontro da subjetividade desta condição:

*Não ficar em hospital (risos)!! W*

*Eu acho que é... A gente se sentir bem. Porque se você tem saúde e não sente bem a saúde não é legal. AA*

Assim, é possível perceber que o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde, além de ter garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos para a inclusão das pessoas com deficiência. Nessa apreensão, podemos considerar, a partir das falas dos colaboradores, que a representação da acessibilidade à saúde está frequentemente atrelada à forma como procuram, recebem e percebem o acesso aos serviços.

As visitas durante o trabalho de campo, principalmente às instituições sem fins lucrativos, possibilitaram perceber que elas se inserem neste contexto como elos que ligam a pessoa com deficiência motora à saúde e favorecem a qualidade de vida e o lúdico que os serviços de saúde não dispensam, pois estes serviços estão primeiramente ligados ao ato curativo médico. Por exemplo, a Associação de Peregrinação do Rosário promove fisioterapia mesmo para aqueles que já estabilizaram no desenvolvimento motor pós-deficiência, apenas visando à qualidade de vida e, de acordo com a assistente social da instituição, para tirá-los de casa pelo menos uma vez por semana. Assim como o Projeto Carona, que tem por objetivo o lúdico e o cultural durante o passeio mensal com pessoas com deficiência.

Essa apreensão nos remete a questão do lazer em função da possibilidade do desfrute de atividades que está atrelada a qualidade de vida. Ouvindo os entrevistados que não tem a possibilidade de sair de casa ou estão mais comprometidos fisicamente e não participam dessas instituições, percebemos a sua pouca interação com a cidade, como constatamos nas falas do entrevistado AA:



Tem um monte muitos lugares que eu tenho vontade de ir!  
Mas o único lugar que eu fico é aqui mesmo. Não saio daqui.  
Os amigos que vêm. AA

Outro ponto se refere à utilização da cadeira de rodas para se deslocar e se divertir. G, por exemplo, relata que devido sua deficiência tinha problemas em sair e chegou a ficar em depressão, entretanto quando decidiu retirar os próprios preconceitos com a cadeira de rodas, afirma que isso mudou sua dinâmica de lazer:

Eu usar cadeira? Meu pior pesadelo era a cadeira! Na primeira vez foi super constrangedor. Mas depois que eu sentei eu vi que era muito melhor! Eu fui à igreja... Fiquei muito sem graça... Todo mundo já sabia... Mas eu fiquei muito sem graça. A primeira vez que eu fui ao barzinho também eu fiquei... Parece que você é o centro das atenções e depois você leva para o lado bom, porque é bom ser o centro das atenções (risos)! G

Ao destacarmos aqui a cadeira de rodas, queremos ressaltar que está descrito no Decreto 3298/1999 sobre o direito do cidadão brasileiro com deficiência às Ajudas Técnicas, ou seja, a garantia de obter Tecnologia Assistiva<sup>6</sup> gratuito no intuito de promover melhor mobilidade, visto que tal equipamento aumenta as possibilidades de independência para as pessoas com deficiência. Todos os colaboradores da pesquisa utilizam cadeiras de rodas. Alguns encaram sua utilização como favorecedora de maior mobilidade como já destacamos as falas da colaboradora G. Outros não poderiam sair da cama se não a utilizassem, como os tetraplégicos. E ainda há outro que a representa como um símbolo negativo na deficiência, que é o caso do entrevistado L:

Pra mim ela é feia demais! Não é bonita não! Seria bom se eu não a visse aí (risos)! Detesto essa cadeira de rodas! L

---

<sup>6</sup>Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social". (BRASIL - SDHPR. – Comitê de Ajudas Técnicas – ATA VII)

Essa constatação é significativa devido a cadeira de rodas, como destaca autores como Matarazzo (2009) e Machado (2008), ser para as pessoas com deficiência como a extensão do seu corpo. Contudo, também confronta o deficiente com a realidade da diminuição de mobilidade provocada pela deficiência. Tanto que aqueles que possuem ou possuíram cadeira motorizada relata a significância dessa Tecnologia Assistiva mais sofisticada para um melhor deslocamento que com a cadeira convencional, como nos fala **L**:

Quando eu tinha a motorizada eu ia bastante (ao centro da cidade), dava umas voltas... Ia até o camelô, não tinha dificuldade não!!! **L**

Apenas **L** comprou sua cadeira de rodas e, por curiosidade, foi o entrevistado que há mais tempo convive com a deficiência, desde o ano de 1993. Isso nos faz pensar que houve melhorias no acesso a esse equipamento e podemos perceber a partir do seu relato:

No caso as duas eu comprei... Porque geralmente você precisa, né? E até fazer o cadastro e esperar... Não tem como esperar! Não é uma coisa que você vai pegar daqui uma semana! Ou no máximo 1 mês eles vão te dar! Você já tem necessidade rápido. **L**

Cinco dos outros entrevistados conseguiram suas cadeiras de rodas através do Projeto Lucy Montoro implantado no Ambulatório Médico de Especialidades-AME. Já a **M** conseguiu a sua por doação da Associação de Peregrinação do Rosário.

### **3.1.2- Renda, trabalho e acessibilidade à saúde**

A questão do acesso as tecnologias assistivas gratuitas como a cadeira de rodas por doação, nos proporcionou analisar melhor a questão do quanto viver com uma deficiência contribui para aumentar as despesas, e, conseqüentemente, tem-se que gastar para comprar equipamentos necessários para ter maior mobilidade e independência, pois a partir de algumas falas os entrevistados não conseguiriam comprar esses instrumentos devido possuir renda baixa. De acordo com **L**:

A vida da pessoa deficiente não é barata não! É cara! Uma dessas cadeiras aqui (a que estava utilizando) custa 1600,00!  
L

Assim, podemos dizer que a renda das pessoas com deficiência motora entrevistadas é baixa quanto fazemos a relação com o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes da área urbana de Presidente Prudente-SP, que é de R\$ 666,67 reais (IBGE, 2010). Pois, quando se considera a renda per capita dos moradores na residência das pessoas com deficiência entrevistadas, esse valor cai para R\$ 300,00 na família de **M** (com 5 pessoas e renda de até 2 salários mínimos); R\$ 375,00 na de **J** (com 4 pessoas e renda de até 2 salários mínimos); R\$ 420,00 de **G** (com 5 pessoas e renda de até 3 salários mínimos); R\$ 500,00 de **W** (com 2 pessoas e renda de até 2 salários mínimos). Aumentando para R\$ 724,00 (valor salario mínimo em 2014) para **AV** (com 1 pessoa e renda de até 1 salário mínimo) e as família de **L** (com 2 pessoas e renda de até 2 salários mínimos) e **AA** (com 2 pessoas e renda de até 2 salários mínimos).

Em um país marcado por elevados índices de pobreza e de desigualdade social como o Brasil, diversas pesquisas têm revelado as desigualdades socioeconômicas e como estas produzem impacto no perfil de morbimortalidade da população e no acesso e utilização dos serviços de saúde. Para Braveman (2006), as iniquidades em saúde não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas aquelas que colocam determinados grupos sociais em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais. Também é preciso considerar que a ocorrência de uma deficiência contribui, por sua vez, para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas na medida em que a pouca renda pode afetar o contexto de saúde.

Apesar do artigo 37, inciso VIII da Constituição Brasileira de 1988 e da Lei 8213/1991 tenha estimulado a inserção profissional das pessoas com deficiência, e algumas instituições visitadas, tais como a UNIPODE, Coordenadoria dos Direitos das Pessoas com Deficiência, Núcleo Tterê e Associação dos Deficientes Físicos de Presidente Prudente e Região, tenham como objetivo profissionalizar e incluir pessoas com deficiência ao Mercado de Trabalho. É importante destacar que nem

todas elas têm possibilidade de serem inseridas, geralmente, devido incapacidades mais severas a partir da deficiência.

Dos colaboradores da pesquisa, apenas **AV** tem trabalho, os outros 6 recebem benefícios ou aposentadoria devido sua deficiência impossibilitar trabalhar. De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (SDPcD, 2012), às vezes, ter a segurança e estabilidade do benefício ou aposentadoria pode deixar as pessoas com deficiência acomodadas a uma situação de falta de trabalho e, conseqüente, baixa renda, devido muitas vezes receber apenas salário mínimo como geralmente acontece no Brasil e realidade dos entrevistados da pesquisa.

Entretanto, para os tetraplégicos que possuem incapacidades ressaltadas e, principalmente, para os homens, parece que a questão de não poder trabalhar é muito relevante. Como por exemplo, o entrevistado **J** vai às lágrimas quando fala sobre essa a questão:

Foi o que eu mais senti! E sinto até hoje. Devido ao que acontece ao meu redor! Um exemplo, se eu estivesse trabalhando eu já tinha feito a área dessa casa! Se eu estivesse trabalhando eu já tinha murado ela. Então a dependência... Não é dependência que minha mãe tinha de mim... É que eu poderia estar ajudando ela. Então eu sinto falta disso. Isso todos os dias me deixa um pouquinho triste. Ver as coisas acontecendo ao seu redor e não poder fazer nada. Você sente um pouco... Me deixa abalado, triste. **J**

Já para **AA** voltar a trabalhar seria: pelo menos era uma distração! Você fazendo uma coisa que você gosta, a cabeça é outra coisa! Se eu tivesse condições de movimentar. Além disso, **AA** gostaria de ter mais mobilidade para, poder ensinar a sua profissão (de Gráfico) para as crianças carentes do seu bairro:

O que eu queria era as minhas mãos, pra poder ensinar pessoas que às vezes está aí sem fazer nada... E aqui mesmo em casa eu podia orientar essa pessoa e mandar para uma firma. Tem criança aí que o pai e a mãe não dão atenção. E com a gente... Ela senta aqui e fala: eu venho aqui e não quero ir embora. Porque sabe que vai chegar lá e não vai ter uma coisa pra comer, pra beber... **AA**

Além da pouca renda, é preciso ressaltar que, na maioria dos casos, uma pessoa do grupo familiar tem que parar de trabalhar para cuidar da pessoa com deficiência. No caso desta tese, as mães/cuidadoras ou esposa/cuidadora refletem essa realidade. Pararam de trabalhar as mães de **W**, **J**, **M** e a esposa de **AA**. Já a mãe de **G** trabalha por meio período para estar o outro livre e se dedicar às filhas, pois a irmã gêmea de **G** também tem a mesma doença degenerativa que ela. Apenas **L** e **AV** têm maior independência e não precisam de cuidador à sua disposição, apesar de que no início da deficiência as mães serviram de cuidadoras por um período.

Neste sentido, a deficiência, junto a pouca renda, influencia as condições de vida de toda a família:

*Essa é uma questão financeira! Se a pessoa tiver um cuidador que ajude ela e você possa pagar o salario dele, pra família é bom! Porque não precisa ficar pegando peso, não precisa... Muitas coisas deixar de fazer (ênfase nessa ultima palavra). Por exemplo, minha mãe teve que deixar o serviço pra poder a minha irmã continuar com a gravidez dela (a irmã que cuidava dele, mas engravidou e no fim da gravidez teve que fazer repouso e a mãe teve que sair do emprego pra ficar com dele). A minha irmã que me ajudava! J*

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (SEPCD, 2012), estudos de economia destacam que essa situação é muito problemática, pois a pessoa cuidadora se torna mais uma pessoa fora do mercado de trabalho, e, por conseguinte, a família tem menor renda. Esse contexto influencia sobremaneira a qualidade de vida dos entrevistados para além da deficiência como nos conta **L**:

*Eu acho que a minha deficiência não impede nada. Só se for a parte financeira pra não ir, no caso (risos). A parte mais financeira que a deficiência mesmo (risos). L*

### **3.1.3- Educação e acessibilidade à saúde**

Para complementar, percebemos que a realidade da renda e trabalho supracitada está relacionada, também, à baixa escolaridade dos colaboradores. Em

que **J**, **L** e **AA** têm ensino fundamental incompleto; **W** ensino médio incompleto; **M** é Analfabeta; já **G** e **AV** possuem ensino médio completo. Mas, apenas **G** não teve a relação idade-série defasada.

E, a desvantagem a partir da pouca escolaridade pode ser refletida nas falas de **L** e **J** a seguir:

*Posso dizer que o que limita mais é o estudo. Já tentei algumas vezes, mas teve algumas barreiras, então... L*

*Meu trabalho (sente falta depois da deficiência), porque eu trabalhava antes e hoje eu não posso trabalhar, a não ser patrão! Mas, pra patrão tem que estudar bastante (risos), uns aninhos de faculdade. J*

O acesso à educação, dentro do âmbito de discussões sobre acessibilidade, pode ser entendida como todas as possibilidades que permitam ao estudante com deficiência frequentar e se relacionar com a comunidade acadêmica. Tanto que no Artigo 24, a CDPD enfatiza a necessidade de os governos assegurarem acesso igualitário a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis e prover instalações razoáveis e serviços de apoio individual a pessoas com deficiência para facilitar sua educação (VITAL, 2008).

Mas, o que se viu para o entrevistado **W** foi uma longa jornada para garantir seus direitos e continuar estudando em Presidente Prudente-SP:

*No começo, quando eu fui pra São Paulo a segunda vez, eu nem sabia que ia conseguir voltar a estudar o ano passado. Mas eles me incentivaram e de lá ligaram pra outra escola que eu estudava em Montalvão (Distrito de Presidente Prudente) e conversaram com a diretora. Estava tudo certo!! E quando chegou aqui a diretora falou que a minha mãe tinha que ficar lá (na escola) se a escola recebesse. Falaram pra ela assinar um papel se comprometendo, a gente nem sabia que tinha o projeto do cuidador! W*

A mãe de **W** relata que obteve informações por meio da Promotoria, mesmo a diretora tendo de saber (devido constar em inúmeras leis da educação) que tinha a possibilidade de garantir o cuidador. Entretanto, mesmo conseguindo o cuidador, **W** tinha que ir de ônibus porque também não sabia que tinha direito de usar a Perua

adaptada que é fornecida gratuitamente pelo município após sua inclusão no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Viver Sem Limite (Decreto 7612/2011).

Para **J** a realidade foi diferente, o representante da escola fez valer os direitos garantidos por lei:

*Eu comecei o curso 1 mês antes dela começar e quando começou o dela eu ia parar pra ela continuar o dela. Só que o diretor do SENAC falou que não era pra eu parar, porque o SENAC proporciona uma enfermeira, então foi muito legal ter uma enfermeira todos os dias junto de mim 2 meses e pouquinho. Aí eu terminei o curso e só não dei continuidade porque minha irmã ficou grávida, não perdi a esperança não, vou continuar. **J***

Já a condição de analfabetismo de **M**, de acordo com a sua mãe, foi uma clara falta de respeito às leis de inclusão à educação, pois houve uma indicação da escola regular onde estudava a sua inserção na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE, argumentado que ela não conseguia acompanhar o resto da turma. Então **M** resolveu desistir de ir a APAE devido a falta de estímulo para aprender a ler e a escrever:

*Eu falei: eu vou sair dessa porcária! Não faz nada mesmo! Quando eu chegava era só pintura... Na hora do caderno eles não deixavam! Falava que eu tinha passado da idade. **M***

A falta de escolaridade também reflete uma representação de inferioridade, para além da deficiência e da renda baixa para **M**, quando começa a chorar e diz: eu vou aos lugares e ela fica jogando na cara dos outros (que ela não sabe ler). Queria ser inteligente, saber ler e escrever. E quando perguntamos sobre o porquê ela desistiu de estudar na APAE, a questão se revela nas dificuldades de aprendizado que se juntou a situação de preconceito e discriminação, até mesmo entre outros deficientes:

*Porque as meninas ficavam rindo do meu jeito de caminhar, aquelas bestas!!! E eu chorava. **M***

Nesta perspectiva, Deslandes (1997, p. 106) ressalta que:

“[...] a análise dialética, ao lançar mão do conceito de totalidade, preocupa-se em não restringir somente a descrição das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção daquele fenômeno ou processo social, mas analisar as conexões existentes entre os elementos que o determinam.”

Por isso, a partir dos determinantes discutidos até aqui, relacionados às falas captadas nas entrevistas realizadas, percebemos que além de serem particularmente vulneráveis à exclusão, as pessoas com deficiência motora sofrem com esse efeito combinado de fatores que podem afetar sua acessibilidade à saúde. E cada um dos fatores interage entre si e tem efeito no resultado do processo e caracterizam o cotidiano dessas pessoas que moram em áreas urbanas e podem ser vistas como condições preexistentes, mas também como o caminho pelo qual as intervenções podem levar à melhoria das condições de saúde.

Compreendemos que o acesso, as ações e os serviços para a saúde podem ser conceituados como a capacidade das pessoas obtê-los, quando necessitar de saúde. Entretanto, embora o SUS represente a política de saúde no Brasil e tenha ao longo da história garantido avanços significativos, as pessoas com deficiência ainda vivenciam dificuldades para garantir o acesso à saúde de qualidade. Desse modo, o estudo dos determinantes que se interpõem entre a população e a acessibilidade à saúde não é tarefa fácil, pois requer a análise de aspectos sociais, econômicos e políticos.

Minayo (2010) destaca que a representação da saúde como direito pode ser uma referência para a transformação das condições de vida das pessoas e aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais de produção, tais como: melhores salários, empregos, saneamento básico, transporte, moradia, educação e lazer.

Ao mesmo tempo, as instituições de saúde têm, em geral, baixa capacidade de promover equidade e alcançar os segmentos mais vulneráveis da população. Historicamente marcadas pelo autoritarismo, clientelismo e fragmentação institucional, os serviços para a saúde permanecem confrontados com os dilemas do assistencialismo, do corporativismo e da ineficiência (MAGALHÃES, BURLANDY e SENNA, 2007). Apesar de constar na Constituição Federal de 1988 que os fundamentos da nação são promover a dignidade da pessoa humana e garantir o



exercício da cidadania para que não hajam desigualdades sociais e sejam eliminados quaisquer preconceitos ou discriminações .

Portanto, é preciso repensar modelos de avaliações da saúde a partir de intervenções não dirigidas à saúde, desenvolver metodologias de análises factíveis e acessíveis dentro de uma visão integradora, multidisciplinar e multisetorial, articulando planejamento e Saúde Coletiva. Uma vez que, as características da distribuição geográfica da população, assim como suas características econômicas, sociais, políticas e culturais, podem proporcionar o planejamento em saúde com enfoque mais multidimensional, ao mesmo tempo em que, considera as especificidades espaciais e populacionais, no intuito de se obter resultados mais concretos quanto à acessibilidade à saúde.

Por isso, podemos dizer que a desigualdade sócioespacial em saúde tem relevância direta para a Geografia da deficiência (CHOUINARD, 2010). Pois, consideramos que está ligada a questões de justiça social e desigualdade em múltiplas escalas. Reconhecer os contextos de vida dessas pessoas se faz relevante, principalmente, no espaço urbano, uma vez que a maioria das pessoas com deficiência vive em países em desenvolvimento, onde as realidades urbanas se conjugam de forma singular e complexa, causadora de inúmeras segregações e exclusões das minorias (WHO; UN-HABITAT, 2010).

Para tanto, a articulação da escala do corpo com deficiência, espaço urbano e saúde, não pode ser tomada apenas como uma cadeia de interações abstratas, pois os processos gerais atuam sobre o lugar, moldando e adaptando esses processos nas condições particulares da vida de grupos sócioespaciais específicos. Para Olivier (1998), é preciso reelaborar o lugar do sujeito histórico, já que as representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la.

Nesta caso, consideramos que, através das falas dos colaboradores da pesquisa, a produção e reprodução dos impactos da deficiência no corpo e na vida cotidiana podem ser mensurados por uma construção subjetiva e objetiva, o que só é possível de ser vivenciada e avaliada pelo próprio sujeito e como ele se apropria de espaços específicos (MAKLUF et al, 2006), ou seja, reflete e refrata esses espaços.

## **CAPÍTULO 4**

# **PESSOA COM DEFICIÊNCIA MOTORA: O CORPO DO OUTRO NA CIDADE**

**“Eu queria tudo perto! Não ter esse negócio de subida não! Escada?!... Pra mim seria tudo plano pra eu deslizar (risos)” M**

Para Leite (2011b) viver na cidade pode ser um grande desafio para inúmeras pessoas que, ao se locomoverem pelos seus espaços, deparam-se com incontáveis obstáculos que as impedem de exercer muitas de suas atividades básicas diárias. Isso porque, geralmente, o espaço urbano oferece condições desiguais de acessibilidade.

Essa autora segue argumentando que no Brasil a mobilidade está relegada, na maioria dos casos, à capacidade e aos meios de que dispõem os diferentes segmentos sociais para realizá-la. Não existe uma política pública de mobilidade visando à acessibilidade que resulte em cidades menos excludentes, embora muitas conquistas devam ser destacadas, como as leis internacionais e federais destinadas a tornar acessível o espaço urbano para todos e, principalmente, para pessoas com deficiência. Tais questionamentos sugerem que as intervenções mais promissoras para modificar a mobilidade urbana são aquelas que procuram fazer mudanças direcionadas à inclusão e ainda assumam o meio urbano num contexto amplo, considerando-se os ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos.

O ambiente urbano aqui pode ser considerado como o resultado da edificação, da infraestrutura e do conjunto de serviços, tais como: o abastecimento de água, serviços de esgoto, fornecimento de energia elétrica, escolas, hospitais, sistema viário, policiamento, locais de lazer, dentre outros. É este ambiente que deve possibilitar a ação de vários agentes, no seu processo de desenvolvimento (CORREA, 2013).

Neste sentido, o espaço urbano não é um mero recipiente onde ocorrem as relações físicas, biológicas e sociais. Pelo contrário, o espaço urbano é um elemento ativo na produção e reprodução da experiência das pessoas com deficiência, assim como todos os seus outros moradores. Pereira (2006), no seu estudo sobre percursos urbanos em Presidente Prudente-SP, destaca que: “*Os aspectos sociais, econômicos, políticos urbanísticos e as características físicas da cidade são fundamentais para maior ou menor mobilidade*” (p. 53). E utilizar-se do espaço urbano e por ele circular está intimamente relacionado com o consumo de bens e serviços, também para deficientes físicos entrevistados em sua pesquisa. Para tanto, cabe aos envolvidos na construção e adaptações dos espaços, o dever de planejá-los de forma que as pessoas consigam circular por eles de forma plena e segura.

Dentro desse contexto, todas as pessoas, inclusive as com deficiência, ainda encontram muitas dificuldades para se locomover pela cidade, ficando impedidas de acessar os equipamentos públicos, entrar nos recintos, utilizar os meios coletivos de transporte, caminhar pelas ruas e calçadas, enfim, passam por dificuldades em seu deslocamento, pelo fato de o espaço de uso comum não ter sido planejado ou construído de forma que essa população possa usufruir. Por sua vez, como vimos no capítulo 1, cabe ao poder público municipal o planejamento do espaço urbano, visando a inclusão dessa parcela considerável da população.

Assim, consideramos que, a partir dessas reflexões, é necessário considerar as relações entre as marcas da deficiência inscritas no corpo e outros níveis de determinação sócioespaciais, uma vez que a mobilidade e acessibilidade urbana são concretizadas de forma diferenciada pelas pessoas (RESENDE, 2004). É possível dizer também que existem diferenças espaciais e de acessibilidade entre aquelas pessoas que, através da circulação pela cidade, buscam a saúde (ALVES, 2010). No entanto, como destaca Machado (2000), em relação às pessoas com deficiência física e com dificuldade de mobilidade, a pessoa com o “corpo partido” tem suas especificidades de tempo, movimento e espaço, ou seja, a sua vida se desenvolve em outro tempo e relações de movimento nos espaços, que não o mesmo dos ditos “normais”.

Para Britto, Jacques e Ahmed (2004), é preciso redesenhar o urbano a partir do corpo. Afinal, a cidade é percebida pelo corpo como conjunto de condições interativas e o corpo expressa a síntese dessa interação pela corpografia urbana, que diz respeito à experiência humana inscrita em diversas escalas de temporalidade, a partir do próprio corpo daquele que a experimenta, e dessa forma também o define. Indo mais além, é preciso entender essa acessibilidade da pessoa com deficiência motora pela sua corporeidade como componente da relação entre corpo, ambiente na sua interação com o outro, muitas vezes sendo o outro ou dependendo do outro para exercer essa corporeidade (SCORSOLINI-COMIN e AMORIM, 2010).

Essa é uma constituição de uma ideia de corporeidade envolvida na produção de identidades sócioespaciais que estabelece a noção de que o movimento, o deslocamento e as trajetórias espaciais dos corpos são elaboradas a partir da corporeidade, como se os aspectos do corpo se intercambiassem com a extensão espacial. No entanto, a articulação da escala do corpo e do urbano não pode ser

tomada apenas como uma cadeia de interações abstratas, pois os processos gerais atuam sobre o lugar, moldando e adaptando esses processos nas condições particulares da vida de grupos sócios espaciais específicos (SANTOS, 1996). Assim, é preciso entender como se dá essa apropriação social do corpo com deficiência motora que precisa se locomover em busca da saúde na cidade, uma vez que as cidades podem ser promotoras de inúmeras exclusões para esses corpos, quando contribui para a limitação da sua acessibilidade.

Para tanto, reforçamos essa perspectiva da pesquisa com as falas McDowell (1999):

“[...] o corpo e a cidade não são duas formas separadas e distintas...”, por sua vez o corpo (como produto cultural) transforma e reinscreve a paisagem urbana segundo suas distintas necessidades (físicas, simbólicas, dentre outras) num processo de ampliação do conceito de urbano para além de sua estrutura física (p. 101-102)”.

Pensando sobre a produção de escalas a partir do corpo, podemos exemplificar o recorte quando se coloca o corpo como capaz de transpor e reproduzir escalas, para além da sua caracterização geométrica. De acordo com Castro (2005), a escala exprime a representação das relações que as sociedades mantêm com uma parte do espaço. Para essa autora, a escala não deixa de ser uma medida, mas uma medida não do fenômeno, e sim aquela escolhida para melhor observá-lo, dimensioná-lo e mensurá-lo (p.127).

Para Smith (2000), a construção de escalas é uma materialização espacial de forças e processos contraditórios de competição e cooperação de questões sociais, geográficas, econômicas, políticas, dentre outras. Para tanto, defende que uma exploração teórica da produção das escalas, através de bases sociais, possa ajudar a fornecer uma linguagem e um conjunto de conexões para tratar das diferenças espaciais, bem como, entender como se concretiza o “salto escalar” de indivíduos marginalizados da vida urbana. Porém, resta sabermos como esta produção social do corpo de pessoas com deficiência motora se articula com outras escalas geográficas a partir das suas especificidades.

Para sennett (2003), é preciso reestabelecer uma reflexão crítica do desenho urbano, para não haver um empobrecimento da experiência urbana do corpo, uma vez que as cidades contemporâneas tentam homogeneizar as relações sociais, criando espaços físicos que comprometem a circulação do corpo no espaço urbano.

De acordo com o autor supracitado: “[...] tornarmos mais conscientes um do outro... constitui uma experiência fundamental para começarmos a conviver com as diversidades corporais e resistir diante a imposição de regras à imagem corporal dentro do plano urbano” (p. 304).

Assim, é necessário trazer à luz da Geografia essas questões, pois apesar das leis que garantem acessibilidade a todos, as pessoas com deficiência encontram na vida cotidiana uma organização espacial que as exclui da experiência urbana pela falta de acessibilidade. Isto ocorre porque as cidades oferecem inúmeros obstáculos que as impedem de viver em igualdade de condições com os outros cidadãos em busca de saúde (LEITE, 2011b).

Atualmente, muitos geógrafos já vêm trabalhando com a ideia de corpo como um espaço. Rich (1986) descreve o corpo como "a Geografia mais íntima". Ele marca uma fronteira entre o eu e o outro, tanto no sentido físico e fisiológico, mas também no sentido social. É um espaço pessoal, um órgão sensorial, um local de prazer e dor em torno do qual, definições sociais de bem-estar, doença, felicidade e saúde são construídas.

Essa reflexão deve ser colocada, pois, a compreensão da deficiência tem, geralmente, sido focada no corpo físico e com base no modelo biomédico. É por causa disto que os corpos com inaptidão individual são definidos, normalmente, pelas instituições de saúde, como "deficiente", porque eles não atendem clinicamente as normas definidas de forma, mobilidade ou habilidade. A importância médica e social que é atribuída à normalidade corpórea faz com que os indivíduos com deficiência sejam classificados como socialmente inferiores e como um "problema" para a sociedade, ou considerados como "corpos desviantes" (GLEESON, 1999).

Segundo Diniz (2007), assim como outras formas de opressão pelo corpo, como sexismo ou o racismo, os estudos sobre deficiência descortinaram a ideologia que supõe que há uma superioridade dos corpos não deficientes em comparação com os corpos com limitações físicas, uma das mais opressoras de nossa vida social, que humilha, estigmatiza e segrega.

Essa consideração está refletida na representação das pessoas com deficiência entrevistadas com relação ao seu próprio corpo e em relação à deficiência que possui:

Quem que gosta do corpo do jeito que é? **M**

Eu tinha problema com ele, agora não, só preciso emagrecer pra ficar mais fácil pra mim, mas não por estética! Pra mim... Acho que o corpo não deve ser o centro das atenções, o que importa é o interior, mas pra muita gente o que importa é o físico. **G**

As falas de **M** representa a experiência de ter um corpo com deficiência, mas talvez, poderia mesmo ser para qualquer pessoa sem deficiência, numa sociedade que estimula o corpo perfeito e a beleza física. Já em relação a **G**, posteriormente a sua fala destacada acima, quando perguntamos se descobriu que a aparência não importava antes ou depois da doença degenerativa que possui, ela responde: Depois (risos)! **G**.

Nestes termos, o corpo pode ser considerado o local primário onde nossas identidades pessoais são constituídas e significados sociais inscritos, uma vez que as identidades sociais e as diferenças são construídas em torno das diferenças corporais, tais como gênero, raça, idade e capacidade. Não obstante, essa questão se efetiva a partir das respostas das pessoas com deficiência motora entrevistadas sobre o que têm vontade de fazer e que não podem mais, depois da deficiência, e se manifesta em uma clara diferença na construção de gênero existente na nossa sociedade. Como exemplo, temos as entrevistadas **G** e **M** narrando o anseio de usar salto alto e fazer trabalhos domésticos e cuidados respectivamente:

Eu gostaria de poder arrumar a cozinha direito pra minha mãe. Por que quando eu vou... Minhas pernas ficam assim... (me mostra com as pernas estão tortas). Eu queria ficar forte pra ajudar minha mãe em tudo! Colocar a minha irmã no banheiro. Agora eu mal varro a casa agachada. **M**

... dá vontade de ficar em pé, usar salto... Eu uso na cadeira, mas não uso por causa da minha irmã, porque a vontade dela é usar salto também, e eu não vou pôr se ela não vai pôr né? E a gente sai junto e aí a gente sai de sapatilha. **G**

Os entrevistados **W**, **J** têm vontade de voltar a pilotar moto e os colaboradores **AA**, **L** e **AV** gostariam de voltar a jogar futebol.

Andar de moto!! Eu pilotava a moto dos meninos (risos). **W**

Sinto... (responde com estivesse revivendo a época em que pilotava) É gostoso, andar de moto da a impressão de que você é livre. **J**

Eu tenho vontade de um dia jogar com meu neto... Eu tenho neto que vai fazer 18 anos agora e joga, e eu queria estar com ele jogando. A primeira bola quem deu pra ele foi eu. Eu ainda não tinha sofrido o acidente, ele tinha 3 aninhos. **AA**

A gente lembra, né?! De quando jogava bola, andava de bicicleta, nadava... Tudo isso aí a gente lembra! **L**

Hoje o que mais não dá pra fazer é jogar futebol... Às vezes a gente dá um chute, né (risos)? Antes eu jogava com os colegas meus na rua, hoje que não dá! **AV**

Assim, admitindo o corpo como “a Geografia mais íntima”, podemos considerar que o corpo não está só no espaço, é um espaço. O que para Rich (1986) coloca a possibilidade de pensar o corpo como um espaço por três enfoques, sendo este uma superfície que é marcada e transformada por nossa cultura. Um ser sensível, como base material para nossa conexão e experiência com o mundo. E o limite entre o espaço e o psíquico. Rich (1986, p. 216) escreve que “[...] *para localizar-se em seu próprio corpo significa reconhecer os lugares que ele [seu corpo] não te deixa ir*”.

Para Carlos (1996), esse corpo que se locomove, se reproduz através da apropriação e do uso da cidade. Para essa autora os corpos são:

“Modos de apropriação da realidade, produto modificado pela experiência do meio, da relação como o mundo, relação múltipla de sensações e de ação, mas também de desejo e, por consequência, de identificação com a projeção sobre o outro. Abre-se aqui a perspectiva da análise do vivido através do uso, pelo corpo (p. 21)”.



Para Rich (1986) nossos corpos materiais são a base da nossa experiência nos espaços cotidianos, uma vez que eles nos conectam com outras pessoas e lugares, mas também servem para marcar-nos como diferentes das outras pessoas. No entanto, infelizmente, tais diferenças, que são intrínsecas aos seres humanos, podem formar a base para a exclusão e opressão nas formas de se relacionar. Afinal, a deficiência ainda é refletida por preconceitos e distanciamentos de muitos para com as pessoas que não tem um corpo de acordo com o padrão de normalidade estabelecido por nossa sociedade ocidental, ou seja, belo, atlético, simétrico.

São muitas as situações de preconceito experienciadas pelas pessoas colaboradoras, mas também cabe ressaltar que eles, apesar de ficarem fragilizados emocionalmente, têm estratégias próprias para conviver e superar esses momentos:

*Hoje não sinto não. Mas antigamente... Não sei se é coisa da minha cabeça (risos), acho que antigamente era mais... Não sei se é porque hoje eu sou muito independente. Poucas vezes peço favores para as pessoas, na maioria das vezes eu me locomovo sozinho. Já vejo por esse lado, porque às vezes você vai pede um favor pra uma pessoa e a pessoa fala: ah não posso fazer não. Você pode tirar isso como a pessoa está desfazendo, sei lá... L*

*Por causa da deficiência... Fala: ah!... Parece que tem dó!... Da deficiência que a pessoa tem! AV*

*Sinto. Uma vez na feira... Uma vez não, esses tempos atrás o Ed (cunhado) veio aqui em casa... Eu não escutei, mas meu cunhado escutou! O cara falou: aqui não é lugar de cadeirante. (com relação aos amigos da escola) Não é preconceito... Mas, eles mesmos se restringem de conversar comigo. Mas eu sou muito brincalhão, chego zoando e eles vêm conversar comigo. W*

A pessoa com deficiência muitas vezes, apesar de não ser, é colocada como grupo sem capacidades de viver como todos, guardadas as suas devidas especificidades. Para algumas das pessoas entrevistadas, o mais negativo é considerá-los como incapazes mentalmente:

Não! Eu acho que as pessoas que sente preconceito pra gente, não sou eu que sinto, eles que sentem! Tem gente que fala: ai tadinho. Mas a minha mente é boa!!! AA

Tem muita gente que acha que porque é cadeirante tem problema mental também, mas tem uns que não! Acho que sim, porque tem gente que fica olhando parece se perguntando "o que que ela está fazendo aqui, sabe?" Dá vontade de falar "não eu sou cadeirante mas eu tenho mentalidade normal como todo mundo!" G

Pra eu mostrar que não fiquei com sequelas neurológicas eu comecei a jogar dama com eles! Porque eu não falava, estava com a traqueo(stomia). W

As falas acima refletem os estudos de Butler (1999), sobre experiências de lésbicas, gays e deficientes. Em que observa a existência de preconceito contra deficientes no seio das comunidades de lésbicas e gays, ao mesmo tempo, em que se percebe homofobia entre a comunidade de pessoas com deficiência. Ou seja, também existe preconceito entre as próprias pessoas com deficiência motora entrevistadas na relação com o diferente, mesmo que esse diferente também tenha alguma deficiência, no caso do nosso exemplo, das pessoas com deficiência mental/intelectual as quais eles não querem ser comparados.

Portanto, é possível ressaltar que nossos corpos fazem a diferença em nossa experiência com os espaços e com os outros corpos. Se somos jovens ou velhos, pretos ou brancos, podemos, pelo menos em parte, determinar as respostas coletivas para os nossos corpos. É por isto que, no processo de desenvolvimento geográfico desigual das práticas corporais, a análise da corporeidade é uma abordagem importante para o entendimento de como as pessoas com deficiência se afirmam no mundo de forma também desigual.

Assim, se através do movimento corporal as pessoas se comunicam com o meio em que vivem, é possível conceituar o corpo enquanto escala geográfica, buscando sua essência, isto é, um corpo que também se manifesta, que possui vontades e limitações (GALANTE, 2006). Para **G** e **W** exercer sua corporeidade a partir do outro/cuidadora é uma das barreiras essenciais para sua acessibilidade:

Eu acho que é depender da minha mãe ainda... É minha pior barreira. Porque se eu for pra rua, ela vai me leva e se eu for voltar 3:00 da manha ela vai me buscar (ênfase nesta frase).

G

Mudou um monte de coisa, agora que eu estou me acostumando a lidar com ele. De negativo restringiu a liberdade, fico dependente da minha mãe. W

Portanto, a reflexão feita até aqui nos remete ao entendimento da produção e reprodução do espaço cotidiano, cujo corpo é a escala elementar. Afinal, as pessoas (com deficiência ou não) não são passivas ao se relacionar com o meio urbano, e a escala geográfica do corpo pode ser considerada expressão de resistência e transgressão de barreiras à acessibilidade e obtenção de saúde.

Esse contexto se efetiva no plano urbano e a partir da mobilidade urbana, que retrata as formas integradas de circulação nas cidades, onde as pessoas, serviços e produtos, devem estar servidos por uma rede de infraestruturas de trânsito e transportes. Portanto, é tida como um atributo das cidades e se refere à facilidade de deslocamentos de pessoas ou bens pelos seus espaços; corresponde às diferentes respostas dadas por indivíduos e agentes econômicos às suas necessidades de deslocamento. Tais deslocamentos são feitos através de veículos, vias, calçadas e toda infraestrutura que possibilitam esse ir e vir cotidiano (PEREIRA, 2006).

Desta forma, para problematizar a Mobilidade Urbana consideraremos esta como a facilidade de deslocamento de pessoas e bens dentro de um espaço urbano, considerando a acessibilidade. E a acessibilidade, nos termos do Artigo 2 da Lei 10098/2000, entendida como a possibilidade e condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2006).

Para Alves e Raia Junior (2011, p. 6-7), a acessibilidade é fator de inclusão social para além da possibilidade de se deslocar com segurança, e se caracteriza na forma de:

“Um indivíduo se movimentar, locomover e atingir um destino almejado, dentro de suas capacidades individuais’, isto é, realizar qualquer movimentação ou deslocamento por seus próprios meios, com total autonomia e em condições seguras, mesmo que para isso

precise de aparelhos específicos. Nesse sentido, a acessibilidade é antes de tudo, uma medida de inclusão social”.

Abordaremos, portanto, em nossa análise, a importância de uma mobilidade que seja eficaz e permita a ocorrência da acessibilidade para que haja de fato a possibilidade de exercício do direito à cidade (CARLOS, 2007), ideia bem representada nas falas de **W** quando descreve o que acha ser acessibilidade: *Eu não sei se é, mas acho que é o direito de ir e vir de todos!*

Para tanto, essa acessibilidade deve estar associada a dimensões mais gerais, como barreiras e contextos específicos que as pessoas com deficiência motora entrevistadas vivenciam. E é nesta perspectiva que destacamos o Artigo 2 da Lei 10098/2000 quando define as barreiras que existem para a concretização da acessibilidade. Nesta lei está descrito que Barreira é qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso à liberdade de movimentos e à circulação com segurança das pessoas. E podem ser distinguidas como:

- Barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
- Barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;
- Barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transporte;
- Barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistema de comunicação.

É preciso ressaltar também que, nem sempre, a mobilidade possibilita a acessibilidade. Para que a equiparação entre mobilidade e acessibilidade ocorra é necessária uma adequada política de transportes atrelada ao planejamento e às políticas urbanas, de modo a favorecer a melhoria e a eficácia dos deslocamentos, contribuindo para que o acesso aos equipamentos de uso coletivo e aos espaços para as realizações das diferentes funções e atividades sejam adequados, principalmente para os segmentos que se encontram mais afastados da área central da cidade (PEREIRA, 2006). E este é o local de moradia das pessoas com

deficiência motora entrevistadas nesta pesquisa e possível de perceber no mapa 1 da p. 44.

Portanto, as pessoas com deficiência motora entrevistadas, bem como toda a população, só conseguirá usufruir de seus direitos se tiver uma cidade que esteja acessível, isto é, uma cidade em que a pessoa consiga se locomover e se deslocar livremente pelos seus espaços, ou seja, possam sair de sua residência, encontrar pelo seu caminho uma calçada que esteja com o piso adequado; as esquinas com rampas; transporte adaptado, dentre outras necessidades de deslocamentos (PEREIRA, 2006).

É necessário, também, que sejam retiradas as barreiras físicas, mas também as sociais que limitam os deslocamentos, como bem destaca o entrevistado **W**, quando revela o que a cidade de Presidente Prudente-SP pode melhorar em relação ao assunto em questão: Duas coisas! Uma é tirar os defeitos das calçadas. E outra é conscientizar as pessoas, porque um dia lá no AME o cara parou bem na vaga onde eu ia descer! Lá na rampa.

Assim, por meio do trabalho de campo, percebemos que as dificuldades de acessibilidade e mobilidade urbana das pessoas com deficiência entrevistadas começam pelo corpo, haja vista as limitações intrínsecas à deficiência motora (mais para uns e menos para outros, mas todas limitadoras) passando, ao mesmo tempo, a influenciar a relação deste corpo com as outras escalas da reprodução da vida destas pessoas, quais sejam: a casa, o bairro/entorno da casa e ao espaço urbano da cidade.

#### **4.1- Casa e acessibilidade ao espaço urbano**

Para Smith (2000) a casa, além de possuir uma localização física, é o lugar da reprodução pessoal e familiar. Ela oferece o contexto mais imediato onde a escala do corpo pode ser reproduzida. Esse autor também destaca que esta escala é marcada por diferenças de gênero, raça, idade, mas no caso deste trabalho é marcado também pela existência de uma pessoa com deficiência motora.

As casas das pessoas entrevistadas são na sua maioria residências cedidas pelo poder público (caso de **J** e **AA**) ou por familiares (caso de **L**, **G**, **AV**). Já **W** e **M** possuem casas próprias. Entretanto, a condição de **M** tem um agravante, pois,

segundo a sua mãe, o pai que mora em outra residência, de vez em quando manda elas saírem da casa, dizendo que é dele e, apesar de ainda serem casados oficialmente e ela ter ficado responsável pelos cuidados das duas filhas com deficiência, porque a irmã de **M** também tem deficiência, devido ter contraído Poliomielite quando criança. Por isso, indo ao encontro das ideias de Smith (2000), a escala da casa de **M** é um lugar marcado pela relação de gênero.

Outra questão relevante a ser destacada sobre as casas das pessoas colaboradoras da pesquisa é que seis delas não possuem adaptação. Somente a casa de **J** existia adaptação porque a assistente social que ajudou a família a obter a residência, junto ao poder público, pediu para adicionarem barras no banheiro. No entanto, apesar de estar contida em termos legais, essa adaptação não estava de acordo com as especificidades de adaptações para o tipo de deficiência de **J**, e o resultado podemos ver nas suas falas a seguir:

*O banheiro é adaptado, assim... Só colocou o corrimão, mas eu tirei o corrimão e usei pra colocar toalha (risos). Para que serve o corrimão pra mim? (olhando para o próprio corpo querendo indicar que não tinha nenhuma mobilidade, portanto não poderia segurar no corrimão). J*

Os resultados dessa falta de adaptação nas casas influenciam na acessibilidade aos cômodos das residências. Para **G** ir ao banheiro ela tem que fazer um trajeto maior, porém com mais facilidade de locomoção:

*Ai eu vou ao banheiro da minha tia, porque o meu tem que subir a escada, ele fica pra fora de casa. O da minha tia eu subo a rampa, entro pela garagem e entro na casa dela, é mais fácil. G*

Para **M** a dificuldade está em uma enorme escadaria para chegar/sair da sua casa. Para ela:

*Precisava de uma escada rolante!! É escada demais! Você não cansou? Eu desço com as mãos nas paredes porque eu quase caio ali. Tinha que ter uma rampa e um corrimão. M*

Já **J** sofre com falta de espaço e a entrada de raios solares no quarto onde fica quase todo tempo:

*Você está vendo o sol? (como não tem proteção como toldo ou área no quintal da frente o sol insere diretamente no quarto que é o primeiro da frente da casa). Pra mim importante seria fazer a área e a concretagem do quintal. Dentro de casa só me locomovo carregado da cama para o banheiro, do banheiro pra cama, ou da cama para o carro. Com a cadeira não dá pra ficar andando pela casa não! **J***

Outro entrevistado com problema de falta de adaptação da residência e, principalmente no banheiro é **W**:

*Tinha que aumentar o banheiro, o vaso e a parede atrapalha a cadeira de banho. **W***

Podemos cogitar que a pouca renda é o principal fator pelo qual as pessoas entrevistadas não conseguem ainda fazer as adaptações necessárias para que possam ter maior qualidade de vida. Pois, de acordo com **AA**, suas intenções são: *Quero fazer uma área pra ficar ali fora. Mas falta verba, estamos esperando...*

Entretanto, apesar das limitações de mobilidade, a casa como promotora da reprodução da vida diária para as pessoas com deficiência motora entrevistadas é o lócus da zona de conforto. O dia a dia para eles, geralmente, se desenrola em atividades corriqueiras e de acordo com o tempo e movimento do corpo (MACHADO, 2000). A seguir estão detalhadas algumas delas:

*Quando tem um som eu escuto umas músicas, jornal, um futebol, agora tem a copa. Senão eu fico aqui meditando, conversando... **AA***

*Eu acordo tarde (risos) e já está quase na hora do almoço. Da minha cama eu consigo levantar, porque eu apoio no guarda roupa, mas da cama da minha mãe não! Tem vez que eu faço almoço... Almoço e volto a deitar (risos). Fico no celular. **G***

Quando eu abro o olho (risos)... Nada! Quanto tem terapia eu faço terapia, se não eu fico olhando pra lá (para a janela) ou com os olhos fechados. A televisão eu enjoiei dela, então eu ligo mais a noite... Gosto muito de musica. Coloco o pen drive e fico ouvindo musica. A internet é legal (ênfase), mas eu não gosto muito não. **J**

Levanto, tomo banho, arrumo minha cama, dou uma arrumada na casa, vou pra cozinha limpo o fogão, esvazio umas panelas... Dou uma enganada na panela (risos), já não dá pra morrer de fome. **L**

Eu arrumo a cama, varro o terreiro, ai vem meu sobrinho... e suja tudo. Eu falo: puxa vida! Acabei de varre agora! Dá uma raiva! Almoço. **M**

Por sua vez, muitas vezes essa zona de conforto, que é produzida pela residência, se configura para estas pessoas em não sair de casa por opção, como para os entrevistados **L** e **J**:

Hoje eu não saio mais, antigamente eu saia mais. Porque eu não gosto mesmo (risos), sou muito preguiçoso pra ir ao centro. Só de falar de iro no centro eu já fico cansado (risos). Sou mais de ficar em casa mesmo! Nos vizinhos, os colegas ali pra frente... Mais por aqui mesmo. **L**

Como te falei eu não saio. Então eu não sei muito dos problemas... Como é lá fora. **J**

Ou por dificuldades de locomoção devido a deficiência, e passível de se perceber nas falas de **M**:

Eu não vou. Eu não ando sozinha! Eu não vou nem na casa das minhas colegas sozinhas. Se eu vou aí não tem com eu voltar (risos). **M**



#### 4.2- Bairro/entorno da casa e acessibilidade no espaço urbano

O bairro, aqui mais justificado pelo entorno da casa, a partir das informações captadas nas entrevistas, pode ser considerado a reprodução do corpo com deficiência extra casa. Assim, ciente de que as pessoas com deficiência precisam circular diariamente pela cidade, o IBGE pesquisou no Censo de 2010 a situação do entorno dos domicílios brasileiros. Assim, em cada face de quadra foram observados itens fundamentais para a acessibilidade, como calçadas/passeios e rampas para cadeirante.

Cabe destacar que os equipamentos das faces de quadra são de responsabilidade dos municípios e, por isso, se pressupõe maior facilidade de cobrança das comunidades aos representantes legais para a remoção das barreiras físicas encontradas nos entornos das moradias. No entanto, o ambiente do entorno das casas das pessoas entrevistadas ainda requer grande atenção por parte dos planejadores municipais. As Falas de **AA** representam bem essa realidade de falta de rampa na calçada para sair de sua casa em busca de saúde, quando diz: *Só saio de ambulância! O único problema é a escada quando sai. Precisa de uma rampinha.*

**AA**

Os dados da tabela 1 abaixo mostram que, de acordo com a renda per capita da maioria das pessoas com deficiência motora entrevistadas da pesquisa (de 1/2 a 1 salário mínimo per capita) e para um total de 18.631 domicílios pesquisados, cerca de 2/3 destes não possuem rampas para cadeirantes e existe ainda uma quantidade relevante de moradias sem calçada, ou seja, quase 1/3 delas não existem calçadas em seu entorno.

Tabela 1- Domicílios particulares permanentes, em áreas urbana, de 1/2 a 1 salário mínimo mensal domiciliar per capita e existência e características do entorno

Com existência de calçada	Com inexistência de calçada	Com existência de rampa para cadeirante	Com inexistência de rampa para cadeirante
17.785 Domicílios	675 Domicílios	673 Domicílios	17.787 Domicílios

Organização : ALVES, N. C. Fonte de Dados: Censo IBGE 2010.

Entretanto, a expectativa para a mudança dessa realidade, pela tomada de consciência e responsabilidade municipal, pode ser concretizada através do atual Plano de Mobilidade Urbana do Município de Presidente Prudente-SP, já citado no capítulo 1. Uma das metas deste plano é desenvolver o Projeto Calçada Legal, com o objetivo de implantação de passeios acessíveis, priorizando a acessibilidade e os deslocamentos dos pedestres e das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais-PNE e Mobilidade Reduzida, aprimorando assim a circulação nas vias urbanas do município, organizando usos do espaço público e a posição de elementos que equipam as calçadas da cidade (MARCHIORO, 2014).

Para os representantes das instituições, quando questionados sobre esse assunto, alguns responderam que é esperar pra ver, uma vez que, de acordo com eles, geralmente o que acontece é a implantação de obras apenas nas áreas centrais e visíveis da cidade, o que, por conseguinte, as áreas da cidade que as pessoas entrevistadas moram não seriam contempladas com essa infraestrutura.

Essa previsão nos colocaria frente à continuidade da falta de inserção e acessibilidade destas pessoas no entorno das suas casas e, conseqüentemente falta de acesso ao resto do espaço urbano, pelas dificuldades encontradas ao tentar realizá-lo. O que, pela escada presente na casa de **M** e na rampa íngreme na saída da casa de **W** destacadas nas fotos 1 e 2 abaixo, podemos visualizar as primeiras dificuldades para sair de casa que estas pessoas enfrentam.



Foto 1- Escada da casa de M.  
Fonte: ALVES, N. C. Trabalho de campo, 2014.



Foto 2- Rampa íngreme da saída da casa de W.  
Fonte: ALVES, N. C. Trabalho de campo, 2014.

Nesses termos, podemos considerar as falas de Garcia (2012, p. 60) quando destaca que:

“Não há necessidade da acessibilidade por si só, mas ela aparece na medida em que o entorno no qual se encontra o serviço ou o produto que tenha que utilizar não esteja adaptado ou não possa ser adaptado facilmente às suas características e capacidades”.

#### **4.3- Espaço urbano e acessibilidade**

A falta de acessibilidade nos espaços públicos faz com que as pessoas com deficiência motora entrevistadas tenham sua reprodução diária restritas à suas casas. Assim, sem os espaços de sua cidade adaptados, não se tem acessibilidade, e sem esta, não há direitos iguais, não há inclusão (COSENZA e RESENDE, 2006).

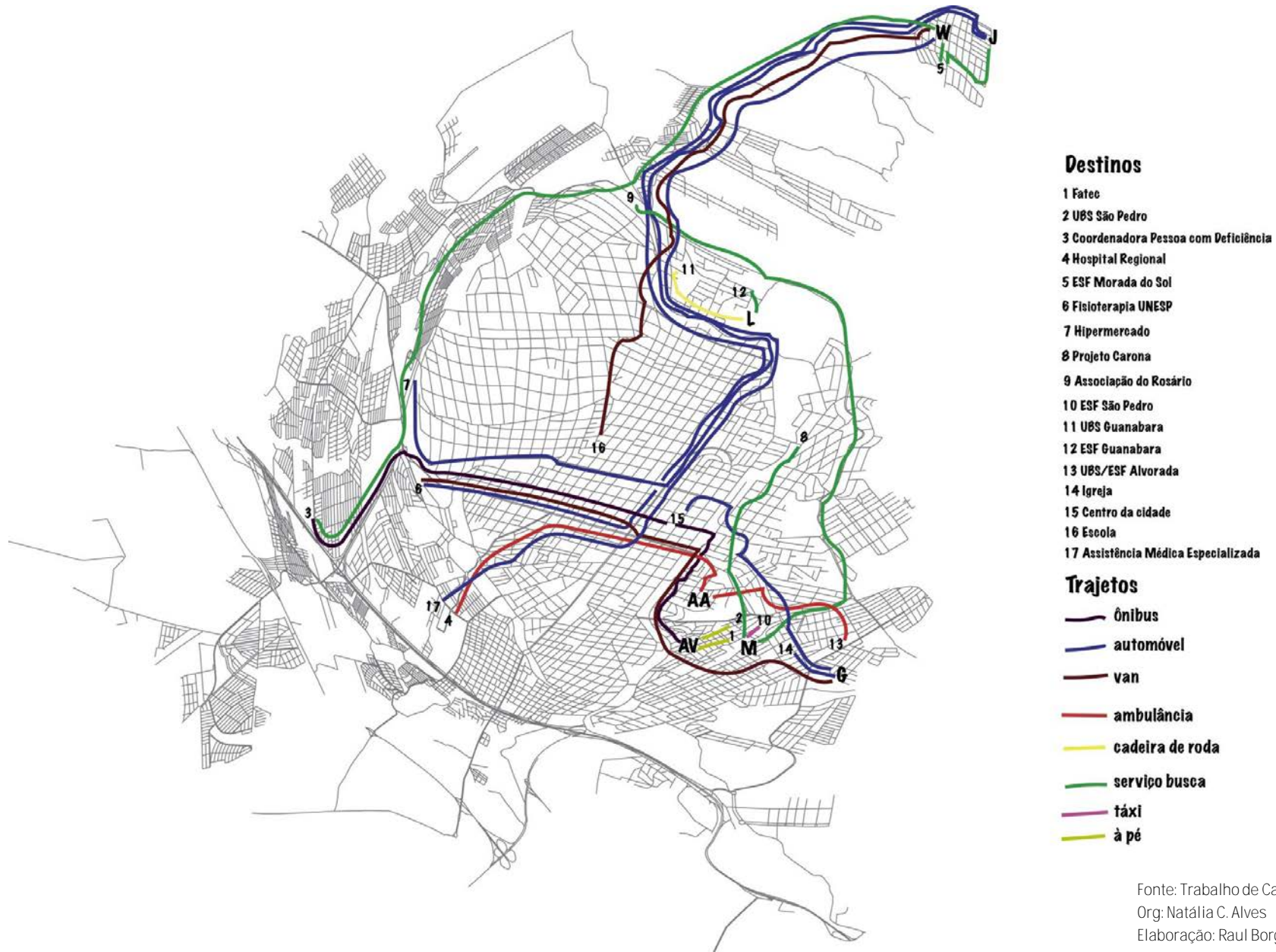
Como já vimos, o Município é considerado o principal responsável pela tomada de decisões e das ações executórias das políticas de acessibilidade, uma vez que ele é a esfera de governo mais próxima do cidadão e, assim, da vida de todos. Essa proximidade permite, ainda, maior articulação entre os vários segmentos que compõem a sociedade local e, também, a de organizações não governamentais, de representantes dos interesses privados na elaboração, implementação e avaliação de políticas urbanas (LEITE, 2011b).

Afinal, cabe ao Município a promoção do adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo, sendo, portanto, o responsável por formular a política urbana e fazer cumprir as funções sociais da cidade, possibilitando acesso e garantindo o direito a todos que nela vivem à moradia, aos serviços e equipamentos urbanos, ao transporte público, ao saneamento básico, à saúde, à educação, à cultura e ao lazer e, notadamente, o acesso ao meio físico aos que vivem na cidade (BRASIL, 1990 e Plano Diretor Municipal, 2008).

De acordo com os resultados do trabalho de campo e entrevistas, os deslocamentos principais das pessoas com deficiência motora entrevistadas pelo espaço urbano de Presidente Prudente-SP estão relacionados à procura ou atendimento de saúde. Tanto quando procuram ou são procuradas pelos serviços públicos de saúde como Unidades Básicas-UBS, Estratégia Saúde da Família-ESF, bem como pelas instituições assistenciais. Algumas exceções se dão para os

deslocamentos ao centro da cidade, escola e, deslocamentos que podemos visualizar no mapa 7 a seguir:.

Presidente Prudente-SP: Trajetos frequentes efetuados pelas pessoas com deficiência motora entrevistadas



Neste mapa, a malha urbana da cidade de Presidente Prudente-SP foi transformada numa anamorfose geográfica, deformando-se a área em função do número proporcional de pessoas com deficiência nas áreas de ponderação proposta pelo IBGE (2010) a partir do Software Scape Toad. Desta forma, a representação dos trajetos efetuados pelo espaço urbano foi elaborada numa métrica populacional mais próxima dos sujeitos da pesquisa, contrapondo-se à representação euclidiana dos mapas convencionais (FONSECA, 2007).

Os trajetos resultantes das respostas sobre os deslocamentos frequentes das pessoas entrevistadas demonstram que a mobilidade de alguns acontece diariamente, como o de **W** e **AV** para a escola e Fatec, respectivamente. Outros deslocamentos são esporádicos, quase inexistentes, por exemplos, nos casos de **AA** e **L**.

No mapa é possível perceber também que as pessoas entrevistadas da área 12 têm um espaço-tempo maior para se deslocar, geralmente em busca de saúde em outras áreas da cidade. Relação que algumas vezes é minimizada pela busca ativa dos que oferecem os serviços para a saúde. Entretanto, não podemos deixar de notar que existem muitos locais no espaço urbano desta cidade que não são vivenciados ou mesmo visualizados de forma presencial por estas pessoas.

Outra questão a se considerar no mapa é como eles se deslocam, geralmente através de algum veículo, principalmente o veículo privado que possibilita aos que o detém maior mobilidade, como **J**, **W** e **G**. Apenas **AV** se desloca com ajuda de suas próteses de membros inferiores (a pé no mapa) e **L** consegue ir de cadeira de rodas até a UBS. As outras pessoas entrevistadas, devido não ter carro e não conseguirem sair sozinhas precisam obter outros auxílios para se deslocar, por exemplo, taxi, ambulância e van.

Entretanto, as dificuldades de acessibilidade são inerentes a qualquer um dos trajetos realizados. **AV**, por exemplo, conta a sua experiência de quando circulou com a cadeira de rodas pelo centro de Presidente Prudente-SP antes do uso das próteses:

*Na cadeira tinha vez que... Carro! Deus me livre!! Quando eu andava na rua, tinha carro que não respeitava! Muito difícil! Uma vez, não sei se você conhece a Rua Drº Gurgel? Um dia eu vinha da Avenida Brasil, sentido ao Calçadão... Vinha do Palácio! E um carro virou bem na minha frente! Se eu não*

tivesse parado!!... Porque quando você está com a cadeira, remando, não dá pra você olhar! Quando vê o carro já em cima de você. AV

No entanto, as más condições das calçadas e rampas da cidade são os principais motivos de insatisfação das pessoas com deficiência motora entrevistadas. Tanto no centro como ao redor das casas, percebemos que essa é uma das barreiras para a acessibilidade urbana e interação escalar destas pessoas.

Mas na cidade não dá pra andar! As calçadas... Um tempo desse eu tive que ir à Caixa (banco), pra subir as calçadas não dava!!! E tem calçada que você tem que descer no meio da rua! Porque os postes não deixa você passar! Aquelas calçadas da Avenida Brasil são muito altas!!! Você tem que andar pelo meio da rua. (é preciso) Fazer rampas nas calçadas, pra você mesmo conseguir passar. AA

No centro só no calçadão mesmo, porque na rua de cima (paralela ao calçadão)... Tem o Econômico (supermercado)... Acho que é a barão! É muito ruim porque as rampas são altas, ou a calçada não bate com a rua! É horrível de passar! Parece que você vai cair da cadeira. Às vezes faz a rampa e recapeia a rua e esta fica mais alta, a rampa fica completamente fora de nível! G

Pra eu andar? Ando bem, tranquilo. Mas tem calçada muito ruim! Hoje já arrumou bastante o calçadão! Mas aquelas calçadas cheias de pedrinhas, sabe? Aquela ali eu não ando nem... Tem colega meu cadeirante que reclamava bastante. Porque era muito buraco! Hoje que está arrumando tudo! (precisa pra melhorar) Colocar uma calçada lisa! Não com aquelas pedrinhas! Um dia eu estava andando lá, quase caí!! (fala a frase com indignação). AV

As fotos 3 e 4 a seguir demonstram, no centro de Presidente Prudente-SP, as inadequações relatadas pelos colaboradores da pesquisa:





Foto 3- Rampa com elevação no centro de Presidente Prudente-SP.  
Fonte: ALVES, N. C. Trabalho de campo, 2014.



Foto 4- Calçada não uniforme com obstáculos no centro de Presidente Prudente-SP.  
Fonte: ALVES, N. C. Trabalho de campo, 2014

Para Pereira (2006), outra forma de se concretizar a mobilidade no espaço urbano é através do transporte coletivo. Para essa autora, é preciso uma conciliação e efetividade de políticas de transporte urbano para promover a mobilidade e a acessibilidade na cidade, de modo que se priorize a circulação do transporte público e coletivo, possibilitando a oferta de acordo com a demanda, em contraposição à presença massiva dos automóveis, principalmente nas áreas de concentração de equipamentos coletivos.

De acordo com o representante da Secretaria Municipal de Assuntos Viários-SEMAV, as duas empresas de ônibus interurbano presentes na cidade possuem ônibus adaptados, sendo que uma tem frota total de 71 ônibus, dos quais, 37 destes adaptados. E a outra frota, do total de 64 ônibus, 56 são adaptados.

Além destes números, revelou ainda que existem diversos projetos em negociação na secretaria em prol da melhoria da acessibilidade da pessoa com deficiência, quais sejam: projeto de mobilidade urbana, adaptação de prédios públicos, adaptação de praças, passeios e espaços públicos, novos semáforos sonoros, rebaixamento de guias (rampas), 100% de ônibus adaptados e táxi para deficientes.

Portanto, a partir dessas informações, percebemos que Presidente Prudente-SP, do ponto de vista da legislação da acessibilidade, ainda tem muito para adaptar e extrair barreiras, uma vez que inúmeros dos projetos supracitados já deveriam estar concretizados perante a legislação pontuada no Capítulo 1.

Por exemplo, consta no Artigo 16 da Lei 10098/2000 que os veículos de transporte coletivo deveriam cumprir os requisitos de acessibilidade estabelecidos nas normas técnicas específicas mediante a Lei 10098/2000, regulamentada pelo Decreto 5296/2004, que determina que todo o sistema de transporte coletivo e também pontos de parada, terminais e o sistema viário deveria se tornar acessível para todos até 2014.

Além disso, apesar de uma das empresas possuir cerca de 90% da sua frota adaptada, a informação sobre o número de pessoas com deficiência que utilizam o transporte coletivo cadastradas para poder andar de ônibus gratuitamente não abrange nem 3,8% dos aproximados 42.000 habitantes da cidade com alguma deficiência, é o que podemos perceber nos números da tabela 2 a seguir.

Tabela 2- Número de pessoas com deficiência cadastradas na SEMAV

Tipo de Deficiência	Física	Auditiva	Visual	Mental	Múltiplas	Orgânica
Número de pessoas	263	189	173	443	107	431

Organização ALVES, N. C. Fonte de Dados: SEMAV.

Portanto, devemos considerar que a dificuldade da pessoa com deficiência em transitar pela cidade não reside somente no transporte coletivo, mas também nos elementos que a compõem, nos seus percursos, no seu mobiliário e nos sujeitos que fazem parte do espaço urbano (CUNHA, 2012).

As pessoas entrevistadas, por exemplo, têm diversas razões pelas quais não circulam de ônibus coletivo pela cidade, que vão desde a falta de adaptação citada por **AV**, até falta de apoio dos motoristas relatada por **G**:

Tem uns que são bem difíceis! Tem uns lugares aí que não tem ônibus adaptado. Agora que tem essa lei, né? Pra todas as linhas ter ônibus adaptado. Quando o cara tem a prótese é mais fácil. Mas e quando é cadeirante? Eu já peguei varias barras dessas aí! **AV**

Depende do motorista. Já ouvi muitas pessoas reclamando, porque tem motorista que é super sem educação. Quando eu andava ainda era bem difícil subir no ônibus. Tem uns que não querem nem saber, param no meio da rua. Mas tem uns que são simpáticos e ajudam, param certinho... Depende mesmo da personalidade do motorista. De ônibus só andei uma vez pra nunca mais (risos)! Balança demais! Parece que a cadeira vai tombar! Eu não sei, acho que foi primeira impressão, porque como tem carro é melhor né? **G**

A falta de sensibilidade dos motoristas é uma das principais reclamações dos deficientes motores colaboradores da pesquisa. As cuidadoras, por exemplo, destacam, mesmo tendo adaptações nos ônibus, que é muito difícil encontrar um motorista paciente que preserve o tempo de mobilidade que uma pessoa com deficiência precisa para entrar/sair do veículo. Algumas disseram até que ao vê-los

no ponto eles passam direto, talvez por estar atrasado e ao parar para eles seria certo que demorariam ainda mais.

Em decorrência destas situações, os deficientes que possuem veículo próprio têm preferido se deslocar no espaço urbano por meio deste meio de locomoção. E esta facilidade de deslocamento, quando a família tem um carro, é citada nas falas de **J** e **G**.

*Se tiver alguém pra dirigir não tenho problema. Mas sozinho nunca! Se tiver quem me empurre e em leve eu mesmo resolvo. J*

*De ônibus só andei uma vez pra nunca mais (risos)! Balança demais! Parece que a cadeira vai tombar! Eu não sei, acho que foi primeira impressão, porque como tem carro é melhor né? G*

E **AV** relata a importância e quanto facilitaria ter um carro, ou seja, lhe possibilitaria saltar escalas (casa, bairro, espaço urbano):

*Pra locomover mais fácil. Por exemplo, ir ao mercado e não ficar esperando ônibus. Tem domingo aí que Deus me Livre! É um ônibus por hora! Tem vez que demora o ônibus aqui eu vou lá para o terminal. Às vezes quando eu chego lá eles estão chegando atrás (risos). Quando eu era de cadeira... eu andava um monte por aí, tem uma descida aqui perto que eu passava direto e empinando as vezes. Andava só na rua. AV*

Entretanto, **AV**, **AA**, **M** e **L** não possuem essa possibilidade de interagir com o ambiente urbano a partir da maior comodidade e facilidade de deslocamento, do ponto de vista tempo-espaço que o carro proporciona, e muitas vezes preferem ficar na zona de conforto das suas casas sendo induzidos à auto segregação. Chegando a fazer comentários preocupantes quanto a representação que fazem sobre ter uma deficiência, como para **M** e **J**, que revelam a falta de vontade de mudar e/ou reivindicar seus direitos à acessibilidade para que sejam implantados na prática. No entanto, apenas o que eles querem é continuar na zona de conforto ou terminar com a própria vida:

Porque não é uma coisa que você aceita, você se conforma e não aceita, mas aprende a viver com aquilo. Todo dia você está ali... Está vivendo um dia por vez. J

Ultimamente eu não estou gostando de nada! Vou falar a verdade! Eu não estou gostando nem de viver mais (fala com entonação abafada). Eu estou desistindo de tudo já. M

Nessa apreensão, a acessibilidade vista como parte de uma política de mobilidade urbana que deveria promover a inclusão social, a equiparação de oportunidades e o exercício da cidadania dessas pessoas, produz um contexto no qual elas vivem isoladas e excluídas do espaço urbano. Nos dizeres de Oliveira (2012), uma pequena barreira na porta da casa pode vedar a entrada por toda a cidade.

Por essa lógica, a acessibilidade não pode mais ser vista como uma mera possibilidade de entrar em um determinado local ou veículo, mas sim na capacidade que as pessoas com deficiência motora terão para se deslocar, se movimentar pelos espaços da cidade, de maneira independente, com autonomia e segurança (ALVES e RAIA JUNIOR, 2001).

As leituras sobre este contexto permitiram refletir que, apesar de leis e muita luta por empoderamento destes sujeitos no Brasil e no mundo, eles ainda são considerados os “Outros”, os “Diferentes” que circulam pela cidade, e isso também se estende para além das barreiras físicas que constatamos neste capítulo. Uma realidade em que Matarazzo (2009) avalia como uma forma de impor invisibilidade às pessoas com deficiência, onde aqueles não deficientes, por medo do outro e do novo (o corpo com deficiência), muitas vezes criam uma barreira inconsciente que os impede de se relacionar com o universo amplo e diversificado destas pessoas. E por não transgredirmos essa barreira, com medo de invadir ou ofender, acabamos revestindo essas pessoas com uma “dolorosa capa de invisibilidade” (p. 22).

Segundo BUTLER e PARR (1999) e RESENDE (2004) as pessoas com deficiência são constantemente marginalizadas e excluídas através de uma gama de contextos espaciais, sendo avaliadas, devido sua “anormalidade”, como os “outros” no espaço.

Para Valentine, (2001), considerar o corpo como um espaço é aceitar que suas fronteiras são fluidas e produzidas por tensas relações sociais. Por sua vez,

Duncan (1996) e Pile e Thrift (1995) vão além e se referem ao corpo como uma escala geográfica, uma vez que as interações corporais produzem limites sócioespaciais intersubjetivos.

Sob este ponto de vista, o corpo é, atualmente, um importante local de resistência política e emancipatória na transgressão dos espaços (GLEESON, 1999; SILVA, 2009; VALENTINE, 2001). Considerando-se que o espaço geográfico e suas articulações são produzidos socialmente e essas articulações são possíveis através de muitas relações de poder, o espaço urbano apropriado por estes sujeitos não está dado a priori, mas é resultado de um jogo de forças entre diferentes atores sociais e interesses políticos. É por isto que a discussão a respeito da acessibilidade à saúde ganha relevância em nossa reflexão e pela qual podemos considerar que o espaço urbano é um elemento essencial para estudar, captar e analisar tais questões do contexto desses sujeitos.

Assim, podemos destacar a importância da acessibilidade das pessoas com deficiência motora colaboradoras da pesquisa para entender o funcionamento da mobilidade urbana em Presidente Prudente-SP. Pois aqui se estabelece um contexto de exclusão à escala urbana a partir da exclusão do corpo destas pessoas, bem como da reprodução social, uma vez que elas necessitam realizar constantes deslocamentos para satisfazer necessidades referentes a essa reprodução, que no caso desta cidade não se concretiza satisfatoriamente apesar das leis que regem as responsabilidades municipais para tal.

O contexto de direito à cidade aqui pode ser exemplificado nas palavras de Carlos (2007) a seguir, quando esta autora descreve que a cidade não é apenas receptáculo, mas também reprodução da vida cotidiana das pessoas pela apropriação dos seus espaços, o que deveria ser incorporado nas políticas de planejamento de governos, mas geralmente o que acontece é que:

“A cidade é vivenciada por seus habitantes como local de privação, de perda e de estranhamento, o que revela os descompassos entre o tempo da vida e aquele da transformação da morfologia urbana imposta pelas políticas urbanas no seio do Estado, e tais descompassos demonstram a existência de uma produção alienada da cidade (p. 117)”.

Da mesma forma, se a comunicação corporal ocorre influenciada por uma totalidade de dimensões do real, a apropriação corporal dos espaços pelos sujeitos

pode modificar e ser modificada pelo que lhe é externo (a acessibilidade à saúde, por exemplo). Por isso, devemos incorporar dentro desse contexto de exclusão espacial urbana que a efetivação desta acessibilidade nem sempre acontece de forma simples e adequada, estando relacionada, portanto com inúmeras determinações políticas, sociais e econômicas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**“Se o lugar não está pronto para receber TODAS as pessoas, o lugar é deficiente”. Thais Frota**



Nesta tese discutimos algumas barreiras que ainda persistem para as pessoas com deficiência, principalmente, as relacionadas a acessibilidade à saúde, a despeito dos esforços internacionais e nacionais expressos nas leis, políticas públicas e mobilização de grupos engajados nesta discussão.

Assim, como refletimos durante esse trabalho, a acessibilidade à saúde pode ser vista como uma forma de compreensão dos processos de produção e reprodução dos espaços urbanos contemporâneos, especialmente por que o uso e apropriação da cidade podem revelar inúmeras formas de desigualdades sócioespaciais e exclusão. Principalmente quando se analisa a acessibilidade a partir de pessoas com deficiência motora, esta desigualdade geralmente tem como marca a representação destes sujeitos como o outro na cidade.

Uma vez que em Presidente Prudente-SP há uma boa cobertura dos serviços de saúde, foi preciso entender a condição de vida das pessoas com deficiência motora nos bairros de residência, a falta de acesso à saúde, e como o processo de busca e obtenção efetiva de saúde pode agravar desigualdades de mobilidade, pois esta população enfrenta várias desvantagens ao se locomover pela cidade, como barreiras arquitetônicas urbanísticas, nas edificações, nos transportes e nas comunicações.

Nessa apreensão, percebemos que a restrita acessibilidade aos espaços da cidade inviabiliza, para as pessoas com deficiência motora entrevistadas, o exercício de direitos básicos do ser humano, não só da saúde, mas, também da educação, trabalho e lazer. Portanto, não se concretiza o direito à saúde, tão preconizado pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por inúmeras outras leis e documentos, internacionais e nacionais, voltados a estabelecer maior inclusão dessas pessoas na sociedade.

Na Geografia esta temática é incipiente, mas, a partir dos referenciais bibliográficos que consultamos, já está posta a demanda por mais estudos que contemplem o contexto sócioespacial das pessoas com deficiência. É preciso dar voz a esses sujeitos, pois nenhum planejamento, nem política pública poderão ser implantados com sucesso se não absorver quais as necessidades efetivas desta população.

Por isso, no intuito de dar voz a estas pessoas, a escolha da Metodologia Qualitativa e entrevistas pela História Oral Temática foi de suma importância para captar as representações que perpassam a vida da pessoa com deficiência motora e

saber quais as determinações que influenciam o seu contexto de acessibilidade à saúde. Tal procedimento metodológico foi realizado não só para a compreensão de comportamentos, mas, ao mesmo tempo, considerando a inserção desses sujeitos em seu grupo social, o que está submetido a muitas outras influências (cultura, classe, política). Neste caso, podemos dizer que, através das entrevistas, o contexto dos impactos da deficiência no corpo e na vida cotidiana é influenciado também por uma construção subjetiva, o que só é possível de ser avaliada pelo próprio sujeito e como ele se apropria de espaços específicos.

Para nós a saúde não pode ser entendida apenas do ponto de vista fisiológico, ela também é caracterizada por uma gama de condições físicas, comportamentais, culturais e políticas, dentre outras. Saúde para as pessoas entrevistadas muitas vezes é apenas poder sair de casa e conseguir ter acesso a serviços básicos como educação, atendimento humanizado ou apenas ficar na zona de conforto da sua casa.

Entretanto, essa acessibilidade à saúde das pessoas entrevistadas é agravada por morar na periferia, onde faltam infraestruturas básicas para mobilidade desta população. Ou seja, as barreiras físicas se juntam às barreiras sociais e informacionais, direcionando para uma acessibilidade à saúde fragilizada ou quase inexistente, salvo aqueles que possuem um automóvel ou fazem parte de alguma Instituição ou projeto sem fins lucrativos.

Desta maneira, o corpo com limitações pode ser compreendido como uma superfície inscrita através das representações e reproduz uma conjuntura que se aplica a origem da desigualdade na apreensão do espaço urbano. Porém, como a necessidade de circular está ligada ao desejo de realização das atividades sociais, políticas e econômicas necessárias na sociedade, todas as pessoas deveriam conseguir se locomover pelos seus espaços com autonomia, segurança e conforto. Pois, sair de sua residência, vivenciar a cidade, são possibilidades de deslocamento e compõem a mobilidade urbana. Mas essa necessidade de deslocar depende de como a cidade está ou não organizada e vinculada funcionalmente às necessidades realizadas em seu espaço.

Para tanto, entendemos que a acessibilidade à saúde deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; sociocultural, com a adequação das

normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem considerando a sua especificidade; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. No entanto, essas determinações que conformam um contexto, geralmente passam despercebidas quando se propõe estudos, projetos e leis, além de não se discutir a falta de conscientização da sociedade, pois geralmente, pensamos a acessibilidade como a necessidade do outro e não a nossa (GUIMARÃES, 2008).

Portanto consideramos que todas essas dimensões podem ser cobertas por meio da construção de uma agenda social comum a partir do diálogo entre diferentes atores sociais. Em que seja possível aglutinar concepções e recursos em torno de objetivos, estratégias e resultados. Para isso é preciso acompanhar os efeitos destas ações através da captação de indicadores quantitativos, mas também qualitativos, para que a formulação e implementação de políticas sociais e planejamentos urbanos sejam mais eficazes.

Entretanto, a oferta de serviços da maioria das instituições para as pessoas com deficiência motora entrevistadas em Presidente Prudente-SP, ainda se baseia no Paradigma de Serviços que prega a integração pela produtividade. Portanto, ainda estamos distante do ideal que é desenvolver o Paradigma de Suporte que tem por objetivo promover uma sociedade inclusiva, com independência e empoderamento das pessoas com deficiência, uma vez que sejam feitas intervenções necessárias ao ambiente para o acesso a espaços comuns a todos.

Para tanto, a leitura intersetorial convergente em prol da defesa e implantação dos direitos da pessoa com deficiência, e mais especificamente da acessibilidade à saúde no caso de Presidente Prudente-SP é uma proposta que urge, uma vez que percebemos o empenho solitário de algumas instituições e seus dirigentes. Por isso, é preciso que se estabeleça o diálogo destes dirigentes com de outros setores, visando a melhoria da qualidade de vida dessa parte significativa da população que vive nesta cidade. Um exemplo que pudemos perceber seria a importância da conversa entre o setor de assistência social e dos serviços de saúde, pois durante a pesquisa foi possível perceber uma fragilidade de trabalho conjunto dessas duas áreas.

Assim, a partir das questões destacadas aqui, é preciso ressaltar a necessidade de se discutir no âmbito da Geografia essas questões. Apesar das leis que garantem acesso a todos, as pessoas com deficiência encontram na vida

cotidiana uma organização espacial que pode excluí-las da experiência urbana e da saúde. Isto ocorre porque as cidades oferecem obstáculos físicos e socioculturais que as impedem de viver em igualdade de condições com os outros cidadãos.

As características da distribuição geográfica da população, assim como suas características econômicas, sociais e culturais podem proporcionar e direcionar planejamento urbano e de serviços de saúde com enfoques multidimensionais. Assim, na medida em que consideram as especificidades espaciais da mobilidade urbana desta população, é possível de se obter resultados mais concretos quanto à acessibilidade aos serviços que promovam a saúde.

Os resultados conseguidos pela pesquisa, portanto, coadunam com a nossa hipótese de que o contexto de acessibilidade à saúde pode ter um papel importante na inserção das pessoas com deficiência motora entrevistadas no espaço urbano de Presidente Prudente-SP. Afinal, as dificuldades que estas pessoas passam para transpor barreiras no seu cotidiano, fazem com que sejam excluídas e se transformem em um grupo de invisíveis, o outro na cidade.

Algumas barreiras estão vinculadas ao espaço físico, outras na interação do indivíduo com seu entorno ou no acesso aos serviços, mas todas causam limitações e por isso, é preciso eliminar, planejar, organizar, unir e conscientizar, para que estas pessoas vivenciem a cidade como direito, com segurança, conforto e igualdade de condições.

Para tanto, uma das propostas está na perspectiva da implantação do Desenho Universal. Discussão que começa nos Estados Unidos em 1960 e tem como objetivo definir projetos de produtos e ambientes acessíveis para todas as pessoas, ou seja, todos os tipos de corpos. Assim, é preciso esforço e vontade política para produzir uma sociedade para todos, que reconheça todos os seres humanos como livres, iguais na equidade e com direito de exercer sua cidadania nas mais diversas experiências que o espaço urbano pode proporcionar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AGUDELO, Saúl Franco. Momento y Contexto de la Violência en Colômbia. **Revista Cubana Salud Pública**, Colômbia, v. 29, n. 1, p. 18-36. 2003.

ALIEVI, Alan Alves; PINESE, José Paulo. A geografia da saúde no Brasil: precedentes históricos e contribuições teóricas. In: ENCUESTRO DE GEÓGRAFOS DE AMÉRICA LATINA, 14., 2013, Lima. **Reencuentro de saberes territoriales latinoamericanos**: anais. Lima: Biblioteca Nacional de Peru, 2013. p. 1-17.

ALVES, Natália Cristina. **A cidade inscrita no meu corpo**: gênero e saúde em Presidente Prudente-SP. 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2010.

ALVES, Priscilla; RAIA JUNIOR, Archimedes Azevedo. Mobilidade e acessibilidade urbana sustentáveis: a gestão da mobilidade no Brasil. In: CONGRESSO DE MEIO AMBIENTE DA ASSOCIAÇÃO DE UNIVERSIDADES GRUPO DE MONTEVIDÉU, 6., 2009, São Carlos. **VI Congresso de Meio Ambiente da Associação de Universidades Grupo de Montevideú**: anais. São Carlos: UFSCAR, 2009. p. 1-15.

ARANHA, Maria Salete. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Brasília, DF, v. 11, n. 21, p. 160-173, mar. 2001.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

BAGGIO, Ulisses da Cunha. Considerações sobre a reestruturação econômica global e seus impactos sobre o território. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 12, p. 71-87, 2002.

BARCELLOS, Christovam. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In: BARCELLOS, Christovam. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 107-139. (Saúde em movimento, 6).

BECKER, Howard Saul. A história de vida e o mosaico científico. In: \_\_\_\_\_. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 101-115.

BERSCH, Rita. **Introdução à tecnologia assistiva**. Porto Alegre: Assistiva Tecnologia e Educação, 2013. Disponível em: <[http://www.assistiva.com.br/Introducao\\_Tecnologia\\_Assistiva.pdf](http://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Legislação brasileira).

BRASIL. Ministério do emprego e da segurança social. **Decreto lei nº 341/93 de 30 de setembro**. Brasília, 1993. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. 16 p.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Construindo a cidade acessível**. Brasília, 2007. 170 p. (Brasil acessível: programa brasileiro de acessibilidade urbana, 2).

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Cartilha do censo 2010: pessoas com deficiência**. Brasília, 2012. 32 p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2014. 180 p.

BRAVERMAN, Paula. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annual Review Public Health**, San Francisco-California, n. 27, p. 167-194, abr. 2006.

BRITTO, Fabiana Dutra; JACQUES, Paola Berenstein. Cenografias e corpografias urbanas: um diálogo sobre as relações entre corpo e cidade. **Cadernos PPG-AU/FAUFBA**, v. 7, p. 79-86, 2008. Edição especial.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-92, abr. 2007.

BUTLER, Ruth; BOWLBY, Sophia. Bodies and space: an exploration of disabled people's experiences of public space. **Environment and Planning D: Society and Space**, London, v. 15, n. 4, p. 411-433, Sep. 1997.

BUTLER, Ruth; PARR, Hester. **Mind and body spaces**. London: Routledge, 1999. 320 p.

CAMACHO, Vitor Augusto Luizari. **Problematizando mudanças espaciais e temporais entre os censos dos anos de 2000 e 2010: Os mapas da exclusão/inclusão social de Presidente Prudente/SP**. 2013. 91f. Monografia (Bacharelado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista Presidente Prudente, 2013.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010. 125 p.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. O direito à cidade e a construção de uma metageografia. In: \_\_\_\_\_. **O espaço urbano: novos escritos sobre a cidade**. São Paulo: Labor, 2007. p. 109-120.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996. 150 p.

CASTRO, Iná Elias de. O problema da escala. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. p. 117-140.

CEPAL-COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **El panorama social de América Latina**. Chile: Nações Unidas, 2012. 252 p.

CHAGAS, Eliane Ferrari. **Análise da qualidade de vida de pessoas com deficiência em áreas de exclusão social em Presidente Prudente**. 2007. 200 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria da Saúde, São Paulo, 2007.

CHAVEIRO, Eguimar Felício; NETO, Mendonça Wilson Lopes. **Sujeitos com deficiência em Goiânia: construção de uma metodologia para elaboração de políticas públicas**. Goiás: FUNAPE, 2009. 63 p.

CHOUINARD, Vera. Making space for disabling differences: challenging ableist geographies. **Environment and Planning D: Society and Space**, London, v. 15, n. 4, p. 379-387, 1997.

CHOUINARD, Vera; HALL, Edward; WILTON, Robert. Introduction: towards enabling geographies. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Towards enabling geographies 'disabled' bodies and minds in society and space**. Farnham: Ashgate, 2010. p. 1-21.

CONSENZA, Izabela Fernandes; RESENDE, Ana Paula Crosara. A cidade e as pessoas com deficiência: barreiras e caminhos. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 18, n. 35, p. 23-24, 2006.

CORREA, Roberto Lobato. Sobre agentes sociais, escala e produção do espaço: um texto para discussão. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (Org.). **A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2013. p. 41-51.

CRESWELL, John. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

CUNHA, Hermeneilce Wasti Aires Pereira. **Lugar de cadeirante é em casa?: mobilidade, acessibilidade no transporte coletivo e o espaço da diferença em São Luís**. 2012. 213 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2012.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_.; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007. 96 p.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973. 649 p.

DUNCAN, Nancy. **Bodyspace: destabilizing geographies of gender and sexuality**. London: Routledge, 1996. 278 p.



EYLES, John. La recherche qualitative em géographie da la santé. In: FLEURET, Sébastien; THOUÉZ, Jean-Pierre. (Org.). **Géographie de la santé: un panorama**. Paris: Econômica, 2007. p. 150-160. (Collection géographie).

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005.

FIOCRUZ-FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Humanização**. Texto publicado no site Pense SUS. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FLICK, Uwe. O que é pesquisa qualitativa? In: \_\_\_\_\_. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 15-32.

FONSECA, Fernanda Padovesi. O potencial analógico da cartografia. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 87, p. 85-110, dez. 2007.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2002. 80 p.

FRENK, Júlio. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública México**, México, v. 27, n. 5, p. 438-453, sept./oct. 1985.

GALANTE, Regiane Cristina; GONÇALVES JUNIOR, Luiz. **Educação pelo lazer: a perspectiva do programa curumim do SESC Araraquara**. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

GARCIA, Carla Cristina. **Sociologia da acessibilidade**. Curitiba: IESDE Brasil, 2012. 156 p.

GIL FILHO, Sylvio Fausto. Espaço de representação: epistemologia e método. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, 5., 2003, Florianópolis. **V Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia: anais**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2003. p. 2512-2520.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GLEESON, Brendan. Introduce. In: \_\_\_\_\_. **Geographies of disability**. New York: Routledge, 1999. p. 1-12.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amâncio; LIMA, Samuel do Carmo. **Geografia da saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis, 2014. 160 p.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. Suplemento.

IBDD-Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Inclusão social da pessoa com deficiência**: medidas que fazem a diferença. Rio de Janeiro: IBDD, 2008. 48 p.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/default\\_caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm)> Acesso em: 08 jun. 2012.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Inclusão social da pessoa com deficiência**: medidas que fazem a diferença. Rio de Janeiro, 2008. 312 p.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sobre deficiência em Presidente Prudente-SP, censo 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354140&search=sao-paulo|presidente-prudente|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2012. 211 p.

KOZEL, Salete. As representações no geográfico. In: MENDONÇA, Francisco; KOZEL, Salete (Org.). **Elementos de epistemologia contemporânea**. Curitiba: Ed. UFPR, 2009. p. 215-232.

LEITE, Flávia Piva Almeida. A promoção da acessibilidade para as pessoas com deficiência: a observância das normas e do desenho universal. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 93, out. 2011.

LEITE, Flávia Piva Almeida. Direito ao acesso ao meio físico da cidade. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 94, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10620](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10620)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LIMA, Luiz Henrique. Acessibilidade para pessoas portadoras de deficiências: requisito da legalidade, legitimidade e economicidade das edificações públicas. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 11, n. 1233, p. 1-17, nov. 2006.

LUZ, Madel Teresina. É a promoção da saúde um novo paradigma? In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 217-225.

MACHADO, Wiliam Cesar Alves. **Tempo, espaço e movimento**. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000. 177 p.

MACHADO, Wiliam Cesar Alves. **Vivências e deficiências**: recortes da realidade. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2008. 216 p.

MAGALHÃES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1420, nov./dez. 2007.

MAKLUF, Ana Silva Diniz. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, fev./mar. 2006.

MARCHIORO, Edson. **Plano de mobilidade urbana de Presidente Prudente-SP**: relatório técnico: etapa 01. Presidente Prudente: [s.n.], 2014. 78 p.

MATARAZZO, Claudia. **Vai encarar?:** a nação (quase) invisível de pessoas com deficiência. São Paulo: Melhoramentos, 2009. 216 p.

MCDOWELL, Linda. Dentro y fuera de lugar: cuerpo y corporeidad. In: \_\_\_\_\_. **Género, identidad y lugar**: un estudio de las geografías feministas. Madrid: Ediciones Cátedras, 1999. p. 59-109.

MEIHY, José Carlos Sebe; HOLANDA, Fabiola. **Historia oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2013. 175 p.

MELAZZO, Everaldo Santos; GUIMARÃES, Raul Borges. (Org.). **Exclusão social em cidades brasileiras**: um desafio para as políticas públicas. São Paulo: Ed. UNESP, 2010. 301 p.

MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectiva. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, set./dez. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, jan./mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, Ricardo. **Curso de acessibilidade: um novo olhar sobre a cidade**. Recife: IBAM, 2004. 73 p.

MOSCOVICI, Serge. Das representações coletivas às representações sociais. In: JODELET, Denise (Org.). **Representações sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002. p. 45-66.

NEVES, Tatiana Pereira. Reflexões sobre a promoção da saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 62, p. 1-5, jul. 2006.

NOGUEIRA, Geraldo. Propósito. In: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008. p. 26.

NOSSA, Paulo. Linhas de investigação contemporâneas na geografia da saúde e a noção holística da saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 35-62. (Saúde em movimento, 6).

OLIVEIRA, Ana. Geografía y discapacidad. In: NOGUÉ, Joan; ROMERO, Joan (Ed.). **Las otras geografías**. Valencia: Tirant Humanidades, 2012. p. 527-540.

OLIVIER, Giovana Gomes de Freitas. **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal a consciência corporal e a corporeidade**. 1995. 108 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010.

PELLI, Ana Claudia; DA LOZZO, Maria Silvéria Cândido. **Incidência de distrofia muscular das cinturas e dos membros na população de Taguaí**. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAS FACULDADES INTEGRADAS DE OURINHOS, 8., 2009, Ourinhos. Disponível em: <[http://fio.edu.br/cic/anais/2009\\_viii\\_cic/Artigos/04/04.52.pdf](http://fio.edu.br/cic/anais/2009_viii_cic/Artigos/04/04.52.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2013.

PELUSO, Marília Luiza. O potencial das representações sociais para a compreensão interdisciplinar da realidade: geografia e psicologia ambiental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 2, p. 321-327, maio/ago. 2003.

PEREIRA, Sílvia Regina. **Percursos urbanos**: mobilidade espacial, acessibilidade e o direito à cidade. 2006. 323 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2006.

PILE, Steve; THRIFT, Nigel. **Mapping the subject**: geographies of cultural transformation. London: Routledge, 1995. 414 p.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. **Projeto História**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 25-39, fev. 1997.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SIMSON, Olga de Moraes Von. (Org.). **Experimentos com história de vida**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 14-43.

RESENDE, Ana Paula Crosara. **Todos na cidade**: o direito a acessibilidade das pessoas com deficiência física em Uberlândia. Uberlândia: Ed. UFU, 2004. 178 p.

RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008. 164 p.

RICH, Adrienne Cecile. **The politics of location in blood, bread and poetry**. London: Virago, 1986. 238 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry; WAINRINGHT, David. **A pesquisa qualitativa crítica e válida**. In: RICHARDSON, Roberto Jarry (Org.). **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 1-16.

ROJAS, Luisa Iñiguez. La diferenciación territorial de la salud en la recuperación de los contextos. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A geografia e o contexto dos**

**problemas de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 87-106. (Saúde em movimento, 6).

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço.** 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2006. 259 p.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; AMORIM, Katia de Souza. Em meu gesto existe o teu gesto: corporeidade na inclusão de crianças deficientes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 261-269, 2010.

SEDPcD-Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Relatório mundial sobre a deficiência.** São Paulo, 2012. 334 p.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra:** o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Record, 2003. 362 p.

SILVA, Joseli Maria. Um ensaio sobre as potencialidades do uso do conceito de gênero na análise geográfica. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 31-45, 2003.

SILVEIRA, Maria Laura. O espaço geográfico: da perspectiva geométrica a perspectiva existencial. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 19, p. 81-91, 2006.

SMITH, Neil. Contornos de uma política espacializada: veículos de sem-teto e produção de escala geográfica. In: ARANTES, Antônio Augusto (Org.). **O espaço da diferença.** Campinas: Papirus, 2000. p. 132-175.

SOUZA JUNIOR, Xisto Serafim de Santana de. A abordagem qualitativa enquanto aporte para o estudo da atuação dos movimentos sociais urbanos de João Pessoa-PB. In: SEMANA DE GEOGRAFIA, 8.; ENCONTRO DE ESTUDANTES DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA, 3., 2007, Presidente Prudente. **VIII Encontro de Estudantes de Licenciatura em Geografia:** anais. Presidente Prudente: UNESP, 2007. p. 1-16.

SOUZA, Marcelo Lopes de. Da “diferenciação de áreas” à “diferenciação sócio espacial”: a “visão (apenas) de sobrevoos” como uma tradição epistemológica e metodológica limitante. **Cidades**, Presidente Prudente, v. 4, n. 6, p. 101-114. 2007.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A produção do espaço urbano: escalas, diferenças e desigualdades sócio espaciais. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (Org.). **A produção do espaço urbano:** agentes e processos, escalas e desafios. São Paulo: Contexto, 2013. p. 123-145.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado:** história oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 386 p.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995a. p. 35-43.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. 1995. 221 f. Tese (Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995b.

VALENTINE, Gil. The body. In: \_\_\_\_\_. **Social geographies: space and society**. England: Pearson Education, 2001. p. 15-62.

VICENTE, Helder. **Etiologia e caracterização das deficiências**. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1995. 88 p.

VITAL, Flavia Maria de Paiva. **População com deficiência: os censos e seus critérios no Brasil**. Texto publicado no site Bengala Legal, 01 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/censos>>. Acesso em: 07 jun. 2013.

VITAL, Flavia Maria de Paiva. Preâmbulo. In: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008. p. 24.

WHITAKER, Dulce Consuelo Andreatta. Análise de entrevistas em pesquisas com histórias de vida. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 147-158, 2000.

WHO-World Health Organization e UN-HABITAT-United Nations Human Settlements Programme. Health in an urban context. In: \_\_\_\_\_. **Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings**. Kobe, 2010. p. 11-30.

YOUNG, Iris Marion. **Justice and the politics of difference**. New York: Princeton University Press, 1990. 287 p.

## **ANEXOS**

## 1- Roteiro para entrevistas

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cor autodeclarada: branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( )

Não declarou cor ( )

Religião: católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) outra ( ), qual(s): \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_

Participa na vida econômica da família: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: De ( ) 0 a 1 sm ( ) 1 a 3 sm ( ) 3 a 5 sm ( ) 5 a 7 ( ) ou mais

Não declarou renda ( )

Local de Residência: \_\_\_\_\_

Transporte que mais utiliza: ( ) carro, ( ) ônibus, ( ) ambulâncias, ( ) a pé

Frequência: \_\_\_\_\_

### 1-DEFICIÊNCIA

Tipo de deficiência. Adquirida com que idade? Como?

Como foi pra você se tornar uma pessoa com deficiência? E para sua família e amigos?

Como a deficiência interfere nos seus relacionamentos pessoais e afetivos?

A discriminação e o preconceito estão presentes no seu cotidiano? De que maneira você percebe isso?

Faz uso de alguma Tecnologia Assistiva?

### 2-SAÚDE E SERVIÇOS

O que é saúde pra você?

Como está a sua saúde?

Suas necessidades são atendidas quando procura os serviços de saúde?

Quando precisa de atendimento de saúde qual o local mais próximo da sua casa?

(acesso aos serviços: UBS/PSF/Especialidades)

Como é a sua acessibilidade a esses serviços?



Qual a disponibilidade dos tratamentos de sua necessidade: (remédios/exames)?  
 Tem plano de saúde? Se sim, o contratou por causa da deficiência? Se sim, por quê?

### **3-MORADIA**

Quantas pessoas moram na sua casa?  
 Tipo da casa (material/inacabada/própria/quitação/IPTU)  
 Quantos cômodos?  
 Sua casa é adaptada às suas necessidades?

### **4-CIDADE E ACESSIBILIDADE**

Como é sua locomoção dentro de casa e pela cidade?  
 Para você, o que de emergencial poderia ser feito, no espaço urbano de Presidente Prudente para a pessoa com deficiência?  
 Presidente Prudente é acessível? (para a pessoa com deficiência ou não)  
 Presidente Prudente tem adotado medidas necessárias para a adequação das barreiras, facilitando a vida para a pessoa com deficiência?  
 Encontrou/tem encontrado dificuldade para locomover-se em Presidente Prudente?  
 Em que espaços?  
 Que local da cidade você nunca visitou? Por quê?  
 O que precisa fazer fora de casa? Tem dificuldades ou facilidades para realizar tais atividades?

### **5-TRANSPORTE**

Quais os principais problemas que você tem encontrado no(s) meio(s) transporte(s) que você mais utiliza?  
 O que você acha do sistema de transporte atual em Presidente Prudente  
 Fale qual(s) seu(s) trajeto(s) habitual(s) diária(s) desde o levantar  
 Nos trajetos diários, quais barreiras você encontra (sociais, econômicas, arquitetônicas, culturais, transporte)? E quais estratégias você utiliza para superá-las?

### **6- TRABALHO**

Você tem alguma profissão?

Qual sua situação funcional?

A deficiência te limita trabalhar?

Qual a importância do trabalho pra você?

O seu local de trabalho (se trabalhar) tem adaptação que permite a sua mobilidade?

### **7-LAZER**

Quais são as suas atividades de lazer em casa (tempo livre)? E fora de Casa?

(amigos/igreja/passeios/esporte/cinema)

### **8-PARTICIPAÇÃO POLÍTICA**

Você participa de algum grupo de defesa dos direitos da pessoa com deficiência?

O que você acha das entidades de defesa ou de apoio às pessoas com deficiência?

### **9-CORPO**

Gosta do seu próprio corpo? (imagem corporal)

Como aprendeu a cuidar do corpo? (padrões corporais)

Como vê seu corpo ao longo do tempo/anos? (imagem corporal no tempo do antes e depois da deficiência)

Pra que serve o corpo?

### **10- O QUE VOCÊ GOSTARIA DE FAZER QUE A SUA DEFICIÊNCIA TE IMPEDE? E POR QUÊ?**

## 2- Parecer de aprovação para desenvolvimento da pesquisa concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA - UNESP/  
CAMPUS DE PRESIDENTE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O outro na cidade: deficiência, acessibilidade e saúde em Presidente Prudente-SP

**Pesquisador:** Natália Cristina Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 27393914.9.0000.5402

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 548.788

**Data da Relatoria:** 07/03/2014

#### Apresentação do Projeto:

¿O outro na cidade: deficiência, acessibilidade e saúde em Presidente Prudente-SP¿.

Ao se compreender que há "[...] indicações preliminares de que existe uma incidência mais elevada de pessoas com deficiência motora em áreas periféricas da cidade, mesmo sendo a cobertura do sistema de saúde satisfatória, surge a necessidade de conhecer melhor como vivem essa população, e como esta se insere no processo de procura e obtenção da saúde, principalmente, na sua porta de entrada, as Unidades Básicas de Saúde em conjunto ou não com o Programa de Saúde da família. Para tanto, pretendemos analisar tais áreas a partir da compreensão da cidade de Presidente Prudente-SP, enquanto promotora da produção e reprodução das relações sócio espaciais desiguais, resultantes de uma exclusão social urbana determinada por fatores econômicos, sociais e políticos".

#### Objetivo da Pesquisa:

objetivo analisar qual o contexto de acessibilidade da pessoa com deficiência motora ao sistema de saúde de Presidente Prudente-SP.

Reconhecer os diferentes contextos geográficos de acessibilidade da pessoa com deficiência motora no sistema de saúde de Presidente Prudente-SP a partir da análise da produção social da escala geográfica do corpo;

**Endereço:** Rua Roberto Simonsen, 305

**Bairro:** Centro Educacional

**CEP:** 19.060-900

**UF:** SP

**Município:** PRESIDENTE PRUDENTE

**Telefone:** (18)3229-5315

**Fax:** (18)3229-5353

**E-mail:** cep@fct.unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA - UNESP/  
CAMPUS DE PRESIDENTE



Continuação do Parecer: 548.788

- Analisar as condições de acessibilidade das pessoas com deficiência motora moradoras de Presidente Prudente-SP, considerando a distribuição de suas residências, a localização dos serviços de saúde e as características de mobilidade pelo tecido urbano;
- Compreender como são elaboradas as estratégias de acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas com deficiência motora do ponto de vista desses sujeitos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos aos seres humanos sujeitos da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta pesquisa aponta como objetivo central "analisar qual o contexto de acessibilidade da pessoa com deficiência motora ao sistema de saúde de Presidente Prudente-SP" e "Compreender como são elaboradas as estratégias de acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas com deficiência motora do ponto de vista desses sujeitos", o que em nosso entender se faz necessário e de relevância acadêmica-social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou de parecer favorável a aprovação da pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião realizada no dia 07.03.2014, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp - Presidente Prudente, em concordância com o parecerista, considerou o projeto APROVADO.

Obs: Lembramos que ao finalizar a pesquisa, o (a) pesquisador (a) deverá apresentar o relatório final.

**Endereço:** Rua Roberto Simonsen, 305  
**Bairro:** Centro Educacional **CEP:** 19.060-900  
**UF:** SP **Município:** PRESIDENTE PRUDENTE  
**Telefone:** (18)3229-5315 **Fax:** (18)3229-5353 **E-mail:** cep@fct.unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA - UNESP/  
CAMPUS DE PRESIDENTE



Continuação do Parecer: 548.788

PRESIDENTE PRUDENTE, 07 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Edna Maria do Carmo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Roberto Simonsen, 305  
**Bairro:** Centro Educacional **CEP:** 19.060-900  
**UF:** SP **Município:** PRESIDENTE PRUDENTE  
**Telefone:** (18)3229-5315 **Fax:** (18)3229-5353 **E-mail:** cep@fct.unesp.br