

UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA
INSTITUTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

HAMILTON DO NASCIMENTO FREITAS

**ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO URBANO E A ACESSIBILIDADE PARA
AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E MOTORA NO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ DOS CAMPOS – UM ESTUDO PARA O PLANEJAMENTO URBANO**

São José dos Campos – SP

2006

HAMILTON DO NASCIMENTO FREITAS

**ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO URBANO E A ACESSIBILIDADE PARA
AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E MOTORA NO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ DOS CAMPOS – UM ESTUDO PARA O PLANEJAMENTO URBANO**

**SOCIAL ORGANIZATION OF THE URBAN SPACE AND THE ACCESSIBILITY FOR
PHYSICAL DISABLED
PEOPLE IN SÃO JOSÉ DOS CAMPOS CITY – A STUDY FOR URBAN PLANNING**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, com a complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional.

Orientadora: Prof. Dra Friedhilde M.K.
Manolescu

São José dos Campos – SP
2006

F936o

Freitas, Hamilton do Nascimento

Organização social do espaço urbano e a acessibilidade para as pessoas com deficiência física e motora no município de São José dos Campos -SP – um estudo para o planejamento urbano / Hamilton do Nascimento Freitas. São José dos Campos: UniVap, 2006. 203f.:il.; 20cm.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Planejamento Urbano e Regional do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

1. Espaço urbano 2. Pessoas portadoras de deficiência 3. Planejamento Urbano I. Manolescu, Friedhilde M.K. , Orient. II. Título

CDU:711.4-056.26

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou por transmissão eletrônica.



Aluno: Hamilton do Nascimento Freitas

Data: 10 de Agosto de 2006

**“ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO URBANO E A ACESSIBILIDADE PARA AS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E MOTORA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS
CAMPOS – UM ESTUDO PARA O PLANEJAMENTO URBANO”**

Hamilton do Nascimento Freitas

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. SANDRA MARIA FONSECA DA COSTA (UNIVAP)

Prof. Dr. FRIEDHILDE M. K. MANOLESCU (UNIVAP)

Prof. Dr. MANOEL LEMES (UNIVAP)

Prof^ª. Dra. GLADIS CAMARINI (UNICAMP)

Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco
Diretor do IP&D - UniVap

*"Se você deixa de ver a pessoa,
vendo apenas a deficiência,
quem é o cego?*

*Se você deixa de ouvir o grito, do
seu irmão para a justiça,
quem é o surdo?*

*Se você não pode comunicar-se
com sua irmã e a separa de você,
quem é o mudo?*

*Se sua mente não permite que seu
coração alcance seu vizinho,
quem é o deficiente mental?*

*Se você não se levanta para
defender os direitos de todos,
quem é o aleijado?*

*Sua atitude para com as pessoas
deficientes pode ser nossa maior
deficiência...*

E sua também!"

(Autor desconhecido)

Dedico este trabalho

À minha esposa ***Ana Alice***, minha eterna companheira, pelas sugestões, paciência, incentivo, compreensão e, principalmente, por estar sempre ao meu lado apoiando a realização deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

À Professora Frida, minha orientadora, pelas sugestões, críticas, incentivo e ensinamentos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao professor José Oswaldo e à Professora Sandra Costa, professores deste Curso de Pós-Graduação, pelas críticas e sugestões durante o processo de qualificação e, em especial, à minha mentora Professora Cilene Gomes, também deste Curso, pelas sugestões e críticas mas, principalmente pelo grande auxílio com relação aos conceitos sobre o espaço urbano. Ao Prof. Emmanuel, que acrescentou entendimento e conceituação do planejamento urbano.

À Professora Maria de Lourdes, que muito me incentivou e me orientou para iniciar este mestrado, e aos professores e colegas deste curso de Pós-Graduação que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão do meu mestrado.

Aos grandes amigos Rodrigo Alves de Brito Bastos que muito me auxiliou na elaboração dos mapas com a tecnologia SIG, Mário José Moreira e Laura Peloso, pela amizade e por toda a ajuda recebidas.

Ao meu irmão José Elias de Freitas e ao grande amigo Helio Nishimoto que, além do incentivo, sempre colaboraram para que este trabalho fosse enriquecido.

Às engenheiras Sonia Bologna e Conceição A. Tavares, da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, que sempre estiveram prontas para ajudar na troca de informações sobre o município de São José dos Campos.

Aos meus filhos Hamilton Filho, Christian Henrique e em especial à minha filha Christiane, cadeirante, uma vencedora, que sempre me apoiaram, incentivaram, e me colocaram em contato com várias pessoas com deficiência física cadeirantes, tornando-se fundamental para a realização deste trabalho.

Aos amigos pelo permanente apoio e a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Projeção: tipos de deficiência motora - São José dos Campos (2000) ...	13
Tabela 02: Quantidade de PCD física e motora - São José dos Campos.....	14
Tabela 03: Tamanho da amostra em função do erro de estimação	14
Tabela 04: Legislação Internacional relacionada às PCDs	33
Tabela 05: Legislação Brasileira relacionada às PCDs.....	33
Tabela 06: Legislações Estadual e Municipal relacionadas às PCDs	35
Tabela 07: Privações graves que afetam a vida da população	67
Tabela 08: Índices socioeconômicos - Mundo.....	71
Tabela 09: Índices socioeconômicos - Brasil.....	79
Tabela 10: Índices de Mortalidade segundo renda, raça e cor – Brasil – 2000.....	83
Tabela 11: Número de acidentes de trânsito.....	89
Tabela 12: Porcentagem de crianças com baixo peso.....	91
Tabela 13: Índices socioeconômicos da Região do Vale do Paraíba (SP) - 2000.....	96
Tabela 14: Tipos de deficiência investigadas no Censo 2000.....	106
Tabela 15: Destaques sobre as PCDFs no Censo 2000 – Universo Brasil.....	107
Tabela 16: Reserva de Quotas para PCD.....	108
Tabela 17: População residente, por tipo de deficiência, segundo as localidades..	109
Tabela 18: Percentual por tipo de deficiência relacionada à população total - 2000	110
Tabela 19: Porcentagem PCDF entrevistados quanto ao gênero	117
Tabela 20: Porcentagem PCDF quanto ao estado civil.....	117
Tabela 21: Porcentagem PCDF quanto à causa da deficiência física.....	120
Tabela 22: Grau de escolaridade das PCDFs entrevistadas.....	120

Tabela 23: Grau de Instrução do Chefe da Família da PCDF	124
Tabela 24: Número de pessoas na família da PCDF	124
Tabela 25: Situação da moradia da PCDF	125
Tabela 26: Renda familiar das PCDFs	125
Tabela 27: Renda das PCDFs entrevistadas	126
Tabela 28: Fonte de rendimento das PCDFs	126
Tabela 29: Porcentagem de equipamentos nas casas das PCDFs – S. José dos Campos	127
Tabela 30: Meios de transporte utilizado pela PCD	128
Tabela 31: Dificuldades apontadas pelos entrevistados com deficiência física.....	134
Tabela 32: Transporte Público de Vans para as PCDFs	144
Tabela 33: Prioridades no atendimento com as Vans adaptadas	145
Tabela 34: Relação das Vans adaptadas com número de lugares	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Localização geográfica de São José dos Campos.....	2
Figura 02: São José dos Campos - Região Geográfica.....	2
Figura 03: Fluxograma das atividades	11
Figura 04: Distribuição de PCD em Empresas Públicas e Privadas - Estado de São Paulo (2001).....	40
Figura 05: Estrutura mundial do desenvolvimento humano	66
Figura 06: Causas geradoras de deficiência conforme a OMS – 1995	69
Figura 07: Prevalência de pessoas com deficiência e o desenvolvimento Humano .	74
Figura 08: Prevalência de PCD e as despesas de saúde e a subalimentação	75
Figura 09: Prevalência de PCD e a infra-estrutura básica	77
Figura 10: Prevalência de PCD e os índices de mortalidade infantil	77
Figura 11: Porcentagem de PCD nas Grandes Regiões-Brasil -2000.....	82
Figura 12: Prevalência de PCD e a taxa de mortalidade infantil- Brasil	84
Figura 13: Prevalência de PCD e os índices IDH e IDI – Brasil	84
Figura 14: Mapa da distribuição de crianças e adolescentes pobres – 2000	86
Figura 15: Prevalência de PCD e a desigualdade social – Brasil.....	87
Figura 16: Índices da população sem água potável – Brasil (2002)	87
Figura 17: Índices da população sem saneamento básico – Brasil (2002)	88
Figura 18: Taxa de mortes em relação aos acidentes do trabalho - 2002.....	89
Figura 19: Porcentagem por tipo de lesão – Acidentes de Trânsito (1999-2000).....	90
Figura 20: Índice IDH – Vale do Paraíba – São Paulo	98
Figura 21: Índice de Desigualdade Social – Vale do Paraíba (SP) – 2000	99
Figura 22: Índice de Pobreza – Vale do Paraíba -2000.....	100
Figura 23: Cidades por faixa percentual de PCD - Vale do Paraíba (SP)-2000	101
Figura 24: Distribuição das PCDs no Vale do Paraíba – SP	101
Figura 25: Porcentagem de PCDs e a Pobreza no Brasil	103

Figura 26: Pessoas com Deficiência e a infra-estrutura básica.....	104
Figura 27: Porcentagem de PPD – Brasil.....	106
Figura 28: Porcentagem das PCDs - Motora por grau de dificuldade – Brasil	111
Figura 29: Porcentagem da população com pelo menos uma das.....	111
deficiências investigadas - Regiões do Brasil - 2000	111
Figura 30: Distribuição das PCDs por faixa etária - Brasil.....	112
Figura 31: Porcentagem das PCDs – Universo Brasil e Região Sudeste	112
Figura 32: Distribuição por faixa etária – Estado de São Paulo	113
Figura 33: Porcentagem das PCDs – Estado de São Paulo e São José dos Campos	114
Figura 34: Porcentagem por tipo de deficiência física - São José dos Campos.....	114
Figura 35: População total e as PCDs - faixa etária em São José dos Campos.....	115
Figura 36: Distribuição por faixa etária da população de deficientes: São José dos Campos.....	116
Figura 37: O Transporte das PCDs em São José dos Campos – 2005	128
Figura 38 : Calçadas irregulares impróprias para as PCDs transitarem.....	139
Figura 39: Calçadas com barreiras físicas para se transitar.....	139
Figura 40: Goobol praticado por deficientes visuais.....	149
Figura 41: Gangora e assento da gangorra	158
Figura 42 : Perspectiva da gangorra com assento extra	159
Figura 43: Perspectiva do balanço adaptado	159
Figura 44: Escorregador adaptado.....	160
Figura 45: Criança subindo o escorregador com auxílio	160

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01: Distribuição das PCDFs por Sexo- Região Geográfica: São José dos Campos - 2005	119
Mapa 02: Distribuição das PCDFs por Escolaridade - Região Geográfica: São José dos Campos - 2005	122
Mapa 03: Distribuição das Escolas Especiais no Município de São José dos Campos - 2005	123
Mapa 04: Espacialização das Unidades de Reabilitação e Fisioterapia: São José dos Campos - 2005.....	130
Mapa 05: Distribuição das PCDFs por Região Geográfica: São José dos Campos - 2005	142
Mapa 06: Distribuição das PCDFs por faixa etária-Região Geográfica: São José dos Campos - 2005.....	143
Mapa 07: Espacialização dos Equipamentos públicos de Lazer- Região Geográfica- São José dos Campos - 2005	148

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

GENERALIDADES	1
OBJETO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDOS	2
O PROBLEMA	3
OBJETIVO	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
JUSTIFICATIVA.....	7
CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA E MATERIAIS	9
1.1 – MATERIAIS	10
1.2 – DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE ENTREVISTADOS	12
CAPÍTULO 2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A DEFICIÊNCIA	15
2.1 – A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	15
2.1.1 – <i>Contextualização histórica da pessoa com deficiência</i>	18
2.1.2 – <i>A proteção constitucional das pessoas com deficiência</i>	32
2.2 - INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA	35
2.3 – A ACESSIBILIDADE E O DIREITO À CIDADE.....	41
2.3.1 – <i>O Papel do Município em acessibilidade</i>	47
2.3.2 - <i>Reflexos da acessibilidade no cotidiano de um município</i>	51
2.3.3 – <i>O Planejamento Urbano e o direito à cidade</i>	52
2.4 – O ESPAÇO DO CIDADÃO	56
2.4.1 – <i>Novas centralidades – Bairros centrais</i>	63
CAPÍTULO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E OS PROBLEMAS URBANOS.....	65
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNDO	65
3.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	81
3.2.1 - <i>A acumulação entravada e os escassos recursos para infra-estrutura</i>	93
3.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO VALE DO PARAÍBA	98
3.4 - CARACTERIZAÇÃO DAS PCD NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	102
CAPÍTULO 4 - RETRATOS DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL	105

4.1 – O RETRATO DA DEFICIÊNCIA NO ESTADO S PAULO.....	113
4.2 – PANORAMA DA DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	114
4.2.1 – <i>Resultados da pesquisa de Campo: Índices Socioeconômicos</i>	115
4.2.2 - <i>A cidade de São José dos Campos na visão das PCDFs</i>	131
CAPÍTULO 5 - LIMITES DO ESPAÇO URBANO PARA AS PCDS: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	135
5.1 – LEITURA DO ESPAÇO URBANO EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS: A PROBLEMÁTICA PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	135
5.1.1 - <i>Barreiras arquitetônicas e físicas</i>	139
5.1.2 - <i>O transporte adaptado em São José dos Campos</i>	140
5.2 – ATIVIDADES DE SUCESSO PARA AS PCDFs EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	147
5.2.1- <i>Colônia de Férias e Esportes adaptados</i>	147
5.2.2 – <i>Projeto Eficiência - Inclusão da PCDF no mercado de trabalho</i>	150
CAPÍTULO 6 - CONSTRUINDO UMA CIDADE INCLUSIVA PARA TODOS	153
6.1 - O DIREITO DA PCDF À CIDADE E À ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO	153
6.1.1 – <i>Propostas para ações governamentais</i>	154
6.1.2 - <i>Recomendações para playground: Brinquedos adaptados</i>	158
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
BIBLIOGRAFIA	165
APÊNDICES.....	174
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA SÓCIO- ECONÔMICA.....	174
ANEXOS	180
ANEXO A – ACESSIBILIDADE: LEI Nº 10.098.....	180
ANEXO B - DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PPD - RESOLUÇÃO ONU Nº 2.542/75 ..	187
ANEXO C – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA.....	189

RESUMO

Planejar o futuro, recuperar a história torna-se algo muito distante e quase

impossível para a população de classes sociais menos favorecidas, pessoas que são as primeiras a sentir o impacto de uma infra-estrutura insuficiente de saneamento básico, de uma política pública e um planejamento urbano desfocados e distantes das classes espoliadas, carentes e excluídas socialmente no município. O Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, no Brasil um universo de 24,5 milhões de pessoas ou 14,5% da população brasileira, apresentam algum tipo de deficiência, sendo que 3,3 milhões possuem deficiência física, entre elas, os cadeirantes e os com grande dificuldade de se locomover. Para este segmento social, o Censo 2000 do IBGE apontou, para o município de São José dos Campos no Estado de São Paulo, o número de 8175 pessoas. A maioria, conforme pesquisa realizada em campo, pertence aos moradores das regiões menos favorecidas do município, que clamam pelo seu direito à cidade. Nesta direção procurou-se dar ênfase à acessibilidade para este segmento social, como uma oportunidade que o indivíduo com deficiência física tem, de participar e alcançar facilmente um determinado destino ou atividade e poder usufruí-los, ou seja, as condições e as possibilidades de alcance para utilização dos equipamentos públicos com segurança e autonomia. Este trabalho procura mostrar que a formulação de políticas públicas e a fixação de prioridades, orientadas à inclusão dos grupos sociais, entre elas as pessoas com deficiência física e cadeirantes, para as quais é requerido o conhecimento da sua realidade, a condição sócio-econômica e a situação no mercado de trabalho. Estas informações, importantes para o planejamento urbano, foram levantadas e desenvolvidas nesta pesquisa como fonte de estudo para se pensar numa melhor organização social do espaço urbano, auxílio para a tomada de decisão do governo municipal e, assim, o surgimento de uma cidade mais igualitária e com justiça social para toda a população.

Palavras chave: espaço urbano, acessibilidade, planejamento urbano, pessoa com deficiência física.

ABSTRACT

To plan the future and to recover the history it becomes a dream and almost impossible for the population which belongs to the lower social classes which are the first ones to feel the impact because of missing infrastructure of basic sanitation and a public politics and an urban planning not focused and far from the spoiled, needy and excluded social class in the city, so this affects their access to have the same quality of life opportunities as other people in their community. Census 2000 by Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), has showed that there are in Brazil an universe of 24,5 million people, or 14.5% of the Brazilian population with disabilities, being that, 3,3 million people own physical disability, including the handicaps, and people with great difficulty of moving. With respect to these social segments, object of this study, the Census provides the number of 8175 people with physical disabilities to the city of São José dos Campos in the State of São Paulo. Most of the person in the research among disabilities people belongs to the lower income class and lives in the poor regions of the city which demand their right to the city. In this direction, it was looked to emphasize the accessibility for this social segment as a chance for a person with physical disabilities in participating and reaching easily one destination or any activity and be able to use it, that is, the conditions and possibility to reach and use the public equipment, with security and autonomy. In this work it was also looked to show that the project of the public politics and the setting of priorities guided to the inclusion of the social groups, among them people with disabilities and handicaps, requires the knowledge of their reality, their partner-economic condition, the situation in the work market. These information important for the urban planning had been studied and developed in this work as a source of study in order to think about one better social organization of the urban space and as support for the city government to take decisions and also a great chance to have a city more equal and with social justice for the whole population.

Key words: urban space, accessibility, urban planning, disabled person, handicap

INTRODUÇÃO

Generalidades

A escolha do tema: A organização social do espaço urbano e a acessibilidade para as Pessoas com Deficiência (PCD) física ou motora, que compõem a população dos cadeirantes e dos que não conseguem caminhar ou subir escadas sem auxílio de muletas ou outro equipamento auxiliar, no Município de São José dos Campos – S.P, além de ser de interesse pessoal (por ter na família uma pessoa com deficiência física e cadeirante), é uma contribuição para o planejamento urbano, bem como, para aqueles que buscam a melhor qualidade de vida e justiça social para todos os cidadãos brasileiros. Todos, neste caso, significa não só as classes econômicas privilegiadas mas, principalmente, as pessoas com deficiência física, visto que o espaço urbano, ao longo do tempo, tem se organizado de acordo com as decisões conduzidas pela sociedade capitalista, que não prioriza o direcionamento dos recursos para investimentos em infra-estrutura e equipamentos públicos adaptados para esse segmento social.

Pretende-se, através deste trabalho verificar, pela pesquisa qualitativa e quantitativa, que esse segmento social está inserido no quadro da exclusão social, quanto à acessibilidade aos equipamentos e espaços públicos, e mostrar a possibilidade que tem o poder público de minimizar este problema, intervindo com soluções concentradas na organização do espaço urbano, e com distribuição adequada dos equipamentos públicos e das áreas de lazer nos bairros das regiões administrativas do município.

O estudo também visa ser uma ferramenta de auxílio às atividades de planejamento urbano, para tomar medidas de justiça social ao elaborar propostas interventoras na organização do espaço urbano do município e facilitar o acesso efetivo das PCDs aos bens e serviços públicos.

Objeto de Estudo: Caracterização da área de estudos

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a organização social do espaço urbano para as pessoas com deficiência física (cadeirantes) e as com mobilidade grandemente reduzida, no município de São José dos Campos.

Para área de estudo foi escolhida a cidade de São José dos Campos, figura 01,



Figura 01: Localização geográfica de São José dos Campos

com quase 540000 habitantes (IBGE, 2000) e uma taxa média de crescimento anual do município no período de 1991 a 2000 de 2,3% e com uma sensível redução da população rural, de 60,8%.

O município tem sua economia enraizada na industrialização que, nos últimos anos, vem sendo afetada pela revolução tecnológica e a globalização.

Como consequência, surgem as terceirizações e a redução do tamanho das Indústrias, provocando sua evasão para outros centros produtivos regionais, que junto com a redução do número de postos de trabalho, o aumento do índice de desempregados, da informalidade. Nota-se nos últimos anos a mudança do perfil sócio-econômico da cidade para a área de serviço. Este resultado amplia os problemas sócio-urbanos, uma vez que os poderes constituídos priorizaram investimentos em determinados espaços e, como resultado para muitos cidadãos como destaca Lefebvre (2001), compromete-se o direito à cidade, pois, o acesso ao espaço urbano é negado ao cidadão.



Fonte: Prefeitura Municipal de São José dos Campos

Figura 02: São José dos Campos - Região Geográfica

Santos (1998) também afirma que “como certas áreas não dispõem de certos

bens e serviços, somente aqueles que podem se deslocar até os lugares onde tais bens e serviços se encontram têm condições de consumi-los”. Neste cenário, o segmento social das PCDs física é uma das que mais sentem as conseqüências dessa exclusão e da injustiça social, com a falta de atenção e a priorização dos investimentos do poder público que pouco tem feito na sua direção.

O problema

Vivemos numa sociedade que se divide estruturalmente em classes sociais e conforme Ribas (2003), “existem aqueles considerados ”guais”, que se colocam num pólo da sociedade e aqueles considerados “diferentes” que se colocam no outro pólo”. Pela lógica dos valores sociais dominantes, os diferentes são os excluídos da sociedade e”, entre eles, encontramos os idosos, os meninos de rua, os catadores de papel e as pessoas com deficiência (PCD).

Desta forma, vivemos em uma sociedade em que os homens são socialmente desiguais, ou seja, em uma sociedades problemática, com profundas divisões entre classes sociais. Muito mais crítica do que a divisão entre deficientes e não deficientes, a divisão estrutural na sociedade capitalista permeia todas as demais divisões e exclusões.

Neste contexto tem-se vivenciado, pela forma capitalista e neoliberal de governar o Brasil, que a organização social do espaço urbano não está voltada às chamadas minorias¹ ou grupos sociais, como os idosos e, principalmente, as PCDs, que são excluídas do seu direito à cidade e raramente lembradas quando da elaboração do planejamento urbano. Como conseqüência, observa-se a falta de foco e a baixa priorização do poder público em facilitar os acessos aos equipamentos públicos e às áreas de lazer dos municípios para esses segmentos sociais.

O Censo 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), cujos dados finalizados foram divulgados no início de 2003, mostrou que no Brasil um

¹ O termo minoria social, neste trabalho, é também utilizado para falar das pessoas com deficiência, não referindo-se ao número absoluto existente no Brasil de 24,5 milhões de PCD, pois estaria errando conceitualmente, já que o número envolvido está longe de ser uma minoria social. Utilizou-se o termo por se tratar de um segmento social cujas necessidades os Governos Federal, Estadual e Municipal estão longe de atender ou propiciar uma equiparação de oportunidades, como acontece com as minorias sociais como os homossexuais, os catadores de papel, os meninos de rua e outros. Neste trabalho serão utilizados os termos minoria social, segmento e grupo social em referência às pessoas com deficiência, principalmente as com deficiências físicas.

universo de 24,5 milhões de pessoas ou 14,5% da população brasileira apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade, sendo que 4,6% (7.769.000 pessoas) correspondem aos que possuem algum tipo de deficiência motora, um dos segmentos sociais objetos deste estudo. Em São José dos Campos o Censo 2000 do IBGE apontou o número de 8175 para as pessoas com deficiência física, entre eles os cadeirantes e os com grande dificuldade de locomoção.

A questão da inclusão das PCDs começou a ser motivo de maior atenção após a Segunda Guerra Mundial, ganhando maior destaque no mundo após a Sessão Plenária Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, em outubro de 1991. Para marcar o fim da década das Nações Unidas para pessoas com deficiência (1983-1992), foi criado o dia 03 de Dezembro de cada ano, para ser o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência, que tinha como objetivo estimular a sociedade, como um todo, para o debate sobre o assunto e incentivar a inclusão dessa classe nos programas públicos, nas políticas e nas leis.

A Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, pela resolução 1993/29 de 5 de março de 1993: “apela a todos os Países-Membros que enfatizem a observância do Dia Internacional [...] a fim de que as pessoas com deficiência desfrutem plena e igualmente dos direitos humanos e participem na sociedade [...]” (FETCHER, 1996).

No Brasil, no último quartil do século XX, com a sociedade entrando com maior frequência em contato com as pessoas portadoras de deficiência, comparadas com décadas anteriores, principalmente no espaço urbano e em inúmeros locais públicos, a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) em 1994 elaborou e colocou em vigor a norma NBR 9050/1994 com o título: “Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências às edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos”.

O grande enfoque que tem sido dado, nos dias atuais, às pessoas com deficiência, se relaciona com a adaptação aos meios físicos (ruas, logradouros, edifícios,...), à inclusão na Internet e no trabalho. Por outro lado, poucos passos em busca de melhorias têm sido dado pelo poder público em relação à organização social do espaço urbano, com uma melhor distribuição dos equipamentos públicos e áreas de lazer para contemplar esse segmento social.

Ribeiro (2004) ao falar sobre os excluídos, os pobres e a experiência da escassez dessa classe sofrida, cita Milton Santos, que “via nos excluídos os legítimos portadores da visão do real e do futuro”, pois eles sentem cotidianamente na pele as mazelas da globalização e do neoliberalismo”. Identifica neles os protagonistas de uma grande virada nesse jogo e, no Brasil, país que ostenta uma das piores distribuições de renda do mundo, um palco privilegiado para a guinada.

O direito à cidade não pode ser concebido como um simples direito de visita ou de retorno às cidades tradicionais. Só pode ser formulado como direito à vida urbana, transformada, renovada (LEFEBVRE, 2001).

Santos (1998) também afirma que:

[...] a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está. [...] um outro lugar poderia, no mesmo momento histórico, facilitar o acesso àqueles bens e serviços que lhe são teoricamente devidos, mas que, de fato, lhe faltam.

Observa-se que, em nossa sociedade, é complicado para as pessoas com deficiência física (cadeirantes e os com grande dificuldade de se locomover) sentirem que são cidadãos e que o espaço urbano também é deles porque, devido à falta de infra-estrutura, de transporte adaptado no município, bem como a falta de equipamentos públicos e áreas de lazer, fica difícil desenvolverem este sentimento de justiça social, e terem a possibilidade de usufruir a cidade e sentirem-se incluídos socialmente no município, o que é o sonho de toda pessoa com deficiência.

Neste contexto, o poder público constituído e o planejamento urbano têm papel estratégico para diagnosticar, reavaliar, interferir no quadro existente e reduzir a problemática atual, estabelecendo novas relações de cidadania entre a cidade e todos os cidadãos.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é dar uma visão crítica da realidade, quanto à organização social do espaço urbano e a acessibilidade para as pessoas com deficiência física, com foco nos cadeirantes; além disso, mostrar que o município de São José dos Campos oferece e o que pode oferecer quanto aos equipamentos públicos adaptados como: centros comunitários, áreas de lazer, praças públicas, escolas municipais, unidades de reabilitação e o transporte para sua mobilidade e deslocamento para tratamentos especiais de saúde, bem como as reais necessidades desse segmento social.

Objetivos específicos

- Realizar a caracterização sócio-econômica da população dos deficientes físicos (cadeirantes) da cidade de São José dos Campos – SP – através de pesquisa empírica em campo, diagnosticando a concentração dos deficientes no município, por mapeamento, utilizando técnicas de geoprocessamento.
- Avaliar a acessibilidade aos equipamentos públicos na sua vida cotidiana (Casa , Bairro e Cidade) e, indiretamente, na sua vida esporádica (Cidade e Região).
- Apresentar sugestões para auxiliar o Governo Municipal na tomada de ações para que as pessoas com deficiência física tenham direito à cidade.

Justificativa

A dissertação visa apresentar uma contribuição para o planejamento urbano, a fim de resgatar a cidadania de uma minoria segregada e excluída socialmente (a quem é negado o direito à cidade), através da análise de suas necessidades e da realidade oferecida. O crescimento da cidade tem alterado substancialmente sua estrutura urbana, à medida em que surgem novos bairros, sendo que o assunto sobre as pessoas com deficiência tem ficado a reboque nas decisões do planejamento urbano perdendo-se, no entanto, a oportunidade de estimular, como uma alternativa, o aparecimento de centros de referência em bairros estratégicos, ou seja, aqueles que já possuem uma infra-estrutura em equipamentos públicos instalados e, desta maneira, fortalecer as regiões administrativas das cidades, em especial para as pessoas com deficiência e seus familiares.

“Estimular o aparecimento de centro de bairro cria condições para o desenvolvimento do comércio e dos serviços públicos e melhora a qualidade de vida dos cidadãos” Vaz (2000).

A região, nesse sentido, deveria ter condições de atender o máximo de necessidades da população, evitando deslocamentos e promovendo o desenvolvimento local. Oferecer não só atividades comerciais e prestação de serviços por particulares mas, também ser utilizada como instrumento de descentralização dos serviços públicos como escola, equipamento de lazer, praças públicas, etc... Preconiza-se a procura, nas regiões da cidade, daqueles bairros que já possuem centros ativos e com alguns equipamentos públicos instalados, para que possam ser adaptados e tornarem-se inclusivos.

Ao tratar da socialização do espaço, Lojkine (1997) fala da desigual distribuição dos equipamentos sociais destacando três tipos de segregação social e, entre elas, a no “[...] nível dos equipamentos coletivos (creches, escolas, equipamentos esportivos e sociais...), como resultado dos problemas que giram em torno das relações entre a fração dominante do capital e os representantes políticos”.

Atualmente, no Brasil, há uma maior preocupação dos órgãos públicos no que diz respeito aos direitos dos deficientes como, por exemplo, o que dispõe o Decreto n.º 3.298, *Estatuto das Pessoas com Deficiência*, de 21 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, sobre a *Política Nacional*

para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Consta no Art.52 do mencionado documento que,

[...] a construção de praças e equipamentos esportivos e de lazer, públicos e privados destinados ao uso coletivo deverá ser executada de modo que eles sejam ou se tornem acessíveis à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Sobre o mesmo assunto, trata a Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência. Consta no art 4.º da lei que:

[...] as vias públicas, os parques e os demais espaços de uso público existentes, assim como as respectivas instalações de serviços e mobiliários urbanos deverão ser adaptados, obedecendo-se ordem de prioridade que vise à maior eficiência das modificações, no sentido de promover mais ampla acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Diante do exposto, observou-se a importância de se oferecer condições em locais adaptados, em lugares acessíveis, do qual os PNE's {portadores de necessidades especiais} possam usufruir o lazer, o encontro e a da vida em comunidade.

O planejamento urbano, mais uma vez, assume papel estratégico para minimizar o quadro da segregação e exclusão social das pessoas com deficiência, estudando e estimulando a implantação de equipamentos públicos adaptados (Escola, Centro Comunitário, Parques Municipais e Praça Pública para criar o ponto de encontro) em determinados bairros estratégicos das regiões da cidade e facilitando com uma política de transporte adaptado. Desta forma, contribuiria para o desenvolvimento de um modelo de cidade que privilegiaria a qualidade de vida dos cidadãos e integraria esse segmento da sociedade, que vive a segregação social, e passaria a vivenciar que o Município é realmente para todos os cidadãos.

CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA E MATERIAIS

O trabalho de pesquisa, voltado para as pessoas com deficiência física, foi realizado através de visitas às instituições como: Sorri, Prefeitura Municipal de São José dos Campos, Colônias de Férias coordenadas pelo Departamento de Esportes da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, Faculdade de Fisioterapia da Universidade do Vale do Paraíba, Unidades de Reabilitação coordenadas pela Prefeitura do Município e outras clínicas especializadas para a obtenção de material e informações para elaboração de mapas geodésicos.

Para o levantamento de dados das pessoas com deficiência física, foram utilizados alguns critérios como pesquisa teórica em bibliografias e trabalhos científicos produzidos anteriormente na área em questão, e pesquisa empírica de campo. Também foram consultadas as legislações vigentes: federal, estadual e municipal, voltadas para as pessoas com deficiência. Para complementar a pesquisa de campo foram realizadas algumas entrevistas e consultas a pesquisas e trabalhos já realizados em outros países, como os E.U.A, que possuem várias iniciativas na área , principalmente através da ADA (American with Disabilities Act), um Departamento do Ministério da Justiça Americana. Segundo Carvalho (2001):

A pesquisa bibliográfica deve ser uma opção do acadêmico quando este ache que esse tipo de levantamento é suficiente para dar resposta à indagação do problema formulado. Evidentemente a pesquisa bibliográfica não exclui a possibilidade de o acadêmico entrevistar especialistas sobre o assunto que está sendo pesquisado o que não muda o tipo da pesquisa.

Ao falar sobre os problemas sócio-urbanos que afligem todas as regiões do Brasil, Maricato (2001) destaca que:

[...] a dimensão da tragédia urbana brasileira está a exigir o desenvolvimento de respostas que, acreditamos, devem partir do conhecimento da realidade empírica respaldado pelas informações científicas sobre o ambiente construído para evitar formulação das idéias fora do lugar, tão características do planejamento urbano no Brasil.

Dentro deste contexto, destaca-se a utilização de dados já levantados em pesquisas anteriores como IBGE–Censo 2000, o perfil social das cidades conforme o Atlas do desenvolvimento social, as informações da Fundação do Sistema

Estadual de Análise de Dados-SEADE, a Fundação Getúlio Vargas-FGV-Retratos da Deficiência no Brasil realizado em outubro de 2003 e outros.

1.1 Materiais

- Computador desktop com os aplicativos do OFFICE 2000.
- Software Spring para trabalhos de geoprocessamento
- Software Corel Draw 12.0 para elaboração dos mapas.
- Máquina fotográfica Samsung
- Impressora inkjet modelo HP-840
- Banco de dados das pessoas com deficiência física (Cadeirantes) cadastradas da Secretaria de Transporte da Prefeitura de São José dos Campos.

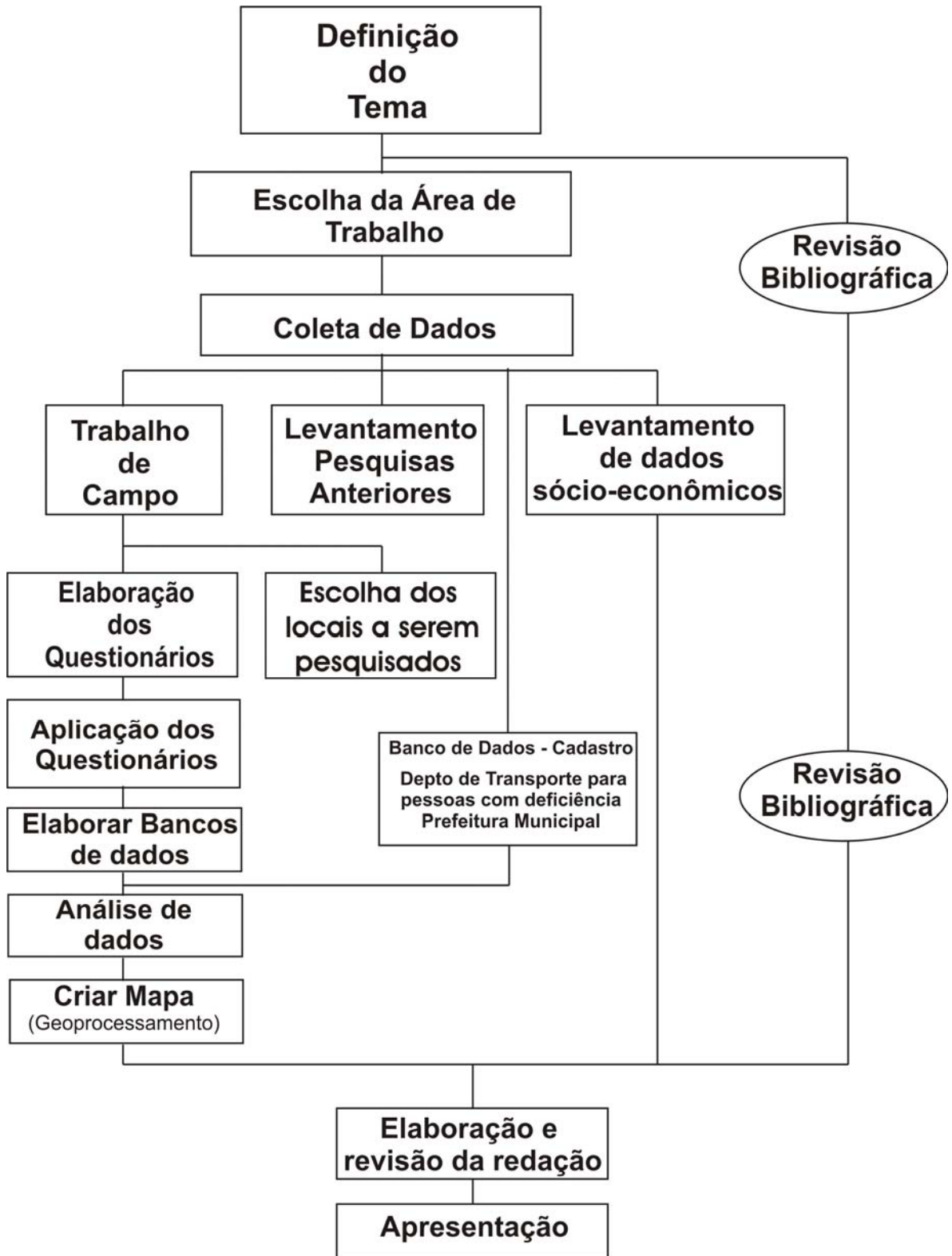


Figura 03: Fluxograma das atividades

1.2 Definição do número de entrevistados

Para a determinação do número de entrevistados ao se aplicar o questionário da pesquisa sócio econômica, evitar custos elevados e a influência do tempo como um agente de distorção (onde a informação pode variar se for muito demorada), foram utilizadas técnicas estatísticas de amostragem para atender ao propósito e à confiabilidade da investigação conforme Richardson (1999).

Afirmam Gerardi, Silva e Nentwig (1981): “[...] há situações em que um levantamento completo é inviável, senão impossível, devido a restrições de custos, tempo, material, mão de obra etc., o que leva a adotar a amostra como solução”, o que é o caso do estudo nessa dissertação. O tamanho da amostra visou alcançar uma determinada proporção mínima, estabelecida estatisticamente evitando, assim, um longo tempo e custos altos na aplicação da pesquisa.

Conforme Richardson (1999) “o tamanho da amostra depende dos seguintes fatores: amplitude do universo, nível de confiança estabelecido, erro de estimação permitido e a proporção da característica pesquisada no universo” os quais foram considerados no cálculo do tamanho da amostra.

A fórmula para calcular o tamanho da amostra para populações finitas (amostragem aleatória simples), ou seja, menor que 100.000 unidades, visto que a população deste estudo é menor que essa quantidade, de acordo com Richardson (1999) é:

$$n = \frac{S^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + S \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n	Tamanho da amostra
S	Nível de confiança (escolhido em número de desvios – Sigmas Exemplo: 95% de confiabilidade → 2 Sigmas 99% → 3 Sigmas
p	Proporção da característica pesquisada no universo, calculada em percentagem
q	100-p (em percentagem)
E	Erro de estimação permitido (%)

Ao tratar do erro de estimação, Richardson (1999) diz que este diminui à medida em que o tamanho da amostra aumenta. Por outro lado ressalta que, nas pesquisas sociais, geralmente não se aceita um erro maior que 6% e que usualmente adota-se um erro de 4%.

Para a determinação do número de pessoas com deficiência física e motora severa em São José dos Campos, primeiramente, estimou-se o número dos diferentes tipos de pessoas com deficiência motora, tendo como base os dados apresentados pelo IBGE-Censo 2000, para o universo Brasil na tabulação avançada. Esta tabulação considerou as características da população residente, por situação de domicílio e sexo, segundo o tipo de deficiência e mostrou também o desmembramento da deficiência motora por tipo de deficiência, por grau de dificuldade para caminhar.

O resultado da projeção para o município em estudo, mostrou o número de 1349 pessoas para os incapazes de se locomover ou subir escadas. Para os que apresentam grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas, resultou uma projeção de 4123 pessoas. Por estar considerando somente os com deficiência física grave, não foram incluídas neste estudo as 12605 pessoas com alguma dificuldade permanente de caminhar, como mostra a tabela 01, visto poderem se locomover sem o auxílio de cadeiras de roda ou outro equipamento.

Tabela 01: Projeção: tipos de deficiência motora - São José dos Campos (2000)

Tipo de deficiência motora Desmembramento	Brasil		Projeção São José dos Campos
	Qtde	Porcentagem	Qtde
Incapaz de caminhar ou subir escada	588201	7,5	1349
Grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escada	1799971	22,8	4123
Alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	5491482	69,7	12605
Total	7879654	100	18077

Fonte: IBGE – Censo 2000: Tabulação Avançada

Na tabela 02 pode-se ver a quantidade total de 8175 pessoas consideradas neste estudo. Para o cálculo deste número somou-se o número de 2703 pessoas

com deficiência física conforme o IBGE para o município de São José dos Campos e os com deficiência motora grave, ou seja, os números projetados para São José dos Campos dos tipos que necessitam de auxílio de cadeiras de rodas ou outro equipamento auxiliar, isto é, as 1349 e 4123 pessoas da tabela 01.

Tabela 02: Quantidade de PCD física e motora - São José dos Campos

Descrição do tipo da deficiência física	Número de pessoas
Física (Tetraplegia, Paraplegia ou Hemiplegia permanente)	2703
Motora: Incapaz de caminhar	1349
Motora: Grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	4123
Total	8175

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se na fórmula apresentada anteriormente, a população de 8175 pessoas com deficiência física e motora severa, para a aplicação do questionário da pesquisa. No caso 1 da tabela abaixo utilizou-se um erro de estimação de 3,5% e o caso 2 o erro de 4,0%.

Tabela 03: Tamanho da amostra em função do erro de estimação

Descrição	Variável	Caso 1	Caso 2	Real
Pessoas com deficiência Física - Cadeirantes		8175	8175	8175
Universo da amostra PCDs	N	61771	61771	61771
Nível de Confiança (95%)	S	2	2	2
Proporção das características	p	13,2	13,2	13,2
q=100-p	q	86,8	86,8	86,8
Erro de estimação permitido (%)	E	3,5	4,0	3,7
Tamanho da amostra		366	282	322

Fonte: Richardson (1999)

Esta pesquisa pretendia trabalhar dentro de um erro máximo entre 3,5% e 4%, e obteve-se um erro real de 3,7%, considerado satisfatório.

CAPÍTULO 2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A DEFICIÊNCIA

Ao desenvolver o embasamento teórico sobre a organização social do espaço urbano e o direito à cidade para a pessoa com deficiência, alguns conceitos serão apresentados em relação ao fortalecimento do caminho teórico escolhido:

2.1 A Pessoa com Deficiência

As pessoas com deficiência possuem limitações físicas ou mentais que muitas vezes não a incapacitam ou provocam desvantagens para determinada atividade, mas tem gerado qualificações pejorativas tanto pelos indivíduos como coletivamente pela sociedade. Isto tem criado estereótipos e discriminações que impedem a pessoa com deficiência de ter uma vida normal dentro dessa sociedade. Entre as fontes geradoras dos preconceitos e da segregação social aparece a desinformação existente acerca das potencialidades, desejos e dificuldades, desse grupo social. Feijó (2003) faz questão de destacar que deficiência nunca foi e não será o oposto de eficiência, pois o oposto é ineficiência.

O processo para preencher a lacuna existente na sociedade sobre as pessoas com deficiência, começa por definir qual o melhor termo a ser usado para não tirar do foco o ser humano possuidor de alguma deficiência. Nos últimos anos várias discussões semânticas têm ocorrido para a escolha da terminologia para a pessoa com deficiência. Diversos termos vêm sendo usados como sinônimos em textos legais, livros, artigos técnicos, documentos públicos e reportagens nas mais variadas mídias. Alguns insistem com a terminologia pessoa portadora de necessidades especiais (PNE) e outros como Ribeiro (2001) utilizam a terminologia: pessoa portadora de deficiência (PPD) ou pessoa(s) com deficiência (PCD), e justifica:

[...] para não destoar da terminologia legal segundo a qual: pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida é a que, temporária ou permanente, tem sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo, dando realce a palavra pessoa e não a deficiência.

A nomenclatura pessoa portadora de deficiência tem sido a mais utilizada

sendo incorporada pela Constituição Federal de 1988², que procura destacar e valorizar a pessoa e não a deficiência. Quanto aos termos mais apropriados, esta pesquisa utilizará: pessoa ou pessoas com deficiência (PCD), pessoa portadora de deficiência (PPD) e pessoa com deficiência física (PCDF). Também serão utilizados os termos cadeirantes aos que têm necessidade de usar cadeiras de rodas para se locomoverem de um lugar para outro.

De acordo com o IBGE (2000a) no Censo – 2000, foi pesquisado se a pessoa era portadora de deficiência mental permanente e, ainda, de um dos seguintes tipos de deficiência física permanente: tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, falta de membro ou de parte dele. Foi investigado, também, se a pessoa era portadora de deficiência auditiva, visual e motora, por meio da avaliação do seu grau de incapacidade (incapaz, com grande dificuldade ou com alguma dificuldade permanente e sem nenhuma dificuldade) de enxergar, ouvir e caminhar ou subir escada. Para os termos utilizados na pesquisa definiu-se:

- **Deficiência mental permanente** - o retardamento mental resultante de lesão ou síndrome irreversível, que se caracteriza por dificuldades ou limitações intelectuais associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, autodeterminação, cuidados com saúde e segurança, aprendizagem, lazer, trabalho, etc. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose.
- **Deficiência física:**
 - Tetraplegia - a paralisia permanente total de ambos os braços e pernas (quadriplegia);
 - Paraplegia - a paralisia permanente das pernas;
 - Hemiplegia - a paralisia permanente de um dos lados do corpo; ou
 - Falta de membro ou de parte dele - a falta de perna, braço, mão, pé ou do dedo polegar ou a falta de parte da perna ou braço.
- **Deficiência visual** - de acordo com a avaliação do grau de incapacidade visual (feita com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso de a pessoa utilizá-los) a

² Cf. artigos: 7^o, XXXI; Capítulo II:24^oXIV; 37^oVIII; 203^o:V e 244^o da Constituição Federal.

classificação foi como:

- Incapaz de enxergar - quando a pessoa se declarou totalmente cega;
 - Grande dificuldade permanente de enxergar - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; e
 - Alguma dificuldade permanente de enxergar - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato.
-
- **Deficiência auditiva** - de acordo com a avaliação do grau de incapacidade auditiva, (feita com o uso de aparelho auditivo, no caso de a pessoa utilizá-lo) a classificação foi como:
 - Incapaz de ouvir - quando a pessoa se declarou totalmente surda;
 - Grande dificuldade permanente de ouvir - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo e,
 - Alguma dificuldade permanente de ouvir - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo.
-
- **Deficiência motora** - de acordo com a avaliação do grau de incapacidade motora, (feita com o uso de prótese, bengala, ou aparelho auxiliar, no caso de a pessoa utilizá-lo) a classificação foi como:
 - Incapaz de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa se declarou incapaz de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, por deficiência motora;
 - Grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; ou
 - Alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

2.1.1 Contextualização histórica da pessoa com deficiência

Para melhor compreender a condição atual das pessoas com deficiência, é importante verificar a evolução histórica e social ao longo da construção da civilização. Desde os mais remotos tempos na Antigüidade e entre os povos primitivos, de acordo com Gugel (2001), ao considerar todos os tipos de deficiência:

O tratamento destinado aos portadores de deficiência assumiu dois aspectos distintos: alguns os exterminavam por considerá-los grave empecilho à sobrevivência do grupo, e outros, os protegiam e sustentavam para buscar a simpatia dos deuses.

Ao pesquisar a história da humanidade desde os seus primórdios, percebe-se que não existem muitas referências sobre pessoas com deficiências e, segundo Soares (2002), podem ser justificadas “pelo estilo de vida nômade dos homens, como caçadores e coletores, diminuindo as possibilidades de sobrevivência das crianças”, principalmente, as que apresentavam alguma deficiência.

Acrescenta Silva (1987) que, em épocas mais remotas, nada existe de concreto em relação à vida das pessoas com deficiência física, a não ser supostas situações que estão baseadas em indícios extremamente primários e tênues. No entanto, em cada período da humanidade, as pessoas com deficiência sempre estiveram presentes e consideradas de maneira diferentes, de acordo com a época da história, ou seja, eliminadas, desprezadas ou cuidadas como obra assistencial. Foi nas décadas mais recentes que começaram a ser respeitadas como um ser humano diferente que luta pelo seu direito de cidadania e busca ocupar seu espaço na sociedade.

Pré-História

Registros sobre a pré-história apontam que as crianças nascidas com aleijões ou aparentando fraqueza extrema eram eliminadas por questões econômicas, dificuldades de sobrevivência ou credices que as vinculavam aos maus espíritos e a castigos dos deuses (SILVA, 1987; SOARES, 2002). As deficiências físicas dos homens ocorriam por amputações ou fraturas ósseas resultantes de grandes quedas ou pancadas violentas, seja de inimigos portadores de armas contundentes ou pelos animais durante as caçadas.

Os homens pré-históricos, como muitas tribos existentes na época atual, utilizavam tanto para caçar como para guerrear contra outras tribos, armas de curto alcance como: porretes, tacapes, bastões, marretas ou algo semelhante. Nas lutas contra grupos ou entre tribos, os homens ao usar estas armas contra seus inimigos, provocavam contusões ou ferimentos sérios e muitos deles geravam deficiências físicas permanentes.

Silva (1987) acrescenta que, quando sobreviviam às amputações ou, ainda, quando colocavam primitivas imobilizações, por meio de pedaços de ramos de árvores atados por peles de couro de animais, os homens passavam a cuidar da fabricação de utensílios como cestos, armadilhas, vasos para água, preparação de peles e outros.

Estas evidências têm sido retratadas através de pinturas em cavernas ou objetos da época, descobertos, principalmente, pelos arqueólogos e os paleontólogos. Em sua obra “A Epopéia Ignorada”, Silva (1987) registra que vários esqueletos pré-históricos foram encontrados com sinais de fratura óssea, principalmente de tíbia, fêmur, do úmero, da clavícula e outros.

Egito

Nas culturas mais antigas, principalmente após 4000 a.C., Sposito (2002) observa que a “transformação histórica do caçador em chefe político e depois em rei terá ocorrido, segundo documentação, pelo menos no Egito e Mesopotâmia”. Nesta época novas armas foram desenvolvidas (com o avanço da metalurgia, ou seja, o domínio sobre o cobre, ferro e o bronze) e utilizadas para caçar, matar ou aleijar os homens nas guerras.

A descoberta da escrita, nesse período, a qual foi se aprimorando, possibilitou ao homem poder documentar melhor a sua evolução e registrar acontecimentos que ocorriam ao seu redor. Papiros descobertos do antigo Egito, cerca de 3600 anos atrás, cujo autor, provavelmente um hábil cirurgião, “[...] menciona fraturas tratadas com talas, fala sobre redução de deslocamento de bacia e sobre sutura de ferimentos” (SILVA, 1987).

A civilização egípcia mostrou certa complacência com os deficientes, principalmente os visuais, tão comuns na região. Acrescenta o autor que “no Egito Antigo já eram praticadas técnicas de fisioterapia, como também utilizados animais para auxiliar as pessoas com deficiência visuais, físicas ou de audição”.

Grécia

Nos períodos mais antigos da Grécia, especificamente, na idade heróica dos gregos (1300 a 1100 a.C.), o pai era considerado supremo e poderia, segundo Durant (1957, p.66), “[...] expor seus filhos à morte, abandonando-os no cume da montanha, ou imolando-os em altares a sêde dos sangues dos deuses”.

Este costume continuou na Grécia Antiga, principalmente no século VI a.C., cuja sociedade era dividida em classes sociais e, apesar de praticar a chamada “democracia grega”, onde o povo participava das decisões governamentais, excluindo os escravos e mulheres, pois não eram considerados cidadãos. Havia princípios de estética corporais bastante aprimorados e uma grande devoção para com a perfeição. Somente os mutilados de guerra tinham atenção especial e eram alimentados pelo Estado enquanto estivessem com vida.

Nesse período, segundo Peranzoni e Freitas (2000), também houve várias personalidades que apresentavam alguma deficiência física e, entre elas, destacaram-se Homero que era cego e Demóstenes que sofria de gagueira.

Na cultura espartana, por volta do século V a.C., se o recém-nascido das famílias conhecidas como “homoi” (os iguais) que eram, na época, a elite e o de “melhor” da sociedade, fosse considerado por uma comissão especial formada por anciãos de reconhecida autoridade, como “feio”, disforme ou franzino, era levado para um local chamado “apothetes”, que significa “depósitos”. Este local era um precipício localizado nas montanhas Taygetos³, com 2400 metros de altura, onde as crianças eram lançadas para encontrar a morte (PLUTARCO, 1951).

Na cidade grega de Tebas, como regra geral, os deficientes de nascença ou por acidentes, eram relegados para eliminação. Afirma Soares (2002), que “a ideologia fazia com que a maioria das crianças consideradas fracas ou defeituosas

³ Montanha Taygetos ficava perto da cidade de Esparta na Grécia. Durante o Império Bizantino até o século dezenove era chamada de **Pentadaktylos** (grego para 5 dedos) e atualmente de Taygetos.

fosse eliminada ao nascer, em nome da estabilidade social”.

Na maioria das cidades da Grécia quando as crianças portadoras de deficiência não eram eliminadas, como registra Silva (1987), ficavam à disposição da “exposição” que se dava em local onde elas podiam ser encontradas. Estes locais geralmente eram as beiras dos rios e das cavernas onde a criança era embrulhada e colocada numa vasilha de barro ou cestos e o chamado “abandono” significava deixar à própria sorte para morrer.

Alguns dos mais renomados filósofos nesta época chegaram a defender a idéia do extermínio das crianças “defeituosas”, defendendo e manifestando a necessidade de perfeição corporal. Silva (1987) cita que Platão (428 a 348 a.C.), um dos mais notáveis entre os filósofos gregos, propôs que os seres humanos defeituosos não deviam ser criados, com a finalidade de conservar um povo da mais alta qualidade. Preconizou que as crianças defeituosas eram para ser abandonadas e morrer. Ao filosofar sobre uma nova república para a Grécia, Platão declara: “[...] e no que concerne aos que receberam corpo mal organizado, deixa-os morrer” e continua afirmando que “[...] quanto às crianças doentes e as que sofrerem qualquer deformidade, serão levadas, como convém, a paradeiro desconhecido e secreto” (PLATÃO, 1951).

Outro renomado filósofo grego, Aristóteles, mesmo influenciando os atenienses para proteger e sustentar seus doentes e deficientes, através de uma aposentadoria, semelhante a uma Previdência Social que temos no Brasil (FONSECA, 2001), onde as famílias contribuía para a manutenção dos heróis de guerra e suas famílias, afirma que: “[...] Quanto a saber quais os filhos que se deve abandonar ou educar, deve haver uma lei que proíba alimentar toda criança disforme” (ARISTOTELES, 1951). Em função da condição *sine qua non* da perfeição física, para a participação na sociedade grega, as pessoas com deficiência, consideradas malformadas e feias pela elite dominadora da época, eram ignoradas e consideradas uma ofensa para o povo. (PERANZONI; FREITAS, 2000)

Observa-se, principalmente desde a época dos gregos, que as pessoas com deficiência já sofriam grandes problemas de discriminação e preconceitos, e consideradas como um mal e deveriam ser eliminadas, ou seja, a sua segregação em qualquer de suas modalidades, sempre encontrou guarida em todos os momentos da História.

Hebreus

Outro povo, os Hebreus, que originou posteriormente o Cristianismo, via na deficiência física ou sensorial, conforme Fonseca (2001), “uma espécie de punição de Deus e impediam que qualquer portador de deficiência tivesse acesso aos serviços religiosos”.

Nos primeiros anos da era Cristã, várias pessoas com deficiência física encontravam dificuldade de serem aceitos no meio da sociedade judaica devido à segregação social e religiosa. Normalmente para sobreviver ficavam mendigando à beira dos caminhos ou em frente às portas dos templos, como registrado na Bíblia Sagrada (1988). Nessa época vários milagres foram realizados por Jesus Cristo⁴ curando pessoas com deficiência como coxos, paralíticos, cegos, surdos-mudos, e outros, descritos na Bíblia Sagrada. Um exemplo encontra-se relatado no livro do Evangelista Marcos que narra a cura de um paralítico (Marcos Capítulo 2) que foi levado por alguns amigos e que encontraram dificuldades para se aproximar de Jesus Cristo, pois a multidão não abria caminho. Os amigos tiveram que colocá-lo numa maca e pelo teto da casa, descê-lo e colocá-lo diante de Cristo que, a seguir, conforme o relato, o curou.

No Evangelho de Lucas, Capítulo 6, encontra-se o registro de um homem com a mão ressequida que também foi curado por Jesus Cristo. Esse homem, antes de ser curado, entrou na sinagoga dos judeus, onde Jesus estava presente, procurando não ser notado devido ao seu problema físico, pois as pessoas com deficiência não eram vistas com bons olhos pela sociedade judaica que julgavam o motivo da deficiência como de caráter espiritual e de pecado.

Romanos

O Império Romano, influenciado pela cultura grega, adotou vários valores,

⁴ Jesus Cristo nasceu na Judéia, na Palestina e foi o fundador do Cristianismo, que vê nele o Filho de Deus feito homem para salvar o mundo, espiritualmente. Seus feitos estão registrados, principalmente, na Bíblia Sagrada, nos livros dos evangelhos dos apóstolos Mateus, Marcos, Lucas e João.

costumes e hábitos, principalmente nas áreas da educação, arte e medicina (SOARES, 2002). O grande legado da cultura romana deixado para o mundo, segundo Silva (1987), foi na área do direito, com suas legislações.

[...] havia leis que se referiam ao reconhecimento dos direitos de um recém-nascido e em circunstâncias esses direitos deveriam ser garantidos ou poderiam ser negados. Dentre as condições para negação de direito, a chamada “vitalidade” a forma humana eram as principais. Como exemplo, poderemos mencionar que, tanto os bebês nascidos prematuramente (antes do sétimo mês de gestação) quanto os que apresentavam sinais da chamada “monstruosidade”, não tinham condições básicas de capacidade de direito.

As leis na Roma antiga proibiam o infanticídio, “exceto em caso de criança deformada ou atingida de doença incurável” (DURANT, 1946b). Nos casos dessa natureza a lei previa a morte ao nascer, ou o pai poderia expor a criança às margens do rio Tibre ou lugares sagrados desde que a mostrasse com os problemas físicos, para cinco vizinhos.

Sêneca⁵ (apud SILVA, 1987) falando sobre os romanos diz:

[...] matam-se cães quando estão com raiva, exterminam-se touros bravos; cortam-se as cabeças das ovelhas enfermas para que as demais não sejam contaminadas; matamos os fetos e os recém-nascidos monstruosos, afogamo-los; não devido ao ódio, mas à razão, para distinguirmos as coisas inúteis das saudáveis.

Segundo a Lei das XII Tábuas⁶, na Roma antiga, os patriarcas eram autorizados a matar seus filhos com deficiência física, como ocorria em Esparta na Grécia antiga. Registra Almeida, et al. (2005), “O preconceito contra os deficientes continua com os romanos, na Lei das XII Tábuas, especificamente na Tábua IV, dizendo que o filho nascido monstruoso deveria ser morto imediatamente”. Soares (2002) acrescenta que mesmo com a legalização do infanticídio, vários pais da elite da época evitavam praticá-lo e preferiam colocar a criança em cestos e lançá-la no rio Tibre. Normalmente os pobres e escravos recolhiam estes cestos e criavam as crianças para esmolarem nas ruas de Roma ou no caso das meninas cegas eram levadas para a prostituição.

⁵ SÊNECA, Lucius Annaeus. De Ira. In Oeuvres Completes de Senèque, Le Philosophe – Firmin Didot – Paris, 1985. Era filósofo, poeta e político romano entre os anos 65 A.C. a 4 A.C.

⁶ Lei das Doze Tábuas – Primeira legislação escrita dos romanos, estabelecida pelo conselho dos dez governantes de Roma (os decênviros) e gravada em doze tábuas de bronze em 450 a.C. Continha preceitos de direito civil, criminal e religioso.

Silva (1987) menciona que na Roma dos tempos dos Césares, ou seja, em séculos mais sofisticados e menos bárbaros, as pessoas com deficiência mental eram tratadas como “bobas” e mantidas nas vilas ou propriedades das abastadas famílias nobres. Deficientes físicos e outros tipos de pessoas nascidas com malformações, eram também ligados às casas comerciais, tavernas, bordéis e às atividades dos circos romanos para serviços às vezes humilhantes, costume este que foi adotado por muitos séculos na história da humanidade. O historiador Durant registra que os aleijados eram utilizados para divertirem com sua deformidade e que “[...] existia em Roma (30 a.C.) um mercado especial para compra e venda de homens sem pernas ou braços, de três olhos, gigantes, anões, hermafroditas” (DURANT, 1946a).

Por outro lado, tal como na Grécia, em Roma houve imperadores que apresentavam algum tipo de deficiência física, como Caio Júlio César, Cláudio I, Galba (3 a.C. a 69 d.C.), Othon (32 a 69 d.C.) e Nero. Segundo Peranzoni e Freitas (2000), as suas deficiências eram “escondidas”, por terem o poder de governar em suas mãos e, desta maneira, eram ignoradas pelo povo.

Cristianismo

Ainda durante o Império Romano, numa fase decadente do estado moral da sociedade e de opressão de certas camadas da população como os escravos e os pobres, surgiu a religião do Cristianismo. No decorrer dos anos, novos valores e uma doutrina ensinada por Jesus Cristo, passaram a nortear a cultura dos povos como a hospitalidade, a caridade, o amor ao próximo, a valorização e a compreensão do significado da pobreza, a assistência aos carentes e o abrigo às pessoas portadoras de deficiência pelas igrejas cristãs. O Cristianismo fortaleceu-se e solidificou-se no decorrer dos anos, ganhando grande espaço tanto como religião como na influência política sobre os imperadores e reis.

Nos primeiros anos da era cristã, a Igreja cresceu assustadoramente entre várias nacionalidades como a grega, a romana, a egípcia, a hebréia e outras, vindo a se tornar em pouco mais de três séculos em maioria de adeptos, principalmente na Europa e no Oriente Médio. Ao analisar os primeiros séculos da era Cristã, Silva

(1987) destaca que as pessoas portadoras de deficiência, a quase totalidade, não conseguiam trabalhar para sua subsistência, continuavam sendo segregadas e excluídas da sociedade, sendo assistidas por pessoas piedosas ou por motivo de caridade.

O Cristianismo trouxe um posicionamento mais justo para o ser humano, beneficiando os escravos e todos os grupos de pessoas menosprezadas e colocadas à margem, pois condenava os maus-tratos das pessoas e a eliminação de qualquer que fosse o ser humano, incluindo as pessoas com deficiência.

Constantino, um dos influenciados pelo Cristianismo, editou em 315 d.C. uma lei publicada na Itália e na Grécia, tirando o direito dos pais de matar seus filhos quando nasciam com defeito ou má formação congênitas. Chamou esse costume, que vinha sendo praticado em Roma e em Esparta por mais de cinco séculos, de “parricídio” conforme Silva (1987) e providenciou para que o Estado ajudasse os filhos recém-nascidos de famílias mais pobres, com alimentação e vestuário.

Idade Média e Renascimento

Na Idade Média, sob a influência do Cristianismo, os senhores feudais mantinham casas de assistência para amparar e cuidar dos doentes e portadores de deficiência. Por um lado, neste período lúgubre da Igreja Cristã, rotulado de “Idade das Trevas”, muitos foram queimados e mortos pela acusação de serem defeituosos por estarem possuídos pelo demônio. Segundo os registros de Rozicki (2003), “os deficientes físicos e mentais eram freqüentemente vistos como possuídos pelo demônio e eram queimados como as bruxas”.

Na América Latina, Fonseca (2001) registra que os índios Sirionos (antigos habitantes das selvas da Bolívia, próximo ao Brasil) eram avessos às pessoas com deficiência. Em razão de suas características semi-nômades e por não conseguirem transportar os doentes e as pessoas com deficiência, pelo fato de a tribo estar em constante movimento, abandonavam-nas à própria sorte. Os astecas, povo guerreiro que habitava a região do atual México, era também um povo que segregava as PCDs e as deixavam em campos semelhantes aos jardins zoológicos, por ordem do imperador Montezuma II no início do século XVI, onde eram apupados, provocados

e ridicularizados.

Foi no Renascimento, em meados do século quinze e no dezesseis, que a visão assistencialista cedeu lugar à postura profissionalizante e de integração das pessoas portadoras de deficiência através de leis que foram promulgadas em alguns países da Europa.

O fortalecimento do estudo e da atenção do Estado para o problema da falta de habitação e da reabilitação da pessoa portadora de deficiência para o trabalho, ocorreu durante a Revolução Industrial no século XVIII e XIX, quando se tomou consciência de que as guerras, epidemias e anomalias genéticas deixaram de ser as únicas causas das deficiências físicas. Surgiu um novo agente mais grave, o trabalho e suas condições precárias que causava acidentes mutiladores e doenças profissionais. Durante essa época, século XIX, na Inglaterra e em outros países da Europa, surge o Estado Social⁷ (*welfare state*), criado para fornecer, principalmente, assistência à saúde dos trabalhadores e acalmá-los, pois levantavam várias reivindicações através de seus sindicatos. Durante o período do Renascimento⁸ até o século dezenove, muito se procurou compreender os problemas vividos pelas pessoas deixadas à margem da sociedade por milênios. Na época da Revolução Industrial, hospitais eram construídos para tratar dos doentes, mas os portadores de deficiência eram excluídos da sociedade.

Na Inglaterra, durante a Revolução Industrial, veio à tona a idéia de que as pessoas deficientes deveriam ser engajadas no sistema de produção. Fundou-se a "WORK HOUSE", que tinha o objetivo de lhes proporcionar trabalho, mas que foi ocupada pelos pobres que expulsaram as PCDs daquele programa (FONSECA, 2001). Segundo o autor, vários inventos, a partir de 1789, aconteceram com o propósito de criar condições de locomoção e de trabalho para as pessoas portadoras de deficiência, tais como: cadeira de roda, bengalas, bastões, muletas, coletes, próteses, veículos adaptados, camas móveis e outros.

⁷ Como esclarecimento, O Estado Social (*welfare state*) iniciou sua base ideológica através de um processo de intensas lutas operárias e sindicais anarquistas e socialistas entre os anos de 1848 e 1850, em países como Inglaterra, França e Alemanha. Já o Estado do Bem Estar Social é uma resposta capitalista ao desenvolvimento e ao avanço do socialismo e seu marco aconteceu após a segunda Guerra Mundial, com a hegemonia dos Estados Unidos da América e a Europa precisando ser restaurada.

⁸ Renascimento ou Renascença: Compreende o período de "renascimento" das letras e das artes como um todo, movimento este iniciado na Itália no século XIV, tendo alcançado seu auge no Século XVI, influenciando todas as demais partes da Europa. Esse período presenciou o florescimento e o avanço da ciência, da arte, e da literatura.

Também começaram a aparecer, no século dezoito, explicações dos naturalistas para o comportamento das pessoas com deficiência. Segundo Pessotti (1984), “o desenvolvimento da ciência permite questionar os dogmas religiosos e começam a surgir estudos mais sistemáticos na área médica, visando explicar tais comportamentos”. Nessa época os estudos na área da medicina permitiram comprovar que muitas deficiências nas pessoas eram resultantes de lesões e disfunções no organismo.

O avanço da ciência, primeiramente, a medicina e especialidades afins, muito contribuiu para que as pessoas com deficiência começassem a ter a atenção de profissionais e não somente por motivo de caridade ou piedade, isto é, pelo assistencialismo embasado em fundamentos teológicos. Até os dias de hoje, tem contribuído para habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e abre portas para a inclusão social.

Apesar do grande avanço da medicina, isto não implicou em redução da discriminação social de que as pessoas com deficiências eram vítimas. Fonseca (2001), ainda destaca que nessa época com o objetivo de oferecer tratamento médico especializado, ao mesmo tempo para aliviar a “sobrecarga” das famílias e da sociedade, eram enviadas para asilos e hospitais, na companhia de prostitutas, loucos e delinqüentes.

Até o início do século dezenove, segundo Fonseca (2001), a deficiência era associada à idéia de inutilidade e dependência. A falta de preocupação com a mudança desse quadro e o abandono das PCDs eram situações e atitudes comuns entre as pessoas. No final desse século, vários asilos foram criados para cuidar das pessoas portadoras de deficiência com a finalidade delas “incomodarem” o menos possível, visto que sua presença não era desejada, inclusive pelos familiares.

Idade Contemporânea

Nos Estados Unidos segundo Silva (1987), num passado não muito distante, os índios navajos, aparentados dos Apaches e formadores da maior raça indígena, não permitiam que uma criança com defeito físico sobrevivesse. Era abandonada no meio do mato, asfixiada ou afogada e até queimada viva.

No Brasil durante o período Imperial, no último quartil do século dezanove, foram criadas duas instituições de educação especial, voltadas aos cegos e surdos e, a seguir, hospitais para cuidar de pessoas portadoras de deficiência física e mental, subsidiadas pelo governo brasileiro (SILVA, 2002).

Nas primeiras décadas do século XX, os princípios defendidos na Europa, desde a Renascença, para o atendimento de órfãos, crianças carentes e deficientes, foram efetivamente melhor definidos e colocados em prática. Além do assistencialismo, as entidades voltadas às pessoas portadoras de deficiência, começaram a implantar e oferecer educação especial e treinamentos profissionalizantes, possibilitando-lhes obter meios de sobrevivência na idade adulta, como telefonista, digitadores, operadores de produção, atendentes, secretárias e outros.

O processo voltado à integração das pessoas portadoras de deficiência na sociedade, pouco evoluiu no tempo, pois na década de 1940 o Brasil ainda sequer havia adotado políticas assistencialistas e as pessoas portadoras de deficiência, quando sobreviviam, eram acompanhadas de estigmatização e destinadas à piedade das pessoas e à exclusão social (ROZICKI, 2003).

Com a Segunda Guerra Mundial e seu final, o balanço mostrou que muitos soldados se tornaram portadores de deficiência, motivando o aparecimento de vários movimentos sociais de lutas pelos direitos das pessoas com deficiência. Destacaram-se os Estados Unidos, com a criação da National Association for Retarded Children – NAR/EUA (Associação Nacional para Crianças Excepcionais), que exerce grande influência em âmbito mundial. No Brasil influenciado por essa organização, é criada a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, na cidade do Rio de Janeiro em 1954. Essa associação passou a atender as PCDs em escolas especiais mantidas por ela.

Na década de 1960, os pais e parentes começaram a se organizar, surgindo as primeiras críticas à segregação das pessoas com deficiência e a defesa da normalização, isto é, a adequação do deficiente à sociedade, para permitir sua integração. Isto resultou na Educação Especial que aparece pela primeira vez na LDB 4024, de 1961. De acordo com Bencini (2001), essa lei “aponta que a educação dos excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação”.

A década de 70 é caracterizada pela tentativa mundial de integrar as pessoas portadoras de deficiência em ambientes o mais próximo possível dos que eram oferecidos para os considerados “normais”. Pereira (apud SOARES, 2001) ao se referir a essa nova visão para mudar a condição das pessoas portadoras de deficiência na sociedade, registra a necessidade de se ter “[...] uma visão mais dinâmica e humanística do excepcional. Antes de ser excepcional, diferente, ele é uma pessoa com direitos e deveres iguais aos demais seres humanos [...]”.

Em 1971, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU proclama a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental e, em 1975, aprova-se em Assembléia Geral a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, conforme o anexo B. Também é proclamada em 16 de dezembro de 1976 a resolução nº 31/123, que estabelece o ano de 1981 como o Ano Internacional para as pessoas portadoras de deficiência (International Year for Disabled Person), com a finalidade de dar condições para que as resoluções anteriores pudessem ser implantadas e iniciasse uma conscientização mundial quanto à problemática vivida pelas pessoas com deficiência.

Essa iniciativa deu um grande passo para que os países do mundo acordassem e dessem maior atenção e se voltassem para as ações preventivas, a fim de reduzir o número das pessoas com deficiência. De acordo com Silva (1987), o Brasil aderiu à iniciativa da ONU quanto ao Ano Internacional e, em particular no Estado de São Paulo, foi criada uma Comissão Estadual de Apoio e Estímulo ao Desenvolvimento do Ano Internacional das Pessoas Deficientes. O objetivo principal foi a conscientização da sociedade, através da distribuição de material informativo para as entidades relacionadas com a problemática. Através de vários encontros nacionais definiram-se recomendações fundamentais para a década de 1980.

As sementes lançadas no Brasil, principalmente as voltadas para o desenvolvimento da reabilitação e a participação, na sociedade, das pessoas com deficiência, começaram a ter melhores resultados e a frutificar. Em 1978, destaque para uma emenda à Constituição Brasileira que tratou do direito da pessoa com deficiência e na qual é assegurada, às pessoas com deficiência, a melhoria de sua condição social e econômica, principalmente mediante a educação especial e gratuita.

Na década de 80, essa lei teve dificuldades de ser implantada, pela falta de

compreensão e ação do poder público em adequar as salas de aula e preparar os professores para tal missão. Abro parêntesis para relatar a dificuldade que nossa filha, uma pessoa com deficiência física e totalmente dependente de cadeira de rodas, teve para conseguir matrícula numa escola do ensino fundamental e ser aceita tanto pelos colegas de classe quanto pelos professores. As crianças achavam que a deficiência física era uma doença transmissível e os professores declararam-se despreparados para educar uma criança como ela. Como agravante, o mobiliário não era adequado, fazendo com que a família providenciasse as adaptações necessárias e a contratação de um acompanhante para os cuidados pessoais.

Com a Constituição de 1988, dando maior ênfase à inclusão social da pessoa portadora de deficiência, o Ministério de Educação e Cultura – MEC elabora para o Brasil uma política pública de educação especial, onde as escolas públicas passaram a assumir a responsabilidade de educar as PCDs, salvo as deficiências mais críticas que continuaram sob a responsabilidade das escolas mantidas pelas APAEs (Associação dos Pais e Amigos de Excepcionais). Em 1989 foi criado, por decreto presidencial, a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, com o objetivo de ser responsável pela gestão de políticas voltadas para integração da PCD e tendo como eixo focal a defesa de direitos e a promoção de cidadania.

Paulatinamente a evolução do assunto e a legislação brasileira, quanto à inclusão social das pessoas com deficiência na sociedade progrediram, da visão meramente assistencial do problema, para o compromisso e a ação de habilitar e reabilitar estas pessoas e prepará-las para o mercado de trabalho.

Percebe-se no Brasil que, apesar do grande esforço de várias instituições (Movimentos Sociais e Organizações Não Governamentais – ONGs) voltadas para a inclusão das minorias na sociedade, e de excelentes leis voltadas às pessoas com deficiência, os processos de integração, da educação especial e do acesso ao mercado de trabalho, têm ocorrido de forma desigual e muito lenta.

Os motivos apresentados para justificar o insucesso dessa missão são as diferenças regionais - em termos culturais e sócio-econômicas - e a dificuldade da dimensão territorial, mas as reais razões observadas são a falta de prioridade das autoridades públicas e a resistência da sociedade capitalista em aceitar e mudar as suas estruturas, suas atitudes e seus preconceitos para a inclusão dessa classe

social.

Atualmente, em pleno terceiro milênio, há pouca mudança do quadro do passado, de falta de respeito à vida e ao ser humano. A maior parte da educação especial tem sido mantida por instituições privadas (de cunho social e religioso) e por unidades escolares estaduais, que estão tentando entender o que é uma escola inclusiva. Com relação à abertura do mercado de trabalho, ou seja, as indústrias, os empresários e o setor de serviços, praticamente, não têm aberto as portas para o acesso das pessoas com deficiência, pois se negam a criar condições de acessibilidade, mobilidade e facilidade, apesar das leis promulgadas em nosso país para a inclusão social desse segmento.

No final da última década do século XX, o Governo Federal editou leis com o objetivo de garantir às pessoas portadoras de deficiência a possibilidade de inclusão em todas as áreas da vida em sociedade, como Educação especial, trabalho, transporte e outros, mas os avanços continuam em ritmo lento.

Destacou-se em 1994, a reunião de dirigentes de mais de oitenta países, entre eles Brasil e Espanha, que assinaram a Declaração de Salamanca, um dos mais importantes documentos de garantia de direitos educacionais. Ela proclama as escolas inclusivas como o meio mais eficaz de combate à discriminação e determina que as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais ou lingüísticas. Em 1996 foi aprovada no Brasil uma importante lei, que tramitou oito anos no Congresso Nacional Brasileiro: A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, número 9394, sendo dedicado um capítulo à Educação especial, dando grandes passos para a inclusão das PCDs no ensino especial.

Pode-se dizer que, no final do século XX e no início do século XXI, é marcada fortemente a busca da inclusão social das pessoas portadoras de deficiência, quer na Educação, como na criação de instituições especializadas para cuidar, treinar e encaminhá-las para o mercado de trabalho. Afirma Heidrich⁹ (apud ROZICKI, 2003), que:

em nossa sociedade, moderna e esclarecida, dois terços do mundo não possuem serviços médicos ou educacionais especiais para os

⁹ Heidrich, Regina de O. Doutoranda em Informática na Educação Especial - PGIE/UFRGS. Professora no Centro Universitário FEEVALE - <http://www.niee.ufrgs.br/>.

deficientes; o outro terço ainda se rotula e segrega física, educacional e emocionalmente, do resto da população.

Em cada época as pessoas portadoras de deficiência, como descrito anteriormente, têm sido vítimas de um determinado tipo de preconceito, conforme os valores e os costumes do próprio período (FONSECA, 2001) e que continua difícil de ser eliminado. Portanto, para se ter uma sociedade mais igualitária e justa, é importante a sua conscientização quanto ao problema e a necessidade de todos agirem positivamente para esta minoria que aspira, como ser humano, a uma participação mais digna, em condições de igualdade de direitos e deveres, dentro de suas limitações físicas.

É importante que, no novo milênio que avança, todos aceitem e reconheçam que a deficiência é parte comum da variada condição humana; e sua aceitação conduz ao respeito, à dignidade e à busca contínua da condição harmoniosa entre todas as pessoas na sociedade, com ou sem deficiência, independente de terminologia, apelidos, ou significações de ordem social. Isto é, todos buscando exercer igualmente a sua cidadania dentro de suas próprias limitações e promovendo a verdadeira inclusão social.

2.1.2 A proteção constitucional das pessoas com deficiência

Um grande passo para a inclusão social ocorreu no Brasil com a incorporação das garantias às pessoas portadoras de deficiência, ao ratificar os tratados e convenções internacionais, como a Declaração dos Direitos das PCDs (ONU-1975) e a Convenção 159 da OIT (Organização Internacional do Trabalho-1983).

A partir daí muitas leis têm sido elaboradas no sentido de incluir e dar uma maior proteção às pessoas com deficiência junto à sociedade brasileira. Nas tabelas abaixo encontram-se algumas das principais leis brasileiras elaboradas e aprovadas, bem como algumas leis internacionais, principalmente, para as pessoas com deficiência física.

Tabela 04: Legislação Internacional relacionada às PCDs

LEIS INTERNACIONAIS	
Leis	Assunto
Declaração de Salamanca, Espanha (10 de junho de 1994).	Princípios, Política e Prática em Educação Especial.
Resolução ONU nº 29, de 05/03/1993	Dia Internacional das Pessoas com Deficiência.
Convenção 159 da OIT (Organização Internacional do Trabalho-1983).	Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes
Resolução da ONU nº 37/52, de 03/12/1982	Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência.
Resolução da ONU (Organização das Nações Unidas) nº 2.542/75	Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência.

Tabela 05: Legislação Brasileira relacionada às PCDs

LEIS NACIONAIS	
Leis	Assunto
Medida Provisória nº 259, de 21 de julho de 2005.	Altera a Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, autoriza a prorrogação de contratos temporários firmados com fundamento no art. 23 da Lei no 10.667, de 14 de maio de 2003, altera o art. 4o da Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e dá outras providências.
Portaria nº 98 de 9 de julho de 2003	Institui o Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos.
Lei nº 10754/03	Isenção de IPI: Estende a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) também aos automóveis a gasolina, para serem adquiridos por deficientes físicos, mentais, visuais ou autistas.

Decreto nº 4.229 de 13 de maio de 2002	Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências.
Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
DC nº 3298 de 20/12/1999	Regulamenta a lei nº 7853/89 que dispõe sobre a Política Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
DC nº 3076 de 01/06/1999 - Diário Oficial da União (DOU) DOU - 02.06.1999	Cria, no âmbito do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência CONADE e dá outras providências.
Lei nº 9.534 de 10 de dezembro de 1997	Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os artigos. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro.
Lei Nº 8.899, de 29 de junho de 1994	Concede Passe Livre às Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema de Transporte Coletivo Interestadual.
DC nº 914 de 06/09/1993 - DOU 08.09.1993:	Institui a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, e dá outras providências.
Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências
Lei nº 8112 de 11/12/1990 - DOU - 12.12.1990	Reserva de até 20% dos cargos públicos para PPD e dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias, e das Fundações Públicas Federais.
Lei nº 8.069 de 13/07/90	Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura ao adolescente portador de deficiência o trabalho protegido, garantindo-se seu treinamento e colocação no mercado de trabalho e também o incentivo à criação de oficinas abrigadas.
Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989	Define preconceito como crime e dá outras providências. Dispõe também sobre o apoio às PPD e sua integração social. As áreas de atuação previstas na referida lei são: educação, saúde, formação profissional e trabalho. Sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE.
Constituição Federal de 1988	art. 37, VIII - Reserva de vaga para pessoas portadoras de deficiência em todos os concursos públicos destinados ao ingresso de pessoal no serviço

	público. A matéria está regulamentada pelas Leis n. 7.853/89 e 8.112/90 e pelo Decreto n. 3.298/99.
DC 9348 de 29/1 0/86 –DOU - 30.10.1986	Institui a CORDE (Coordenadoria Nacional para Integração do PPD).

Tabela 06: Legislações Estadual e Municipal relacionadas às PCDs

LEIS ESTADUAIS	
Leis	Assunto
Lei Estadual N. 9.938, de 17 de abril de 1998.	Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de deficiência
Decreto Estadual n. 33.823 21 de setembro de 1991	Institui o Programa Estadual de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência.
Decreto Estadual N. 33.824, de 21 de setembro de 1991	Dispõe sobre adequações de próprios estaduais à utilização de portadores de deficiências e dá outras providências.
LEIS MUNICIPAIS	
Leis	Assunto
Decreto Municipal nº 9638 / 99	Transporte de pessoas portadoras de deficiências motoras severas que as impossibilitam de utilizar os meios de transporte comuns.

Fonte: Subsecretaria de Direitos Humanos (2005), IBC (2005), Prefeitura Municipal de São José dos Campos (2005)

2.2 Inclusão Social e Cidadania

[...] o valor do indivíduo depende do lugar em que está e que, desse modo, a igualdade dos cidadãos supõe, para todos, uma acessibilidade semelhante aos bens e serviços, sem os quais a vida não será vivida com aquele mínimo de dignidade que se impõe. (Santos, 1998)

Numa sociedade capitalista onde o valor das pessoas é, infelizmente, medido pelo seu grau de influência em questões que envolveram o poder financeiro e político, inclusão social significa a valorização da democracia pela valorização da cidadania dos menos favorecidos; como exemplos citamos as classes sociais espoliadas, as minorias segregadas, os sem terra, as pessoas com deficiência e outros. A democracia que se denomina verdadeira, manifesta-se no momento em que os cidadãos estão em mesmo nível de igualdade de decisão sobre o futuro de

todos, a partir de interesses pessoais.

O valor democrático e o da cidadania prevalecem quando as oportunidades de deveres e direitos se expressam de forma homogênea e a história da igualdade de todos se faz pelo respeito às diferenças da história de cada um. A presença da discriminação que permeia as sociedades, em maior ou menor escala, quase sempre tem aliado grupos socialmente vulneráveis como as PCD de seus direitos de cidadania. Se levarmos em consideração que as injustiças sociais têm se manifestado do passado para o presente e tendem a persistir no mundo, o conceito de inclusão se manifesta como um grande desafio de mudança de atitude e comportamento das pessoas para resgatar a esperança de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Neste contexto, vale a pena ressaltar que a combinação perversa de políticas econômicas monetaristas ortodoxas e as estratégias liberais no âmbito das políticas sociais evidenciadas, de um lado, nas reformas dos sistemas de seguridade social e, de outro, nos “programas de combate à pobreza”, além de não resolver os antigos problemas estruturais de desigualdade social, provocou novos problemas sociais, como a exclusão social e a precarização das condições de trabalho e vida de grande parcela da população. As mais impactadas têm sido as classes dos mais vulneráveis como os negros, os índios, as pessoas portadoras de deficiência e as demais minorias sociais.

Sasaki (1997, apud FEIJÓ, 2003) ao tratar das políticas sociais voltadas às necessidades de pessoas com deficiência, diz que:

A inclusão vem com a missão de substituir uma prática que há mais de quatro décadas gera a segregação e a exclusão da pessoa portadora de deficiência: a integração social. Esta integração foi caracterizada por medidas de reabilitação e outras que procuravam ajustar deficientes à sociedade, partindo da premissa de que, se devidamente preparadas, as pessoas com deficiência poderiam fazer parte da sociedade em todos os seus setores.

Por ser um tema muito veiculado e discutido nestes últimos anos, vários pensamentos são apresentados para definir inclusão social, que vem para substituir o conceito de integração social da pessoa com deficiência. A integração social é entendida como um processo de favorecimento da convivência de alguém tido como diferente, com os demais membros da sociedade, tidos como supostamente iguais.

Nesse processo a pessoa com deficiência, por seus próprios meios e esforços, busca integrar-se à sociedade, que simplesmente a recebe, sem ter se preparado para tanto. Sassaki (2002) conceituou inclusão social como:

[...] um processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais que, simultaneamente, se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

Esta definição mostra que a inclusão social é um processo bilateral onde a sociedade e as pessoas excluídas buscam em conjunto equacionar os problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos. Neste caso, a sociedade se prepara e se modifica para receber a pessoa com deficiência, em todas as áreas do processo social, ou seja, educação, saúde, trabalho, acessibilidade, lazer e cultura.

O movimento de inclusão, segundo Sassaki (2002), começou nos países mais desenvolvidos na segunda metade dos anos oitenta do século passado e cresceu nas nações em desenvolvimento na década de noventa. A expectativa é que se desenvolva fortemente nos primeiros anos do século XXI. O autor acrescenta que este movimento tem como objetivo a construção de uma sociedade para todas as pessoas, dentro de princípios como: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias e cidadania com qualidade de vida.

Como as pessoas possuem necessidades especiais, decorrentes de suas condições diferentes, enfrentam obstáculos para tomar parte ativa na sociedade com oportunidades iguais às maioria da população. Nota-se, também, uma das dificuldades que a população enfrenta no convívio com as pessoas com deficiência: a falta de informações corretas sobre a realidade dela. Ao longo do tempo, isto tem gerado medo e posições equivocadas em torno do assunto, produzindo no imaginário social uma falsa idéia que supõe uma espécie de “mundo” separado para as pessoas com deficiência.

Sem informação e sem recursos financeiros, envolvidos em um contexto onde a sobrevivência é a principal luta, os portadores de deficiência ficam esquecidos num canto pela família, pela comunidade e pelas autoridades. Ficam marginalizados do convívio social, sem cidadania, sem dignidade (RESENDE, 1996 apud ROZICKI, 2001).

Apesar do grande progresso tecno-científico ocorrido no século XX, no qual onde cresceu a compreensão sobre o valor único e inviolável de cada vida, ainda dominam, por outro lado, a ignorância, o preconceito, o medo e a segregação social na grande maioria das respostas da sociedade à deficiência. Para mudar este quadro a sociedade brasileira precisa perceber que a cada 100 pessoas (conforme o Censo Demográfico 2000 do IBGE) 14,5 possuem algum tipo de deficiência quer seja física ou sensorial. A sociedade brasileira marcada, não somente pela pobreza e pelas grandes desigualdades sociais mas, também, pela exclusão das pessoas pelo fato de serem diferentes, seja por questões culturais, econômicas ou físicas, lentamente entende a importância de aprender a conviver com diferenças, direitos e necessidades do próximo.

Afirma Fonseca (2001), que o direito à profissionalização passa a assumir um papel importante na socialização da pessoa com deficiência, pois suas limitações para o trabalho se constituem em barreiras, tão somente instrumentais, mesmo que ela seja uma portadora de deficiência física, mental ou sensorial. Acrescenta que todas as barreiras são superáveis, desde que se rompam os preconceitos adquiridos ou herdados das concepções antigas, onde o portador de deficiência é resultado de um castigo divino e, por isso, segregado, ou por questão de caridade assistencial e é levado à exclusão social.

As políticas relacionadas ao Direito do Trabalho e a própria sociedade, precisam buscar a compreensão dos reais limites das pessoas com deficiência para garantir-lhes condições de plena igualdade aos demais trabalhadores. O direito à igualdade de oportunidades no mercado de trabalho para as PCDs passa, necessariamente, pela conscientização de todo cidadão sobre suas necessidades e, principalmente, sobre os seus direitos. Um fator de extrema importância e que normalmente se justifica para a não contratação das pessoas com deficiência, é a falta de qualificação profissional. Neste pormenor, a educação inclusiva e profissional tem avançado nos últimos anos e muito contribuiu para o preparo das pessoas com deficiência, a fim de entrarem no mercado de trabalho.

Várias instituições, como o Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (IBDD), a Associação Pestalozzi e a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), desenvolvem projetos de capacitação,

educação profissional e colocação no mercado de trabalho, preparando a pessoa com deficiência no que se refere a apresentação pessoal, relacionamento interpessoal e qualificação nas áreas de informática, telemarketing, serviços administrativos e atendimento ao cliente, bem como de serviços gerais: cozinha, jardinagem e artesanato.

Na economia capitalista predominante no país, o trabalho adquire um caráter fundamental na vida de qualquer indivíduo. O aumento da produtividade, imprescindível ao desenvolvimento da acumulação capitalista (LOJKINE, 1997), traz no seu bojo a questão do direito ao acesso à sociedade, garantindo aos trabalhadores que sejam considerados socialmente aceitos e tenham voz ativa.

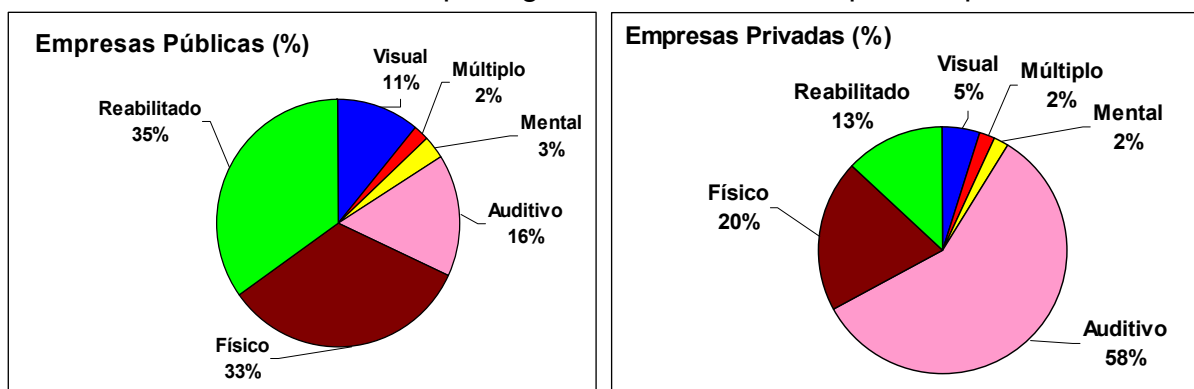
A representação social do trabalho envolve o sentimento de pertencer a um grupo organizado, a idéia de autonomia pela ampliação das possibilidades de escolhas e decisão, bem como de dignidade para assumir um papel ativo e responsável na sociedade. O que favorece o exercício de uma atividade produtiva e remunerada é a vivência de diferentes situações e papéis sociais como: interações com colegas de trabalho, ser um consumidor potencial, adquirir poder de troca e ter uma maior auto-estima.

Neste contexto a inclusão social das pessoas com deficiência, no processo produtivo, tem sido um dos maiores desafios, pois existem preconceitos em relação à sua capacidade contributiva em um mercado competitivo e segregador que hoje orienta o mundo empresarial. Essa restrição está vinculada ao desconhecimento acerca das possibilidades, da pessoa com deficiência, de se inserir como agente ativo no processo de produção, desde que lhe sejam dadas as oportunidades de desenvolvimento de todo o seu potencial.

De acordo com Clemente (2002) a inserção de pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho nunca foi fácil, nem ocorreu em grande escala em época alguma, mesmo quando o parque industrial encontrava-se em expansão, com conseqüente oferta abundante de emprego.

Como indutor principal da inserção da pessoa portadora de deficiência no mundo do trabalho, em contrapartida à forte segregação existente, destaca-se a Constituição de 1988 que prevê a reserva de cargos e a proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de

deficiência. No Brasil nota-se que a grande maioria das empresas que oferecem



vagas para as pessoas deficientes, o fazem porque têm de cumprir a quota estabelecida pela lei e não como uma participação inclusiva.

Este é um dos motivos que levam o Ministério Público do Trabalho (MPT) a atuar para fazer com que os princípios constitucionais sejam respeitados e cumpridos, proporcionando o aumento de emprego para as pessoas com deficiência, diante do complexo contexto social vigente no país. Em sua atuação, orienta e direciona para a coerência entre a ação legal de inserir o trabalhador portador de deficiência no mercado de trabalho e os seus propósitos institucionais de efetivação da inclusão social. Também atua em prol dos beneficiários reabilitados que, após adquirem doença ocupacional ou seqüela motivada por acidente do trabalho, ou não, venham a ter sua capacidade laborativa restringida, colocando-os em situação de desvantagem no emprego, o que muitas das vezes ensejam a sua despedida após o decurso do período da estabilidade.

Algumas leis complementares, relativas à inclusão das PCDs no mercado de trabalho, foram elaboradas para melhor esclarecer e indicar as respectivas penalidades, como a lei 8.213/91, que indica os percentuais de postos de trabalho para as pessoas com deficiência, os quais variam de 2 a 5% do total de funcionários; a lei 7.853/89, com uma política nacional voltada para a PCD; o Decreto 3.298/99 regulamentando, dentre outras, a forma de acesso às relações de trabalho.

Figura 04: Distribuição de PCD em Empresas Públicas e Privadas - Estado de São Paulo (2001)
Fonte: Clemente (2002)

A figura acima mostra a distribuição percentual das pessoas com deficiência, trabalhando nas empresas públicas e privadas no Estado de São Paulo no ano de

2001, de acordo com Clemente (2002), conforme informações obtidas em 564 empresas (sendo 364 privadas e 170 públicas), perfazendo um total de 21905 pessoas com deficiência trabalhando, num total de 939326 funcionários nessas empresas, o que significa 2,33%, contra a porcentagem legal de 4,34% para o universo dessas empresas. Os dados mostram um déficit de 18889 vagas que deveriam estar preenchidas por pessoas com deficiência. Do total das que estão trabalhando, observa-se que nas empresas públicas (20%) e privadas (33%), o número das PCDFs e os reabilitados é representativo no universo estudado.

Por outro lado, inclusão social vai além do mercado de trabalho, pois envolve oportunidades de praticar esportes, ter direito ao lazer, não ser segregado e o direito à cidade. Somente numa sociedade inclusiva que respeita o indivíduo como ele é e lhe dá o direito de ser diferente, é que as pessoas com deficiência podem ter condições de exercer a sua cidadania.

O desafio a assumir no século XXI consiste em que as pessoas com deficiência e os formuladores das políticas públicas compartilhem juntos seus conhecimentos e decidam sobre soluções alternativas para o “problema” da deficiência, baseadas na remoção das barreiras da sociedade e na plena integração e inclusão que ofereçam às pessoas com deficiência uma participação plena e igualitária.

A inclusão torna-se viável somente quando, através da participação em ações coletivas, os excluídos são capazes de recuperar sua dignidade e conseguem - além de emprego e renda - acesso a moradia decente, facilidades culturais e serviços sociais como educação e saúde (RATTNER, 2002).

2.3 A acessibilidade e o direito à cidade



Antes de discutir a organização social do espaço social do cidadão, com foco na pessoa com deficiência física, é importante definir o que é acessibilidade tanto no aspecto físico como no social. Quando se trata deste assunto procura-se, quase sempre, associar as pessoas com restrição de mobilidade aos idosos, crianças, gestantes, obesos e as PCDFs, que são as mais afetadas pelo fato de o espaço urbano não estar adequado para esses segmentos sociais.

Vários conceitos e definições procuram dar significado para o termo

“acessibilidade”, mas a maioria dá ênfase ao espaço físico e às ações para garantir o acesso aos sistemas de transporte e à circulação nas vias públicas. No entanto, ainda é necessário reforçar para todos os segmentos da sociedade que a acessibilidade abrange uma dimensão muito maior do que a adaptação de espaços físicos e a possibilidade de se locomover mais rapidamente e com maior facilidade. É o acesso à cidade no seu todo que deveria ser usufruído por todos os cidadãos, independentemente de etnia, raça, sexo e classe social.

Segundo Lima (1998) a acessibilidade é uma medida de esforço para se transpor uma separação espacial, caracterizada pelas oportunidades apresentadas aos indivíduos ou grupos de indivíduos para que exerçam suas atividades, tornando parte do sistema de transporte. Esta visão ressalta a importância de se ter um sistema viário e de transporte projetados de tal forma que atendam os cidadãos em toda a malha urbana de maneira eficaz.

Ao tratar da pessoa com deficiência a Lei federal Nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000, no seu artigo 2º, estabeleceu normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida e definiu acessibilidade como:

[...] a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Neste caso é vista como possibilidade e condição de a PCDF ter acesso seguro e com autonomia aos espaços, transporte e meios de comunicação.

Segundo Maior (2004), responsável pela Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (CORDE), da Secretaria Especial de Direitos Humanos, é preciso esclarecer para a sociedade o conceito de acessibilidade e diz: “[...] no imaginário de muitos, a idéia de acessibilidade ficou associada ao usuário de cadeira de rodas. Mas acessibilidade não é só botar rampa e baixar meio-fio; é promover uma maior igualdade de oportunidades”.

Neste sentido, Loiola (2004) apóia-se na educação e cita dados do Relatório da Situação da Infância e Adolescência Brasileira de 2004 publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tendo como base o Censo IBGE 2000,

cuja taxa de analfabetismo entre meninos e meninas com deficiência na faixa de 7 a 14 anos chegou a 22,4%. Os dados registraram para as crianças sem deficiência, nessa mesma faixa etária, o percentual de 11,7%. Esses dados mostram que o acesso à educação para a pessoa com deficiência tem, ainda, um longo caminho a percorrer, pois o analfabetismo dos com deficiência é praticamente o dobro das pessoas sem deficiência.

Sanches (1996) considera a acessibilidade como um indicador que permite avaliar a facilidade de acesso da população, de uma determinada área, às oportunidades de emprego e aos equipamentos sociais da cidade.

Para Guimarães (2002) é como um processo de transformação do ambiente e de mudança da organização das atividades humanas que diminuem o efeito de deficiência. Este processo se desenvolve a partir do reconhecimento social de que deficiência é resultante do grau de maturidade de um povo para entender os direitos individuais de cidadania plena.

Dentre as várias definições para conceituar acessibilidade, a que mais se aproxima dos interesses das pessoas portadoras de deficiência físicas é a apresentada como a seguir:

[...] as condições e possibilidades de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações públicas, privadas e particulares, seus espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, proporcionando a maior independência possível e dando ao cidadão deficiente ou àqueles com dificuldade de locomoção, o direito de ir e vir a todos os lugares que necessitar, seja no trabalho, estudo ou lazer, o que ajudará e levará à reincerção na sociedade (LESÃO MEDULAR, 2004).

No mesmo sentido para Raia Junior et al. (1997), a acessibilidade é que torna possível o acesso dos indivíduos aos locais de emprego, lazer, estudo, equipamentos públicos etc, em função tanto do uso do solo quanto das características do sistema de transporte.

Outro aspecto que não pode ficar fora do conceito de acessibilidade é o acesso ao lazer e ao turismo, pelas pessoas com deficiência. Torna-se importante que os organizadores e responsáveis por esses programas tenham em mente a filosofia da inclusão social, defendida pelos movimentos sociais que buscam o benefício das pessoas com deficiência, nesse segmento de atividade, ou seja, que sejam voltados

para a participação conjunta de todas elas. Para isto acontecer é necessário que as barreiras físicas (arquitetônicas) e as invisíveis (preconceito, segregação, comunicação, rejeição e outros) sejam todas eliminadas.

Sasaki (2003) defende a posição de que, para o bem-estar, o desenvolvimento e a qualidade de vida da PCDF, é muito importante a sua participação em programas de lazer modificados, ou seja, em programas que utilizam locais preparados e adaptados tanto para as pessoas com, como para as sem deficiência participarem juntamente no mesmo espaço de lazer e turismo. Acrescenta que desde a década de 1990, a acessibilidade deveria seguir um desenho universal¹⁰, segundo o qual os ambientes, os meios de transportes e os mobiliários deveriam ser projetados para todos, ou seja, não apenas para as pessoas com deficiência.

Este estudo procura dar maior ênfase à acessibilidade como a oportunidade, que um indivíduo tem, de participar e alcançar facilmente um determinado destino ou atividade e poder usufruí-lo. É **o direito à cidade**, ou seja, as condições e a possibilidade de alcance para utilização dos equipamentos públicos com segurança e autonomia. Para que isto aconteça os meios de transportes, os espaços físicos urbanos, as edificações públicas e seus mobiliários, necessitam ser adaptados, pois é uma condição primária para inclusão das pessoas com deficiência..

Neste aspecto e contexto comprova-se uma lacuna do poder público, com relação aos portadores de deficiência física em suas políticas públicas e de priorização na aplicação dos escassos recursos financeiros. Observa-se que há muito para fazer na cidade, visto que a grande maioria dos espaços físicos não está adaptada para acolher todas as pessoas da sociedade. Não há suficiente transporte

¹⁰ O desenho universal é um conceito razoavelmente novo dentro da concepção de formação das cidades que, se utilizado na produção de espaços ou de objetos, permite a igualdade no seu emprego por todos, inclusive pelas pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida. Uma comissão criada em 1963, em Washington, EUA, com o objetivo de apresentar projetos de edificações, áreas urbanas e equipamentos que pudessem atender pessoas com deficiência, deu início a este novo conceito, chamado na época de “*Desenho livre de barreiras*”.

O *Desenho Universal* vai além deste pensamento de eliminação de barreiras. Trata-se de evitar a necessidade de produção de ambientes ou elementos especiais para atenderem públicos diferentes. É um conceito utilizado na produção de objetos e espaços que buscam contemplar respectivas utilizações por quaisquer pessoas, de forma completa, segura e irrestrita. O público usuário como sendo todos inclui não apenas a universalidade numérica, mas, e principalmente, a enorme gama de variações do ser humano: altos, baixos, obesos, idosos, crianças, gestantes e as pessoas com deficiências diversas.

público adaptado, nem oportunidades e promoção de encontro e convívio com a diversidade. Estas situações alimentam a exclusão espacial que, por sua vez, gera ou realimenta a segregação e a exclusão social, já que para as pessoas portadoras de deficiência é dificultada a possibilidade de conviver, nos espaços públicos, com outros em seu cotidiano.

Bahia et al (1998) diz que o acesso aos elementos que compõem o ambiente é fator a ser trabalhado no processo de planejamento das cidades. A acessibilidade, possível para todos, é fundamental para se ter uma cidade mais humana, onde a população tenha a chance de conquistar sua plena cidadania.

[...] aquele que procura trabalho e não o encontra não poderá ser considerado um homem livre; está preso a uma situação de constrangimento, de falta de liberdade; está também sem condições de produzir e logicamente, de consumir. (PAVIANI, 1991).

Portanto, a falta de trabalho constitui um dos obstáculos ao acesso a alimentação, moradia, lazer, saúde, transporte, educação e às mais variadas formas de exercer a cidadania. Acrescenta o autor que a lacuna de trabalho condena o homem a ser “meio cidadão”, um “agente-paciente” da urbanização, além de gerar problemas mais amplos, que se evidenciam na estrutura do espaço urbano.

Como resposta a este cenário, surgem os movimentos populares contra a “meia cidadania”, e fazem parte destes grupos, principalmente, as minorias sociais e as pessoas com deficiência, pela grande dificuldade que enfrentam quando procuram por trabalho. O Brasil possui hoje uma das legislações mais avançadas do mundo em termos de acessibilidade, mas persiste o descumprimento das leis. O problema não é ter uma boa legislação, mas é o fato de não ser aplicada ou quando o é, com várias falhas na aplicação e na fiscalização.

Isto leva à necessidade de as PCDs, seus familiares e as entidades constituídas em prol das pessoas com deficiência, continuarem lutando pelo acesso ao meio ambiente de trabalho e também aos direitos básicos como educação, saúde e cidadania. Quase sempre o preconceito, a falta de informação e conscientização da sociedade ainda imperam com as oportunidades de trabalho oferecidas, que são restritas. Na prática, a legislação passa a ser encarada muito mais como uma recomendação, ou seja, um apelo ao bom sentimento e à ética dos empresários e da

sociedade, do que uma obrigatoriedade.

O artigo 2 da Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 estabelece orientações normativas gerais, que têm como objetivo assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência. Critérios básicos para a promoção da acessibilidade das PCDs ou com mobilidade reduzida são também apresentados na lei que traz a seguinte definição para a acessibilidade:

A possibilidade e a condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Os portadores de deficiência física enfrentam, muitas vezes, graves limitações no acesso e no uso de logradouros e bens públicos. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) produziu normas técnicas a fim de eliminar as barreiras arquitetônicas e facilitar o acesso das pessoas com deficiência física aos espaços e equipamentos urbanos. Fica difícil aceitar, na visão da acessibilidade, um “shopping center” ou uma repartição pública totalmente adaptada, com banheiros específicos, orlhões rebaixados e rampas de acesso, se o transporte coletivo, para levá-lo até esses equipamentos, não possuir nenhum dispositivo que garanta o seu ingresso no ônibus.

As normas técnicas, apesar de não terem força de lei, são importantes instrumentos de orientação para os planejadores urbanos, arquitetos e outros profissionais afins.

Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) relacionadas à acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência:

- **NBR 9050** : Trata da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência às edificações, mobiliários, aos espaços e equipamentos urbanos, fixando as condições exigíveis, bem como os padrões e as medidas que visam propiciar condições de acesso aos edifícios de uso público e às vias públicas urbanas.
- **NBR 13994**: acessibilidade nos elevadores de passageiros.
- **NBR 14020**: transporte - acessibilidade em trem de Longo Percurso.

- **NBR 14021:** transporte - acessibilidade em trem Metropolitano.
- **NBR 14022 :** transporte - acessibilidade em ônibus e trólebus para atendimento urbano e Intermunicipal.
- **NBR 14273:** transporte - **acessibilidade** no transporte aéreo comercial.
- **NBR14970 -1a3:** Acessibilidade em Veículos Automotores
- **NBR 15250:** acessibilidade em caixa de auto-atendimento bancário

Deve-se levar em conta que a acessibilidade não se resume somente ao direito de locomoção na cidade, apesar de assim transparecer, mas também envolve o acesso à informação e o exercício da cidadania. Feijó (2003) afirma que permitir a uma pessoa com deficiência exercer plenamente sua cidadania significa fazer cumprir os direitos humanos estabelecidos na legislação. Implementar medidas de acessibilidade, sobretudo no espaço urbano, democratizando o seu uso, possibilita que os ambientes se tornem acessíveis a todos. Com certeza, o local onde devem se desenvolver estas ações é o espaço concreto dos Municípios.

2.3.1 O Papel do Município em acessibilidade

Os municípios brasileiros apresentam grandes desigualdades espaciais, como resultado das condições sócio-culturais da população e as políticas econômicas dos aspectos físicos e regionais. Neste cenário o crescimento espontâneo das cidades brasileiras propicia o surgimento de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, além das sociais ou invisíveis (Feijó, 2003), que dificultam a mobilidade e o acesso, principalmente, das pessoas com deficiência física. Conforme Bahia et al (1998), “as barreiras arquitetônicas e urbanísticas são por vezes resultantes da paisagem geográfica, vocação natural, origem de implantação das cidades e heranças culturais”.

O acesso aos elementos que compõem o ambiente espacial é fator a ser trabalhado no processo de planejamento das cidades. O estudo para a eliminação das barreiras para a acessibilidade, que não se restringe somente ao meio físico, mas envolve todo um contexto das atividades cotidianas de uma pessoa, é de grande importância para se ter uma cidade mais justa e inclusiva.

A questão da acessibilidade envolvendo as PCDs tem sido contemplada em vários programas da ONU, nas Leis federais e estaduais brasileiras, bem como deveria estar inserida na Lei orgânica municipal, quando esta considera a redução das desigualdades sociais, como o acesso a todos os locais e serviços urbanos. O artigo 23 da Constituição Federal do Brasil (1988) diz que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia às pessoas portadoras de deficiência, proporcionar os meios de acesso à cultura, educação, ciência, e combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos;

Também é competência dos municípios, conforme o artigo 30, manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental, bem como prestar serviços de atendimento à saúde da população. Ressalta Bahia et al (1998) que a formulação de estratégias integrando as várias políticas setoriais, procurando consolidar a competência municipal em acessibilidade nos principais campos de intervenção do Poder Público, corresponde aos preceitos do art.182 da Política Urbana da Constituição Federal, a saber:

A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes.

O Poder Público Municipal precisa desempenhar seu papel e tratar de temas ligados às questões de acessibilidade no seu sentido mais amplo, complementando o que está estabelecido na Legislação Federal e Estadual, através da legislação urbanística, como o plano diretor, o código de obras e edificações e a lei de uso e ocupação do solo.

O poder público existe exatamente para mediar os interesses e desejos individuais e garantir o equilíbrio de que se fala: é o poder estatal que irá refrear a cupidez, evitar e punir a violência e o esbulho e assegurar que todo e qualquer membro daquela comunidade humana tenha assegurado um grupo de direitos fundamentais independentemente de sua posição na escala social e econômica. Essa é a base do estado respeitador de direitos fundamentais das pessoas, como se conhece desde o século dezenove. (REZENDE, 2005)

A Câmara Municipal também tem o seu importante papel, pois lhe cabe assegurar a acessibilidade para todos, através da elaboração e aprovação de leis, ou seja, desenvolvendo políticas de ocupação das vias públicas que proteja o cidadão com deficiência ou mobilidade reduzida e preserve os espaços de circulação bem definidos.

Um fator preocupante é a transformação da teoria para a realidade das leis e normas voltadas para a acessibilidade das PCDFs, pois além de o Poder Público fazer a sua parte, com a sanção, a implementação e a fiscalização, depende também da ação da sociedade para o seu cumprimento. Como exemplo, algumas medidas que têm sido tomadas visando atender às necessidades espaciais das pessoas com deficiência não encontram colaboração efetiva de grande parte da sociedade. Pode-se citar a existência de poucas vagas especiais nos estacionamentos que são, em geral, ocupadas por veículos não adaptados ou não estando transportando pessoas com deficiência, o que denota a falta de conscientização ou de respeito para com este segmento social.

Bahia et al (1998) diz que as condições de acesso aos equipamentos e serviços urbanos se fazem sentir como resultado do planejamento urbano, que define áreas da cidade segundo a influência das elites econômicas dominantes. Esta abordagem da valoração dos espaços urbanos sob uma ótica econômica, investigada por muitos pesquisadores como Henry Lefebvre, Lojkine, Ermínia Maricato e Flávio Villaça, entre outros, coloca em evidência que o grau de acessibilidade nas áreas da cidade é imposto e transcende, por vezes, às barreiras urbanísticas, arquitetônicas e sociais locais. Neste sentido Carlos Nelson F. Santos (apud BAHIA et al, 1998) afirma que:

Acessibilidade é a capacidade de consumir externalidades positivas. Apenas as classes mais elevadas em nossa sociedade têm acessibilidade plena aos melhores pontos da cidade. Grande parte das externalidades nasce da ação do Poder Público, que é encarregado de prover o que se chama de bens de consumo coletivo urbanístico (infra-estrutura e equipamentos urbanos).

Em qualquer cidade brasileira não são poucos os obstáculos, quer físicos ou sociais, que a PCD enfrenta quando tenta transitar nos espaços urbanos e nas edificações, dificultando o pleno exercício dos seus direitos individuais e sociais. Guimarães (apud BAHIA et al, 1998) define as barreiras arquitetônicas ou

ambientais como:

Elementos construtivos e/ou situações resultantes de implantações arquitetônicas ou urbanísticas onde não ocorre a acessibilidade; assim as deficiências do usuário limitam a exploração ambiental, o desempenho de papéis sociais ativos e a expressão de suas habilidades.

Para as barreiras físicas, a Lei n° 10098/00 em seu artigo 2° traz a seguinte redação:

Art. 2°. Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

II - barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa". (BRASIL. LEI n° 10098/00).

Para uma compreensão do significado das barreiras sociais Bahia et al (1998) traz a seguinte definição:

As atitudes da sociedade em relação às pessoas portadoras de deficiência em todos os níveis: desde a aceitação destas características diferentes até a garantia do acesso ao trabalho, educação, saúde e lazer. Barreiras sociais assemelham-se aos obstáculos físicos. São, contudo, obstáculos discriminadores capazes de excluir a pessoa portadora de deficiência do convívio coletivo.

Prever acessibilidade constitui-se em mais uma estratégia para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência física, no sentido de propiciar o estabelecimento da cidadania dessas pessoas no território brasileiro. Barreiras ou obstáculos ao meio físico poderiam ser evitados sem muito custo, mediante uma planificação cuidadosa e um desenho adequado. As sociais podem ser eliminadas através de campanhas de sensibilização e educação do público, para alcançar uma modificação de atitudes e de comportamento com relação às pessoas com deficiência. (BAHIA et al, 1998) afirma que "campanhas de sensibilização têm efeito

educativo e devem, por isso, fazer parte do processo de planejamento, aliadas às intervenções que eliminem barreiras físicas”.

Não é difícil concluir que a eliminação das barreiras físicas é muito mais fácil que as sociais, pois estas demandam tempo e estratégias distintas do Governo local para exercer o seu papel como agente privilegiado na formação de consciência pública, na formulação de políticas e na adoção de ações dirigidas à promoção da acessibilidade física e social das pessoas com deficiência. Para o sucesso desta caminhada os planejadores urbanos precisam contemplar, em seus planos e ações, campanhas de conscientização, informação e sensibilização da sociedade, aliadas às intervenções que eliminem as barreiras físicas e arquitetônicas.

2.3.2 Reflexos da acessibilidade no cotidiano de um município

O município é o “locus” político e institucional do qual o cidadão está mais próximo, pode-se dizer que nessas duas dimensões, a busca de um equilíbrio social e político que permitia às pessoas viverem em harmonia e a busca de equilíbrio entre a ocupação humana e a natureza, reside a essência do planejamento municipal (RESENDE, 2005).

Como destacado anteriormente, ao citarmos a palavra “acessibilidade”, a principal idéia é de se colocar sinalização adequada nas esquinas e cruzamentos ou construir rampas para que as pessoas com deficiência física, e em especial os usuários de cadeiras de rodas, possam atravessar uma rua, chegar a uma praça ou ter acesso a algum imóvel na cidade. O conceito é muito maior do que isso, pois pode atingir toda a população, em algum momento da vida e, de certa forma, no cotidiano.

O Censo do ano 2000, feito pelo IBGE, apontou a porcentagem de 14,5% para a população brasileira com algum tipo de deficiência mas, se pensarmos nos obesos, nas gestantes, os quais não foram incluídos nesta porcentagem, mas que também estão diretamente associados ao conceito da acessibilidade nos municípios, os valores seriam muito maiores.

A implantação de itens de acessibilidade e a retirada das barreiras físicas arquitetônicas do ambiente trazem, para o município, além da garantia dos direitos de ir e vir, outras respostas positivas. No momento em que um cruzamento de

trânsito apresenta todos os itens básicos de acessibilidade, a população, inconscientemente, prefere atravessar na faixa de pedestre a correr os riscos de atravessar em outro ponto. Como resultado, tem-se uma redução direta do índice de acidentes de trânsito, responsáveis por uma parcela de pessoas com deficiência física.

Calçadas bem cuidadas, ou seja, eliminação das ondulações e obstáculos que impeçam um melhor trânsito dos cadeirantes, dos idosos e das pessoas com grande dificuldade de mobilidade, evitarão que transitem pelas ruas e estejam sujeitas a acidentes e atropelamentos. Um centro de comércio acessível representa uma região mais atraente, para que todo e qualquer cidadão possa trabalhar e consumir. Torna-se um atrativo, principalmente, para as pessoas com deficiência que têm ficado fora do mercado consumidor e que passariam a frequentá-lo. Isto significa a geração de mais empregos e consumo o que, como consequência, auxiliaria para uma melhor estabilidade econômica e maior arrecadação de impostos, além de ampliar a inclusão social no município.

Quando tornamos uma escola acessível, permitimos que crianças e adultos recebam uma educação geradora de oportunidades e igualdade competitiva para todos os cidadãos no mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, uma sociedade mais igualitária e justa. Logo, se forem implantados os conceitos de acessibilidade, estes podem se tornar atrativos, tanto em municípios com vocação turística, quanto em municípios com planos de desenvolvimento de áreas empresariais e ou industriais.

2.3.3 O Planejamento Urbano e o direito à cidade

O Planejamento Urbano tem um papel importante e é um fator de sucesso na busca de soluções para os problemas urbanos, se as decisões não forem delegadas somente ao monopólio do Estado (governo federal, estadual e municipal), como um único agente do planejamento, mas se gerido conjuntamente com a sociedade (associações de moradores, ONGs, movimentos sociais e a própria população), e não atuando como agente crítico do planejamento atual, mesmo que não esteja atendendo seus interesses e necessidades. Juntos, Estado e sociedade, como ator social na produção do espaço urbano, devem agir como participantes nas soluções e propostas. Como afirma Souza (2004):

O Estado [...] não é o único que pode e deve ser um agente de planejamento. Os ativismos sociais¹¹, como protagonistas da produção do espaço urbano, devem e precisam ter muito a dizer sobre soluções e propostas, e não apenas como críticos daquilo que não lhes agrada, mas como autores de estratégias e planejamento alternativos.

De acordo com Pereira (1984), o planejamento urbano e regional busca ser um processo de orientação e controle do desenvolvimento e da transformação do território. Para ela o controle é realizado pelo poder público com o objetivo de promover o bem estar dos cidadãos e o desenvolvimento da sociedade no seu conjunto, mas são os agentes do poder econômico numa visão de lucro, que têm desempenhado este papel. Pereira (1984) complementa dizendo que:

As decisões de maior importância para o desenvolvimento e para a transformação do território, têm-se processado à margem do planejamento, pouco influenciadas pelos poderes públicos e na ignorância dos cidadãos em geral.

Ao definir planejamento municipal, Pereira (1984) afirma que:

Diz respeito à organização e orientação da ação das autoridades municipais eleitas no cumprimento do objetivo geral de promover o bem estar da população, o seu desenvolvimento e a organização do respectivo território.

Mas, para que seja efetivada esta tarefa, algumas atividades devem ser seguidas, e que Pereira (1984) cita como: a definição do bem estar da população, ou seja, diagnosticar o problema e definir o que se quer. A avaliação da viabilidade de resoluções dos problemas identificados, neste caso, corresponde a saber com quem se pode contar para efetivar as mudanças, como se pode organizá-las e que recursos financeiros estão disponíveis.

Outras atividades apresentadas que precisam ser efetivadas, correspondem ao conhecimento dos instrumentos de planejamento existentes, isto é, os instrumentos de planejamento legais e técnicos disponíveis e sua eficácia como resposta aos problemas, a decisão sobre o interesse em efetivar um processo formal ou informal de planejamento ou caso se quer apenas iniciar ações relativas a

¹¹ Souza; Rodrigues (2001) chama de ativismos sociais a ação da sociedade civil (associações de moradores, organizações de sem teto e outros) como fonte de soluções criativas.

problemas prioritários. Como fechamento desse processo, devem ser considerados a implementação do plano e o desenvolvimento de um processo contínuo de planejamento, para que, se necessário, sejam feitos ajustes, e haja continuidade.

O autor desta pesquisa preconiza um planejamento urbano não legitimador ou burocrático, onde o Estado (governo federal, estadual e municipal) apresenta suas soluções aos problemas urbanos para a aprovação da população, utilizando de uma forte ideologia como convencimento. Acredita o autor que o planejamento urbano participativo, agindo de forma democrática, no levantamento do diagnóstico e na elaboração das soluções em conjunto com a população, é o segredo do sucesso para iniciar a mudança do quadro atual de exclusão social e a busca da justiça com uma melhor qualidade de vida.

Nas últimas décadas, no Brasil, a União e os Estados têm transferido aos municípios diversas atribuições e serviços de que antes se ocupavam diretamente, como educação e alguns serviços de saúde, entre outros. Como resultado, surgiu um fator complicador para as finanças dos municípios, pois os recursos essenciais que acompanhariam a transferência têm ficado muito além do previsto. A transferência dos encargos, sem o repasse dos recursos financeiros, tem levado muitos municípios a ter suas finanças comprometidas e, em consequência, a conviver com sérios problemas de realizar obras e serviços de interesse local.

Nesta realidade atual, a planificação da cidade assume papel de grande significância como forma de melhorar a qualidade das decisões (RESENDE, 2005), ao estabelecer preferências e prioridades para alocar os escassos recursos e aplicá-los de modo a extrair o maior benefício para a população e o direito à cidade para todos. As intervenções apenas físicas, mesmo podendo ser um atrativo para o município, sem considerar as especificidades sociais, econômicas e culturais de cada uma, podem inviabilizar a implantação de uma política urbana.

A política urbana tem como objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana; esta, por sua feita, deve ser concebida "em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental" (COCCARO, 2005).

Nota-se que as intervenções físicas isoladas em áreas das cidades consolidam as diferenças de qualidade dos serviços existentes no espaço urbano. Bahia et al (1998) afirma que:

As condições de acesso aos equipamentos e serviços urbanos se fazem sentir como resultado do planejamento urbano, que define áreas da cidade segundo a influência das demandas de mercado. Esta abordagem da valoração coloca em evidência que o grau de acessibilidade nas áreas da cidade é imposto e transcende, por vezes, as barreiras urbanísticas, arquitetônicas e sociais locais.

Dentro de um enfoque no campo do planejamento urbano, foram examinados os três Planos Diretores elaborados para o Município de São José dos Campos no período 1958-1995, procurando focalizar o que vem sendo proposto em relação à realidade das pessoas portadoras de deficiência no espaço urbano. Os primeiros planos diretores não lembraram das pessoas com deficiência, provavelmente devido ao fato de os primeiros movimentos sociais voltados a esta classe social terem despontado anos mais tarde. O primeiro PDDI (Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado) realizado de 1958 a 1964 teve como foco e visou, conforme descrição no PDDI (2006): Todos decidindo o futuro da cidade, diagnóstico e versão preliminar:

[...] coibir abusos imobiliários, limitando áreas passíveis de serem loteadas, ordenando sumariamente os vários usos do solo urbano e reestruturando o sistema viário através de propostas de alterações e melhoramentos viários.

Nessa época o Município crescia de forma caótica e desordenada em função, principalmente, da instalação de novas indústrias, sem qualquer critério racional de localização, prejudicando as populações e gerando conflitos sociais e econômicos. A prioridade foi propor delimitação das áreas urbanas e de expansão.

O segundo Plano Diretor, que aconteceu entre os anos de 1968 e 1969, e aprovado em 1971, na época da Ditadura Militar no Brasil, visou o desenvolvimento econômico através da industrialização, a ocupação dos grandes vazios urbanos existentes no município e, principalmente, o adensamento das áreas dotadas de infra-estrutura, com a elaboração de uma Lei de Zoneamento, que incentivou a construção de edifícios para habitações coletivas e comerciais e também de conjuntos residenciais em série (horizontais e germinados) (PPDI, 2006). Outros pontos estratégicos, considerados no Plano, foram o projeto de reestruturação viária considerando grandes obras como viadutos e avenidas e a preocupação com o aspecto urbanístico da cidade.

O terceiro Plano Diretor do Município, PPDI de 1994, foi elaborado e envolvido no contexto dos movimentos sociais em pleno processo de ebulição no Brasil, com a

promulgação da Constituição Federal de 1988, que procurou priorizar programas em direção à construção da Cidadania e definiu como uma das diretrizes: “Subsidiar programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de necessidades especiais (sensorial, mental ou físico)” (PPDI, 1994) e, nos programas e projetos voltados à circulação e transporte, foram colocados como prioritários “os estudos de eliminação de barreiras arquitetônicas e de acesso a portadores de necessidades especiais ao sistema de circulação e transporte coletivo”. Esse Plano também deu um foco ao Parcelamento do solo e o Zoneamento, bem como ao sistema viário em seus acessos e construção de novas vias estruturais, com a proposta de criação de anéis perimetrais para permitir e assegurar a acessibilidade e integração de todas as Regiões da Cidade.

Numa visão panorâmica, observa-se que o espaço urbano tem sido ainda pouco pensado e priorizado pelo planejamento urbano para as minorias sociais e segmentos sociais, como as pessoas com deficiência física, bem como a transformação de leis e projetos em algo real para ser usufruído pelas pessoas com deficiência física. No tocante aos avanços, nota-se um progresso relacionado aos setores de transporte com a implantação de vans especiais adaptadas para pessoas com deficiência física, cadeirantes; por outro lado, não existe um único transporte coletivo adaptado (ônibus) que atenda o município, diariamente, nas várias regiões do município, o que poderia facilitar a vida da população das pessoas com deficiência física.

A implantação de Unidades de Reabilitação pela Prefeitura foi outro ponto de destaque que ocorreu na cidade e que se enriqueceu com a implantação da Unidade de Reabilitação da Faculdade de Fisioterapia da Universidade do Vale do Paraíba, com uma clínica dotada de equipamentos de última geração. Essa Unidade atende uma parcela da população especial do município, cuja maioria é transportada pelas vans especiais administradas pela Secretaria de Transporte do Município.

2.4 O espaço do cidadão

Conforme Milton Santos, não é uma tarefa fácil definir espaço o que, por este motivo, “tem desafiado os especialistas das respectivas disciplinas explicativas e

normativas, desde a geografia à planificação territorial” (SANTOS apud SEABRA et al, 1996).

De acordo com Corrêa (1995), o espaço aparece efetivamente na análise marxista a partir da obra de Henry Lefebvre: *Espacio e Política*¹² que apresenta “o espaço como aquele que desempenha um papel ou uma função decisiva na estruturação de uma totalidade, de uma lógica e de um sistema”.

O espaço, conforme Corrêa (1995), deve ser entendido como espaço social, vívido, em estreita correlação com a prática social, e não ser visto como espaço absoluto (físico) e, conforme Lefebvre (apud CORRÊA, 1995), “vazio e puro, lugar por excelência dos números e das proporções”. Acrescenta também que, nem como um produto da sociedade, “ponto de reunião dos objetos produzidos, o conjunto das coisas que ocupam e de seus subconjuntos, efetuado, objetivado, portanto funcional” (LEFEBVRE apud CORREA, 1995). Complementa que o espaço não é nem o ponto de partida (espaço absoluto), nem o ponto de chegada (espaço como produto social). Lefebvre também afirma que o espaço é concebido como lócus da reprodução das relações sociais de produção, isto é, reprodução da sociedade.

Do espaço não se pode dizer que seja um produto como qualquer outro, um objeto ou uma soma de objetos, uma coisa ou uma coleção de coisas, uma mercadoria ou um conjunto de mercadorias. Não se pode dizer que seja simplesmente um instrumento, o mais importante de todos os instrumentos, o pressuposto de toda produção e de todo o intercâmbio. Estaria essencialmente vinculado com a reprodução das relações (sociais) de produção (LEFEBVRE apud CORRÊA, 1995).

A concepção de espaço, preconizada por Lefebvre, marcou profundamente os geógrafos que, a partir da década de 1970, adotaram o materialismo histórico e dialético como paradigma. A contribuição de Milton Santos, fortemente influenciado por Lefebvre e em sua concepção de espaço social, surge com o estabelecimento do conceito de formação sócio-espacial, derivado do conceito de formação sócio-econômico que foi intensamente submetido a debates na década de 1970. Santos citado por Corrêa (1995) afirma não ser possível conceber uma determinada formação sócio-econômica sem se recorrer ao espaço. Segundo ele, o modo de produção, a formação socioeconômica e o espaço são categorias interdependentes.

¹² *Espacio y Política*, obra de Henry Lefebvre, foi traduzida e publicada em Barcelona-Espanha em 1976, pela Ediciones Península, utilizando o original em francês de 1973.

Afirma que: “Os modos de produção tornam-se concretos numa base territorial historicamente determinada [...] as formas espaciais constituem uma linguagem dos modos de produção” (SANTOS apud CORRÊA, 1995).

Após referir a geografia como a viúva do espaço, visto que continuava apegada às velhas idéias, e criticar a negligência dos geógrafos pelo fato de produzirem poucas inovações, com que raros temas imaginativos eram submersos em uma massa de repetições, Santos (1986) reforça a sua crítica ao dizer: “A coisa é tão grave que um observador sem preconceitos poderia mesmo julgar-nos por falta reiterada de imaginação”. A natureza e o significado do espaço aparecem, de modo mais explícito, em sua obra *Por uma Geografia Nova*, especialmente em sua 2ª parte, quando trata da sociedade e do espaço e apresenta o espaço como fator social e não apenas um reflexo social.

O espaço passa então a ser tratado não como nas definições clássicas da geografia, o resultado de uma interação entre o homem e a natureza bruta, nem sequer um amálgama formado pela sociedade de hoje e o meio ambiente. Registra que “a essência do espaço é social. É formado por um lado pelas coisas, os objetos geográficos, naturais e artificiais, cujo conjunto nos dá a Natureza e de outro a sociedade em movimento” Santos (1996).

Quando trata da reprodução do padrão espacial, Santos (1986) diz que “não se pode negar a tendência que tem a organização do espaço de fazer com que se reproduzam suas principais linhas de forças”. O espaço é constituído, segundo ele, em uma instância da sociedade. Assim,

[...] o espaço organizado pelo homem é como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. E como as outras instâncias, o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia [...] Santos (apud CORRÊA, 1995).

Em realidade o espaço organizado pelo homem desempenha um papel na sociedade, condicionando-a, compartilhando o complexo processo de existência e reprodução social. Para melhor entender o significado de espaço, Santos (1997) nos orienta que é necessário aprender sua relação com a sociedade, que dita a compreensão dos efeitos dos processos (tempo e espaço) e especifica as noções de forma, função e estrutura, elementos fundamentais para a compreensão da produção dos efeitos dos processos.

De maneira resumida, tendo como referência a obra Espaço e Método (SANTOS, 1997), pode-se clarificar o significado das noções acima. *Forma* é o aspecto visível de um objeto. Ex. uma casa, bairro, cidade e rede urbana. Não pode ser considerada em si mesma, pois corre o risco de se atribuir a ela uma autonomia de que não é possuidora. Se assim o fizermos estaremos deslocando a forma para a esfera da geometria, caindo num espacialismo estéril.

Função sugere uma tarefa ou atividade esperada de uma forma, pessoa, instituição ou coisa. Ex. habitar, vivenciar o dia-a-dia em suas múltiplas dimensões; trabalho, compras e lazer são algumas das funções associadas à forma. Não é possível dissociar forma e função da análise do espaço, bem como precisamos inseri-las na estrutura social, sem o que não captaremos a natureza histórica do espaço.

Estrutura implica a inter-relação de todas as partes de um todo; o modo de organização ou construção. Diz respeito à natureza social e econômica de uma sociedade em um dado momento do tempo. *Processo* pode ser definido como uma ação contínua visando um resultado qualquer, implicando tempo e mudança. É uma estrutura em seu movimento de transformação.

Forma, função, estrutura e processo são quatro termos disjuntivos associados, a empregar segundo um contexto do mundo de todo dia. Tomados individualmente representam apenas realidades parciais, limitadas, do mundo. Considerados em conjunto, porém, e relacionados entre si, eles constroem uma base teórica e metodológica a partir da qual podemos discutir os fenômenos espaciais em totalidade (SANTOS, 1997).

Santos (1996) ainda acrescenta que o espaço constitui uma realidade objetiva, um produto social em permanente transformação e que impõe sua própria realidade; por isso, a sociedade não pode operar fora dele. Afirma que “o conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos) e cada forma encerra uma fração do conteúdo”, e Corrêa (1995) complementa dizendo:

[...] o mérito do conceito de formação sócio-espacial, ou simplesmente formação espacial, reside no fato de se explicitar teoricamente que uma sociedade só se torna concreta através de seu espaço, do espaço que ela produz e, por outro lado, o espaço só é inteligível através da sociedade. Não há, assim, por que falar em sociedade e espaço como se fossem coisas separadas que nós reuniríamos a posteriori, mas sim de formação sócio-espacial.

Existe, portanto, uma relação explícita entre sociedade e espaço; qualquer

tentativa de leitura do espaço geográfico desconsiderando esta estreita ligação fornecerá uma visão incompleta sobre o assunto. A sociedade, segundo Santos (1996), “enquanto totalidade (...) é um conjunto de possibilidades”. Portanto, dentro da própria sociedade existem interesses diversos (numa cidade poderíamos identificar, por exemplo, o especulador imobiliário, os grupos de sem-terra, os moradores favelados, o poder público municipal, as organizações não governamentais etc), e essa pluralidade de interesses constituem a mesma sociedade, heterogênea.

Não é possível dissociar a sociedade do conceito de espaço. Ao pensar o espaço do homem, Santos (1991) registra que o espaço não deve ser estudado como se os objetos materiais que formam a paisagem¹³ trouxessem neles mesmos sua própria explicação, pois isto seria adotar uma metodologia puramente formal, espacista, ignorando os processos que ocasionaram as formas.

Para se estudar a produção do espaço social precisa-se analisar a relação entre estrutura e forma, isto é, os objetos espaciais, sociedade e paisagem. Nesta análise, Santos (1991) nos alerta para a importância da noção de tempo, pois a sociedade é atual, mas a paisagem, pelas suas formas, é composta de atualidades de hoje e do passado. A noção de escala é igualmente importante, pois, se o espaço é total, a paisagem não o é. Para ele, não se pode falar de paisagem total, pois o processo social de produção é espacialmente seletivo. Neste contexto a paisagem, assim como o espaço, é alterada continuamente para poder acompanhar as transformações da sociedade.

Os movimentos da totalidade social modificando as relações entre os componentes da sociedade, alteram os processos, incitam novas funções. Do mesmo modo, as formas geográficas se alteram ou mudam de valor; e o espaço se modifica para atender às transformações da sociedade”. (SANTOS, 1991)

Para Carlos (2001),

[...] no espaço se estabelecem, se aprofundam ou mesmo se renovam laços de amizade, solidariedade e vizinhança; na efervescência das festas e encontros que pontuam a vida na metrópole podem surgir a cada esquina, a cada momento – a grande cidade é o teatro da ação. E isto só pode se realizar nos espaços do público – o espaço do uso enquanto apropriação do possível.

¹³ Paisagem para Santos (1991) compreende dois elementos: os objetos naturais e os objetos sociais, testemunha do trabalho humano no passado, como no presente.

Villaça (2001) afirma que o espaço intra-urbano é estruturado, fundamentalmente, pelas condições de deslocamento do ser humano, seja enquanto portador da mercadoria força de trabalho – como no deslocamento casa/trabalho – seja enquanto consumidor – reprodução da força de trabalho, deslocamento casa/compras, casa/lazer, escola, etc. Daí decorre o enorme poder estruturador intra-urbano das áreas comerciais e de serviços, a começar, conforme o autor, pelo próprio centro urbano. Essas áreas, mesmo as industriais e aquelas onde está o lazer, são as que geram a maior quantidade de deslocamentos, devido a sua atratividade e por conter os que trabalham, os consumidores, os que ali fazem compra e vão para os serviços.

Tendencialmente o espaço produzido ou espaço urbano, enquanto mercadoria, entra no circuito da troca, atrai capitais que migram de um setor da economia para outro, de modo a viabilizar a reprodução. Neste cenário vê-se o domínio do capitalismo na organização espacial. Segundo Carlos (2001): “constata-se, hoje, a tendência, segundo a qual, cada vez mais, os espaços urbanos são destinados à troca – o que significa que a apropriação e os modos de uso tendem a se subordinar cada vez mais ao mercado”. Acrescenta ainda que:

[...] o lazer e o flunar, o corpo e os passos são restritos a lugares vigiados, normatizados, privatizados. Este fato é consequência da vitória do valor de troca sobre o valor de uso, [...] o espaço se reproduz, no mundo moderno, alavancado pela tendência que o transforma em mercadoria – o que limitaria seu uso às formas de apropriação privada (CARLOS, 2001).

Em função desta tendência, verifica-se que os espaços públicos das cidades têm diminuído, limitando-se às formas de acesso aos lugares onde se desenrola a vida, bem como quanto ao seu uso com transformações nas formas de apropriação do espaço e, com isso, alterando e influenciando as relações entre a cidade e os cidadãos. Cada vez mais a influência capitalista e a da elite dominante tem direcionado os escassos recursos para investimentos de seus interesses, reduzindo os espaços urbanos voltados para o uso público da sociedade. Na opinião de Carlos (2001), o processo de reprodução se articula ao plano da reprodução da vida, o que significa considerar a opinião do ser humano, para quem o espaço se reproduz enquanto lugar onde acontece a vida em todas as suas dimensões.

A produção da vida não envolve apenas a reprodução de bens para satisfação das necessidades materiais, é também a produção da humanidade do homem – o que significa que é o espaço na medida em que é realização do social ao longo do processo histórico (CARLOS, 2001).

Acrescenta ainda que o espaço público, ao referir-se àquele dos equipamentos públicos coletivos, mesmo tendo uma pluralidade de usos, é fundamentalmente o espaço da cidade onde acontecem os *encontros de pessoas, a possibilidade de lazer*, de reivindicar e vários outros significados e sentidos para a sociedade, em função da cultura, dos hábitos e costumes. Esse espaço, se dominado e controlado por estratégias e interesses pessoais, impõe não apenas modos de apropriação, mas novos comportamentos, modelos de construção e decisão que excluem ou incluem. Também produz a especialização dos lugares, direcionando, determinando fluxos e produzindo ou indiretamente fazendo surgir novas centralidades.

Neste contexto, a forma como é conduzido o planejamento urbano pouco voltado ou priorizado para a justiça social, o que é observado na organização do espaço urbano, é a não contemplação dos recursos e decisões dos segmentos menos favorecidos mas, ao atender o sistema capitalista, favorece os chamados “normais”, ou seja, a classe social de renda alta.

O território pela sua organização e instrumentação, deve ser usado como forma de se alcançar um projeto social igualitário. Num território onde a localização dos serviços essenciais é deixada à mercê da lei de mercado, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem. [...] Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar (SANTOS, 1998).

O resultado deste modelo capitalista e elitista provoca a total escassez de serviços para a grande concentração da população, gerando cada vez mais um desequilíbrio de uso e ocupação do solo nas cidades, o que propicia a constituição de barreiras físicas e sociais, que atingem todos os segmentos da população, sobretudo a de baixa renda e as minorias sociais, dentre elas, as pessoas portadoras de deficiência. Este estudo procura mostrar que a construção injusta do espaço urbano (PAVIANI, 1991) leva as minorias sociais a ficarem relegadas ao que sobra dessa organização, ampliando a injustiça social e o não direito à cidade.

Este cenário precisa e pode ser mudado se Governo e sociedade estiverem

juntos, voltados ao direito à cidade para todos: o Governo, com a correta condução do planejamento urbano, para incorporar programas de acessibilidade no Plano Diretor; a sociedade, ao mudar sua postura com relação aos seus conceitos e preconceitos, para se tornar inclusiva

A rigidez de planos sem margem de flexibilidade denuncia a sua ineficácia, pois os espaços são orgânicos no atendimento às constantes mutações da vida humana (BAHIA et al., 1998).

2.4.1 Novas centralidades – Bairros centrais

Nestes últimos anos, em função do crescimento desordenado das metrópoles, estudos têm sido elaborados estimulando as descentralidades. Vaz (2000), apresenta sugestões para o desenvolvimento urbano através de estímulo para o aparecimento de centros de bairros. Com o crescimento das cidades, a sua estrutura urbana é alterada, surgem novos bairros e, em consequência, estimulam o aparecimento de bairros centrais nas várias regiões da cidade, principalmente com centros comerciais muito ativos.

Acrescenta ainda que são:

Áreas voltadas ao comércio e à prestação de serviços, atendendo às demandas presentes nos novos bairros. Este movimento [...] reduz a quantidade e extensão dos deslocamentos, diminuindo a necessidade de transporte coletivo; facilita o acesso aos serviços públicos e ao comércio". (VAZ, 2000).

Por outro lado os bairros centrais, também, assumem um papel importante na constituição das comunidades locais, funcionando como um ponto de referência e termômetro das condições de vida e das aspirações de seus moradores. Para o sucesso desses novos locais é necessário que o governo municipal intervenha e estimule o correto ordenamento de seu desenvolvimento, para evitar que se produza uma configuração que não seja a desejável, com problemas de transporte coletivo, trânsito de veículos, pedestres e a acessibilidade aos serviços públicos.

A correta intervenção do poder público, com ações destinadas a esses bairros centrais ou estratégicos, não pode perder de vista o bem-estar dos cidadãos. Vaz (2000) complementa dizendo que esses espaços devem ter condições de atender o

máximo de necessidades da população, evitando deslocamentos e promovendo o desenvolvimento local, além de ser um instrumento de descentralização dos serviços públicos.

Neste sentido, para melhor atender os deficientes físicos e corrigir distorções, em nome da cidadania, ou seja, dar oportunidade a essa classe social de usufruir o direito à cidade, pode-se escolher, entre os bairros de uma região da cidade, um que estrategicamente já tenha uma maior infra-estrutura instalada como um centro comunitário ou uma escola pública para que possam ser adaptados e sejam meios de integração das pessoas com e sem deficiência física, bem como os seus familiares, que são importantíssimos no processo, e que vivenciam as dificuldades, necessidades, realidades, e a exclusão social que enfrentam no uso do espaço urbano.

Pode-se recriar ou revitalizar esses centros comunitários de tal forma que se tornem centros de referência para outras localidades. A existência e a escolha de uma praça pública nesse bairro, para ser adaptada, reforçaria a inclusão social pois, em conjunto com o centro comunitário, passariam a ser agentes integradores como ponto de encontro para as pessoas com e sem deficiência física, em especial as cadeirantes e as que possuem grande dificuldade de locomoção..

As cidades de Porto Alegre e São Paulo têm experimentado o aparecimento de bairros estratégicos com seus novos centros. Conforme a Secretaria de Comunicação e Informação Social da Prefeitura de S. Paulo, esses novos espaços têm mudado a vida na periferia, onde se concentram pessoas que necessitam da intervenção do Estado para que possam ter acesso ao seu espaço, resgatando-lhe a cidadania.

Este estudo compartilha da idéia de se ter nas regiões administrativas de uma cidade, bairros escolhidos estrategicamente devido à localização, e equipamentos públicos já instalados, para se criar centros de referência de inclusão total, ou seja, aptos para receber e atender as pessoas com deficiência e as que não possuem.

CAPÍTULO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E OS PROBLEMAS URBANOS

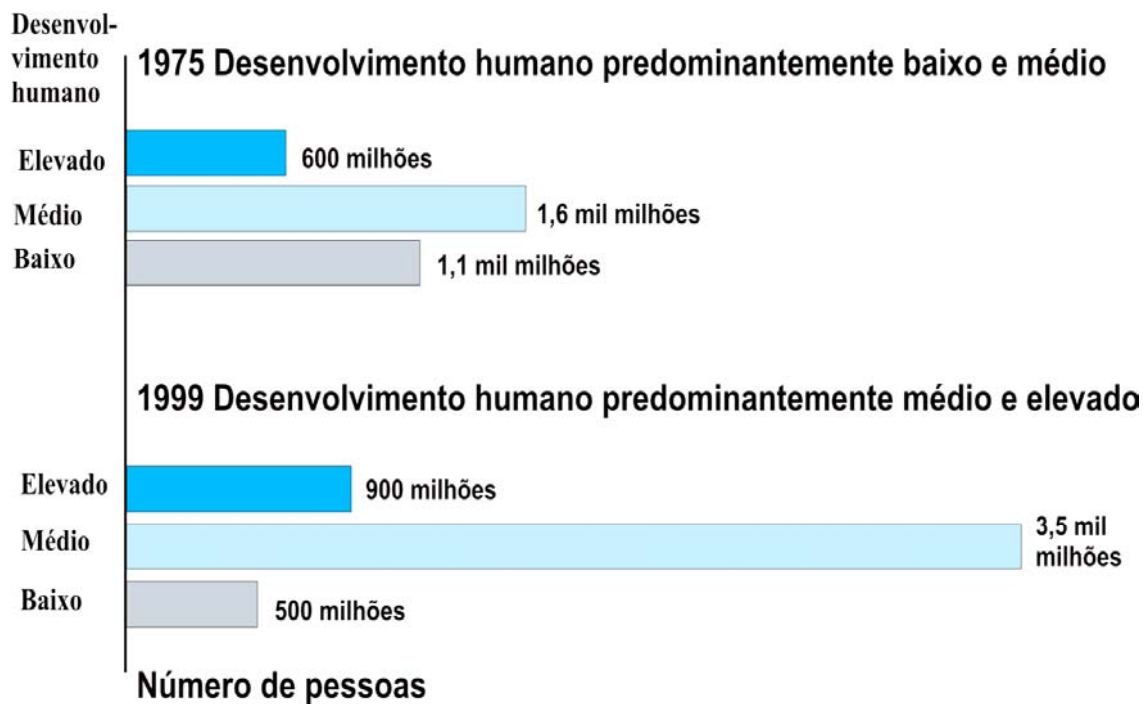
Com o intuito de entender algumas das causas que têm gerado as inúmeras pessoas com deficiência no mundo procurou-se, através da análise de alguns indicadores sócio-econômicos e consulta à bibliografia sobre o assunto, comprovar que os problemas urbanos, a falta de foco das políticas sociais e públicas de saúde voltadas às classes sociais menos privilegiadas, têm sua parcela de contribuição.

3.1 Caracterização das pessoas com deficiência no Mundo

O progresso mundial, de acordo com o PNUD (2001) em seu relatório do Desenvolvimento Humano¹⁴, apresentou um grande avanço nos países ao redor do mundo nos últimos trinta anos em relação ao desenvolvimento humano, ou seja, as pessoas têm uma vida mais longa e saudável, são mais instruídas, têm acesso aos recursos necessários para um nível de vida digna e são capazes de participar da vida em comunidade.

A maioria da população mundial passou a se concentrar, no final do século XX, nos países de médio e elevado desenvolvimento humano, como mostra a figura 05. Apesar desse progresso, ainda há um longo caminho a percorrer na direção da justiça e redução da desigualdade social, como pode ser visto na tabela 07, que mostra esta realidade através de alguns níveis inaceitáveis de privação da vida humana, que estão mais presentes nos países considerados de médio desenvolvimento humano como o Brasil e nos de baixo como Angola, Etiópia, Nigéria e Serra Leoa, na África.

14 O conceito de Desenvolvimento Humano é a base do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), publicado anualmente pelo PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil (sítio: <http://www.pnud.org.br/idh/>), e também do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Além de computar o PIB per capita em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países), e corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um. Para valores menores que 0,500 o país é considerado de baixo desenvolvimento humano, de 0,500 a 0,800 de médio desenvolvimento e maiores valores que 0,800 como países de elevado desenvolvimento humano.



Nota: Os dados referem-se apenas aos países que têm dados disponíveis para 1975 e 1999.

Fonte: PNUD - Relatório de Desenvolvimento Humano 2001

Figura 05: Estrutura mundial do desenvolvimento humano

As desigualdades sociais se acentuam mais nos países com médio e baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), onde a falta de infra-estrutura básica de saneamento, os problemas de saúde pública e educação, com altos índices de pessoas analfabetas afetam, principalmente, os de classe de renda mais baixa onde a pobreza está presente e longe de ser erradicada.

A figura 05 mostra que mais de 500 milhões de pessoas vivem em países com IDH menor que 0,5, ou seja, os que apresentam problemas relacionados à pobreza, falta de infra-estrutura como saneamento básico, saúde pública e educação. É também nesses países que a chance de se ter pessoas com deficiência é maior.

Tabela 07: Privações graves que afetam a vida da população

Países com baixo e médio desenvolvimento (Apresentam índices de IDH médio ou baixo)
<p>Saúde</p> <p>968 milhões de pessoas não têm acesso às fontes de água melhoradas (1998). 2,4 bilhões de pessoas não têm acesso a saneamento básico (1998). 2,2 milhões de pessoas morrem anualmente devido à poluição do ar (1996).</p> <p>Educação</p> <p>854 milhões de analfabetos adultos, dos quais 543 milhões de mulheres (2000). 325 milhões de crianças fora da escola nos níveis primário e secundário, das quais 183 milhões de adolescentes mulheres (2000).</p> <p>Privação de rendimento</p> <p>1,2 milhões de pessoas vivem com menos de 1 dólar por dia e 2,8 milhões com menos de 2 dólares por dia (1998).</p> <p>Crianças</p> <p>163 milhões de crianças menores de cinco anos, com peso deficiente (1998) 11 milhões de crianças menores de cinco anos morrem anualmente de causas evitáveis (1998).</p>
Países da OCDE¹⁵: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
<p>15% de adultos são funcionalmente analfabetos (1994-98) 130 milhões de pessoas privadas de rendimento (com menos de 50% de rendimento médio) (1999). 8 milhões de pessoas sub-alimentadas (1996-98).</p>

Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano (2001)

Ao referir-se às deficiências nos países em desenvolvimento, entre eles inclui o Brasil, e os de baixo desenvolvimento, o Programa de Ação Mundial da ONU de 1982 indica que o aumento do número de pessoas com deficiência e a sua marginalização social pode ser atribuído a diversos fatores e causas, entre os quais figuram:

- A elevada proporção de famílias carentes e com muitos filhos, e a moradia, quando têm, super povoadas, insalubres e sem condições de higiene;
- As populações com elevada porcentagem de analfabetismo e a falta de

¹⁵ OCDE: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. Organização formada por 30 países, da qual o Brasil não é membro. Site: <http://www.ocde.org/home/>

acesso à informação em matéria de serviços sociais, bem como de medidas sanitárias. Além de programas inadequados de assistência e serviços de atendimento básico de saúde;

- As guerras e suas conseqüências e outras formas de violência e destruição como a fome, a pobreza e as epidemias;
- A falta de conhecimentos sobre a deficiência, suas causas, prevenção e tratamento; isso inclui a estigmatização, a discriminação e idéias errôneas sobre a deficiência;
- Obstáculos, como a falta de recursos financeiros, as distâncias geográficas e as barreiras sociais, que impedem que muitos interessados se beneficiem dos escassos serviços disponíveis;
- A falta, ou situação precária, da infra-estrutura de serviços ligados à assistência social, saneamento, educação e saúde pública.

Somam-se a estes fatores os acidentes na indústria, agricultura e no trânsito; a poluição do meio ambiente, o processo de urbanização com um baixo nível de prioridade do planejamento urbano para as áreas onde se instalam a população de renda mais baixa. A situação da deficiência se agrava, pois muitas pessoas com deficiência são extremamente carentes, vivendo freqüentemente em regiões nas quais a solução dos problemas de saúde pública não é priorizada, bem como a infra-estrutura e os serviços urbanos são escassos ou totalmente inexistentes, fazendo com que os problemas ligados à deficiência não sejam prevenidos ou detectados a tempo.

Se o risco de deficiência é muito maior entre os pobres, a recíproca também é verdadeira. O nascimento de uma criança deficiente ou o surgimento de uma deficiência numa pessoa da família pode significar uma carga pesada para os limitados recursos dessa família e afeta a sua moral, afundando-a ainda mais na pobreza. O efeito conjunto desses fatores faz com que a proporção de pessoas deficientes seja mais elevada nas camadas mais carentes da sociedade. Por esta razão, o número de famílias carentes atingidas pelo problema aumenta continuamente em termos absolutos. Os efeitos dessas tendências constituem sérios obstáculos para o processo de desenvolvimento. (PLANO DE AÇÃO MUNDIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 1982).

Como reforço às informações apresentadas, Néri et al (2003) ao tratar das causas geradoras de deficiência nas pessoas também registra:

Segundo dados de 1995 da Organização Mundial de Saúde (OMS) dentre as causas das deficiências destacam-se os transtornos congênitos e perinatais (16,6%), que podem ser consequência da falta de assistência às mulheres na gravidez; as enfermidades transmissíveis (16,8%); as enfermidades crônico-degenerativas (21,0%); as alterações psicológicas (6,6%); o alcoolismo e abuso de drogas (10%); as causas externas (18,0%); e desnutrição e outras (11,0%) [...]. Quanto a essa última, estima-se que 250 mil crianças por ano tornam-se cegas por causa de deficiência crônica de vitaminas [...]

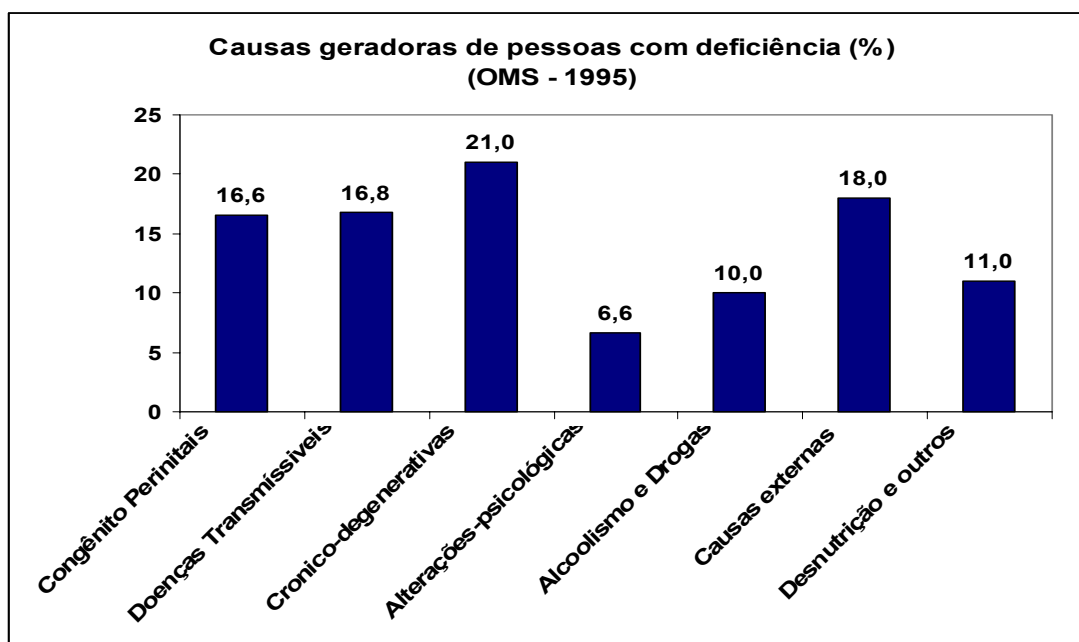


Figura 06: Causas geradoras de deficiência conforme a OMS – 1995
Fonte: Néri et al (2003)

Outro ponto importante neste cenário é a relação entre deficiência e pobreza em que Rozicki (2003) afirma ser um tema muito bem destacado no Programa de Ação Mundial da ONU para as pessoas com deficiência, o qual fornece importantes informações sobre o assunto. Diz que o programa, com relação aos problemas das deficiências nos países em desenvolvimento, registra que 80% do total da população com deficiência vivem em regiões rurais isoladas e periféricas nos referidos países. Para países como Angola, Etiópia e Serra Leoa, a OMS estima que a deficiência chega a atingir cerca de 20% da população total.

De acordo com Oliveira (2001), muitas das chamadas deficiências têm origem ou são agravadas por condições sociais, econômicas e políticas desfavoráveis. Acrescenta que a falta de infra-estrutura de saneamento, a baixa renda, a falta de informação correta inserida numa saúde pública preventiva, geram degradação

ambiental, aumento da violência urbana, desnutrição, insuficiente atenção pré-natal e pós-natal, que vão dar origem ou aumentar o número de PCD.

Portanto, entre os principais fatores de risco, os que possibilitam o surgimento ou a geração da deficiência física, sensorial ou mental no ser humano, encontram-se: violência urbana, uso de drogas, acidentes de trânsito e trabalho, epidemias/endemias, tabagismo, agentes tóxicos, alcoolismo, que afetam a gestação, falta de infra-estrutura como: acesso da população ao saneamento e a uma fonte de água melhorados, problemas de subnutrição alimentar, principalmente a falta de vitamina A para as crianças, bem como a baixa despesa em saúde per capita, o que reflete assistência e prevenção precárias junto à população, para se evitar novos casos de pessoas com deficiência.

Através de alguns indicadores sócio-econômicos e porcentagens de pessoas com deficiência, procurar-se-á entender o impacto dos problemas urbanos na geração de pessoas com deficiência, observando alguns países do primeiro mundo e os em médio e baixo desenvolvimento. A seguir, será avaliado internamente o Brasil e suas regiões geográficas, chegando até a região do Vale do Paraíba no Estado de São Paulo onde está inserida a cidade de nosso estudo: São José dos Campos.

A tabela 08 mostra alguns índices sócio-econômicos de alguns países considerados de primeiro mundo, isto é, com alto índice de desenvolvimento econômico e social como os Estados Unidos, Suíça, Alemanha e outros com IDH maior que 0,800.; alguns países em desenvolvimento como o Brasil, Bulgária e Colômbia com índice IDH menor que 0,800 e maior que 0,500. Entre os países de baixo desenvolvimento com IDH menor que 0,500 escolheram-se alguns do território africano como a Nigéria, Serra Leoa e outros.

Tabela 08: Índices socioeconômicos - Mundo

Universo	IDH	Pessoas com Deficiência		Taxa mortalidade infantil – menor que 1 ano (por mil nascidos vivos)	Taxa mortalidade menor de 5 anos (por mil nascidos vivos)	População com 65 anos e mais	Despesas Saúde Per capita (Dólar)	Taxa alfabetização de adultos Maiores de 15 anos	População com acesso a saneamento melhorado	População com acesso sustentável a uma fonte de água melhorada	Pessoas sub-alimentadas (em % da população total)
		2001	%	Ano da Pesquisa	2001	2001	2001	2000	2001 %	2001 %	2000 %
EUA	0,937	12,3	2004***	7	8	12,9	4499	100	100	100	0
Japão	0,932	2,7	1987	5	7	17,7	2009	100	100	100	0
Suíça	0,932	2,2	1986	5	6	16,2	3161	100	100	100	0
Espanha	0,918	6,5	1998*	4	6	16,9	1547	97,7	-	-	0
Alemanha	0,921	10,8	1998*	4	5	16,1	2768	100	100-	100	0
Itália	0,916	5,4*	1998*	4	6	12,3	2028	98,5	100	100	0
Dinamarca	0,930	7,1	1998*	4	4	15,0	2434	100	100	100	0
Coréia do Sul	0,879	3,1	2000	5	5	7,4	899	97,9	63	92	0
Cuba	0,806	1,7	1993**	7	9	9,9	193	96,8	98	91	13

Universo	IDH	Pessoas com Deficiência		Taxa mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	Taxa mortalidade menor de 5 anos (por mil nascidos vivos)	População com 65 anos e mais	Despesas Saúde Per capita (Dólar)	Taxa analfabetismo de adultos Maiores de 15 anos	População com acesso a saneamento melhorado	População com acesso sustentável a uma fonte de água melhorada	Pessoas sub-alimentadas (em % da população total)
	2001	%	Ano da Pesquisa	2001	2001	(2001)	2000	(2001) %	2001 %	2000 %	1998/2000
Bulgária	0,795	-	-	14	16	16,3	225	98,5	100	100	0
Colômbia	0,779	5,6	1991	19	23	4,8	612	91,9	86	91	13
Brasil	0,777	14,5	2000	31	36	5,3	631	87,3	76	87	10
Nigéria	0,463	20,0	-	110	183	3,1	15	65,4	54	62	7
Senegal	0,430	20,0	-	79	138	2,4	56	38,3	70	78	25
Etiópia	ND	20,0	-	116	172	2,9	14	40,3	12	24	44
Angola	0,377	20,0	-	154	260	2,7	52	42	44	38	50
Serra Leoa	0,275	20,0	-	182	316	2,9	24	36	66	57	47

Fonte: PNUD – Relatório Desenvolvimento Humano (2003)

Índice de Deficiência: United Nations Statistics Division: Demographics and Social Statistics. Disponível no site: <http://untsts.un.org/unsd>.

DNF- Disability Information Resource: Evaluation of Asian & Pacific Decade of Disabled Person. 2004. Disponível: http://www.dinef.ne.jp/doc/english/intl/02rnn/pds_e.html. Acesso: 10Jan2006. Para o Brasil - IBGE Censo Demográfico 2000, disponível no site: www.ibge.gov.br.

* - Dados conforme a EUROSTAT no seu relatório: Health Statistics - Key data on health 2002: Panorama of the European Union. Considerado nas pesquisas as dificuldades severas para qualquer problema físico, mental e outras deficiências, para as pessoas com idade acima de 16 anos.

** - Dados conforme UN Statistical Chart on World Families. Statistical Division and the International Year of the Family, New York, 1993.

*** Dados conforme U.S. Bureau Disability Characteristics Status American Community Survey 2004. Disponível: http://factfinder.census.gov/servlet/SAFFPopulation?_submenuId=population_0&_sse=on.

NA – Não disponível

Analisando alguns indicadores socioeconômicos na tabela 08, nota-se que os países com alto índice de desenvolvimento humano tendem a apresentar números inferiores de pessoas com deficiência, visto que ambos são reflexos das políticas públicas e sociais voltadas para toda a população, ver figura 07.

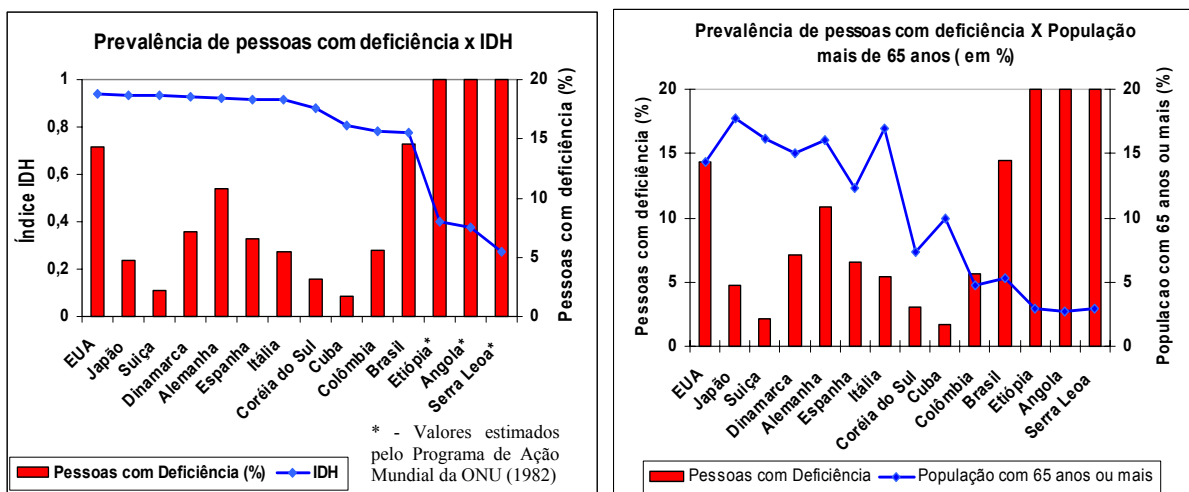


Figura 07: Prevalência de pessoas com deficiência e o desenvolvimento Humano
Fonte: PNUD (2003) e Elaboração Própria

Vale destacar, que as definições sobre os tipos de deficiência variam de acordo com o propósito dos dados a serem coletados ou devido a diferentes classificações estabelecidas em seus países. Além disso, pelo fato de várias pessoas com deficiência possuírem mais de uma, os valores apontados em pesquisas oficiais ou em estimativas variam de um país para outro. Para tentar amenizar as diferenças entre os censos nos diversos países, a “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)”, desenvolvida pela OMS, revisou a sua primeira publicação de 1980, gerando uma nova Classificação Internacional para os tipos de deficiências e saúde das pessoas e foi adotada em 2001. Essa lista está sofrendo atualização a ser publicada em um novo relatório nos próximos anos pela OMS.

Espera-se que as definições e descrições dos índices, nesta nova lista, sejam mais compatíveis e equivalentes entre os países. Os considerados neste trabalho se referem a pesquisas mais atuais em seus países e que são utilizados pelas organizações internacionais, para tomada de ações, junto aos governos para uma melhor qualidade de vida e redução da população das pessoas com deficiência. Na figura 07 observa-se que quanto maior o valor dos índices de IDH dos países que foram considerados, menor é a porcentagem de pessoas com deficiência. Os

valores de 20% para essas pessoas nos países africanos são os estimados pela OMS.

É alto o índice de pessoas com deficiência nos Estados Unidos (14,3%) conforme pesquisa realizada no ano 2004 pela U.S. Bureau (2004). Por ser um país considerado do primeiro mundo esperam-se teoricamente, valores menores para essa população. A explicação para o alto valor do índice deve-se à participação dos Estados Unidos em guerras mais recentes, geradoras de seqüelas nas pessoas, principalmente as do Vietnã e Oriente Médio, e por apresentar uma maior expectativa de vida e, como consequência uma população maior de indivíduos com mais de 65 anos, ou seja, 12,9% como apontado na pesquisa que também ressalta o valor de 39,6% de pessoas com alguma deficiência entre a população americana com essa mesma idade, pessoas mais sujeitas a doenças, devido à velhice, que as levam a ser cadeirantes ou a caminhar com grande dificuldade ou com auxílio de muletas.

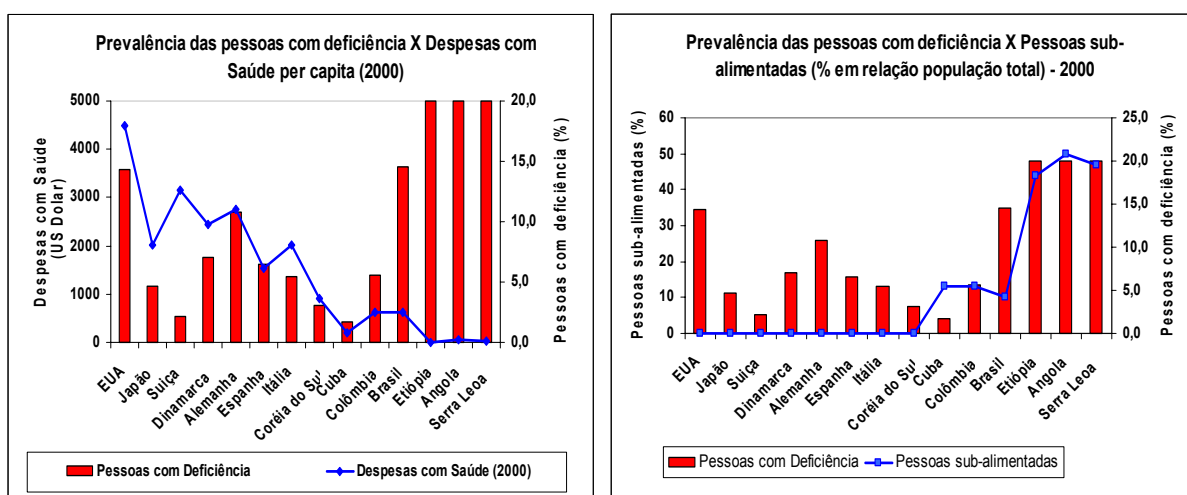


Figura 08: Prevalência de PCD e as despesas de saúde e a subalimentação
 Fonte: PNUD (2003) e Elaboração Própria (2006)

Na figura 08 vêem-se os baixos gastos em saúde, que tem impacto diretamente sobre o aumento da taxa de pessoas com deficiência, concentradas nos países com baixo desenvolvimento humano. Por outro lado, os países desenvolvidos apresentam um gasto quase cem vezes do que o dos de baixo desenvolvimento humano (como os países africanos). Outro fator de impacto e gerador de pessoas com deficiência é a falta de alimentação; em países africanos, de baixo desenvolvimento humano, os números apontam para até 50% da população como sub-alimentada e a desnutrição infantil é um problema de dimensões alarmantes em

boa parte do mundo.

O Brasil, apesar de apresentar um índice menor comparado com os países de baixo desenvolvimento, ou seja, 10% em relação à população total, possui um valor que ainda é preocupante. Países como o Japão, Suíça e Alemanha e outros considerados de alto desenvolvimento humano não registram esse tipo de problema. Associada à pobreza e à desigualdade social, a subnutrição tem sido um expressivo fator de mortalidade de crianças nos países em desenvolvimento, apesar dos esforços realizados nas últimas décadas para reduzir esse índice.

Segundo o relatório do UNICEF (2005) a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou, em 2000, que 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionados à desnutrição. Ela também aumenta o risco de uma série de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, crianças desnutridas têm mais chance de vir a apresentar complicações de saúde na idade adulta. A solução deste problema da alimentação infantil, é uma questão básica de saúde para redução da mortalidade e do número de possíveis crianças com problemas de deficiência.

No mesmo relatório do UNICEF (2005), ao tratar do assunto da desnutrição infantil, afirma-se que:

A desnutrição e as demais deficiências nutricionais têm relação estreita com a pobreza, responsável pelas principais causas do problema. A primeira delas é a alimentação insuficiente ou inadequada. A falta de comida ainda é uma realidade para muitas famílias no Brasil.

Na figura 09 vê-se que, nos países com os maiores índices de pessoas com deficiência, a população tem grande dificuldade de acesso a fonte de água melhorada e a saneamento básico. O reflexo da falta de infra-estrutura básica de saneamento e água tratada e o baixo gasto em saúde, agravado pela sub-alimentação presente em alguns países de baixo e médio desenvolvimento humano, atinge principalmente as crianças, cuja mortalidade para os de idade de até 5 anos, registra taxas maiores que 300 crianças por mil nascidas vivas.

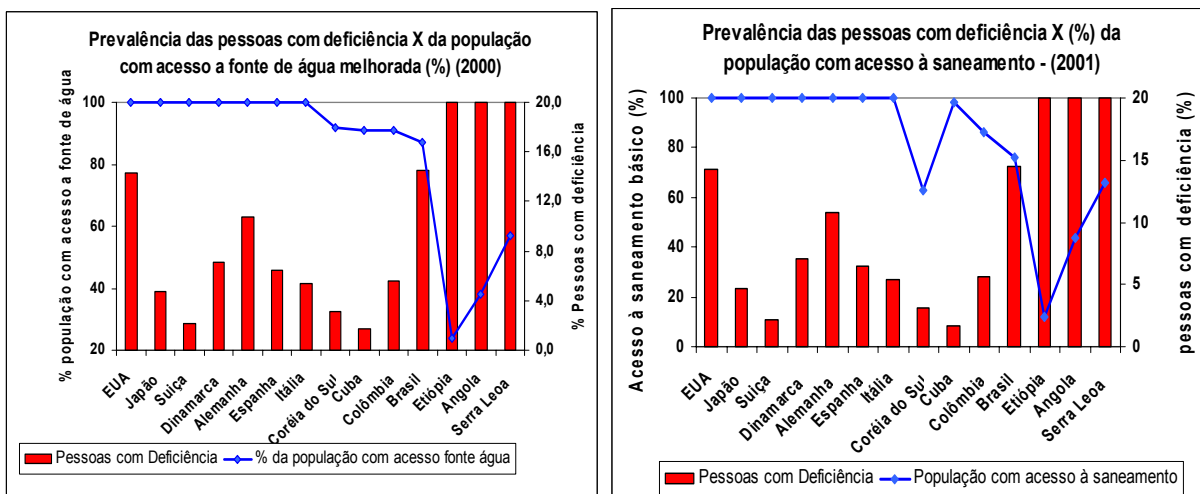


Figura 09: Prevalência de PCD e a infra-estrutura básica
 Fonte: PNUD (2003) e Elaboração Própria (2006)

O relatório do UNICEF (2006a) “Situação da Infância Brasileira” que trata do índice de desenvolvimento infantil - IDI¹⁶ mostra que, no ano de 2001, a pior taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade é de Serra Leoa, na África, com um número de 316 crianças por mil nascidos vivos, seguida por Angola com 260 (nos países com alto desenvolvimento humano o índice em média é mais do que 40 vezes maior que o dos de baixo desenvolvimento humano).

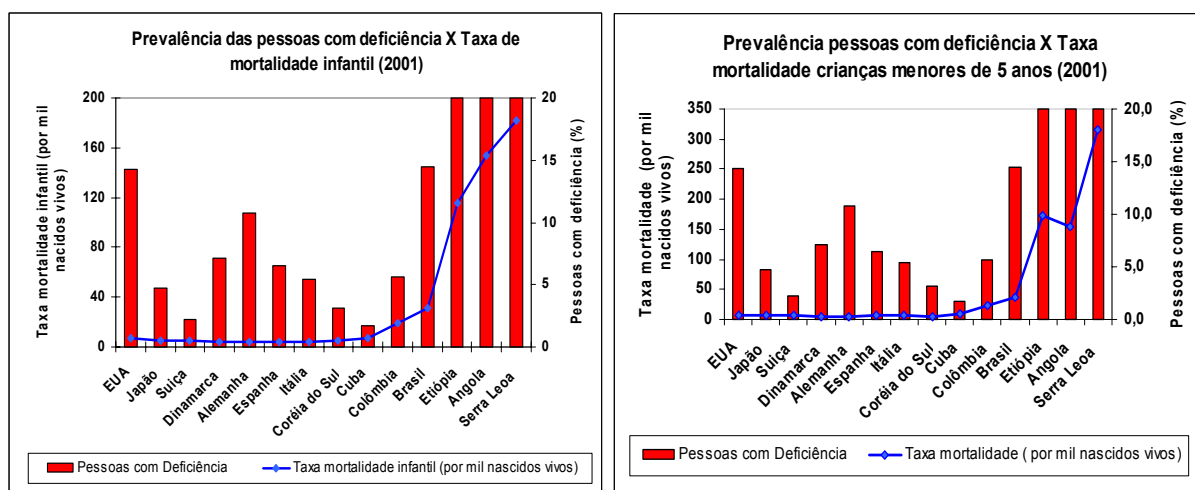


Figura 10: Prevalência de PCD e os índices de mortalidade infantil
 Fonte: UNICEF (2006b) e Elaboração Própria (2006)

Por outro lado, entre os países desenvolvidos, o quadro é totalmente diferente e oposto, como Cingapura, que apresenta uma taxa de 3 crianças por mil nascidos

¹⁶ IDI – Índice de desenvolvimento infantil é um índice composto pelo indicador de escolaridade dos pais, do acesso das mães ao pré-natal, das taxas de imunização e de acesso à pré-escola para crianças de 4 a 6 anos. O levantamento e cálculo deste índice é coordenado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.

vivos, ou Suécia e Noruega, com uma taxa de 5 crianças. É nos países de baixa mortalidade que as taxas de pessoas com deficiência, no geral, são também menores bem como, nos de médio e baixo desenvolvimento humano, a taxa de pessoas com deficiência e a de mortalidade são bem maiores (figura 10). Percebe-se, pela análise dos índices socioeconômicos, que a falta ou a não priorização de políticas públicas e sociais, bem como de um planejamento urbano voltado à população de baixa renda, aumenta os problemas sociais e a possibilidade de gerar mais pessoas com deficiências físicas, sensoriais ou mentais.

Tabela 09: Índices socioeconômicos - Brasil

Universo	População (2000)	% Deficiência	IDH (2000)	IDI (2000)	% crianças em domicílio com renda per capita < ½ SM (2000)	Taxa de mortalidade até 1 ano por 1000 nascidos vivos (2000)	Taxa mortalidade até 5 anos por 1000 nascidos vivos (2000)	Índice Gini 2000	Índice de Exclusão Social (2000)	Índice de Pobreza (2000)	Domicílios com esgoto sanitário 2001 %
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)
Brasil	169.799.170	14,5	0,777	0,670	33,50	30,1	32,02	0,596	0,527	0,606	75,8
Estado de São Paulo	37.035.456	11,4	0,814	0,803	22,68	17,48	20,01	0,553	0,700	0,700	80,1
Estado do Rio Grande do Sul	10.187.842	15,1	0,809	0,719	30,75	17,00	17,27	0,554	0,709	0,709	26,9
Estado da Paraíba	3443825	18,8	0,661	0,527	73,80	47,27	73,53	0,66	0,312	0,129	28,6
Estado de Alagoas	2.827.856	16,8	<u>0,649</u>	0,473	<u>74,32</u>	<u>48,96</u>	62,05	0,607	<u>0,220</u>	0,220	15,1
São José dos Campos (SP)	539.313	11,5	0,849	0,819	19,7	11,26	12,89	0,575	0,635	0,811	87,6
São Caetano do Sul (SP)	150130	<u>10,9</u>	<u>0,919</u>	0,895	<u>5,46</u>	<u>5,38</u>	<u>6,16</u>	<u>0,502</u>	<u>0,864</u>	0,886	<u>97,7</u>
Nova Pádua (RS)	2396	12,9	0,832	<u>0,976</u>	7,71	7,71	10,71	0,514	0,711	<u>0,925</u>	19,6
São Gonçalo do Piauí (PI)	4249	<u>33,4</u>	0,643	0,589	70,18	37,07	58,06	0,533	0,353	<u>0,175</u>	ND

Nota: Os índices assinalados significam o melhor e o pior dos considerados neste estudo.

Fonte: (a), (b): IBGE – Censo 2000

(c), (e) - Índices IDH – Índice de Desenvolvimento Humano: Atlas Desenvolvimento Humano no Brasil (2003).

(i), (j) - Índice Exclusão Social: Pochmann et al. (2003). Avalia a condição de vida, pobreza e desigualdade social, desemprego, violência, concentração de jovens e taxa de alfabetização. Quanto maior o índice, melhor situação social. Para o Brasil é calculado pela média aritmética ponderada pela população.

(d), (f), (g) – Taxa de Mortalidade e IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil. Dados do Relatório da UNICEF: Situação da Criança Brasileira – 2006.

(h) Índice Gini: Índice de desigualdade, quanto mais próximo de zero é melhor. Dados do Atlas Desenvolvimento Humano no Brasil (2003).

(k) – Domicílio com instalações sanitárias na rede geral - IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEADATA: Dados Macroeconômicos e Regionais. 2003.

ND – Não disponível

3.2 Caracterização das pessoas com deficiência no Brasil

A arquiteta e pesquisadora em assuntos relativos a Pessoas com Deficiência, Regina Cohen¹⁷, em seu artigo: “Estratégias para a Promoção dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, afirma que:

Em países como o Brasil, são vários os fatores que têm contribuído para o aumento do número de “pessoas portadoras de deficiência” e sua marginalização: a fome; a pobreza; programas inadequados de assistência social, saúde, educação, formação profissional e emprego; acidentes na indústria, na agricultura ou nos transportes; a contaminação do meio ambiente; o uso imprudente de medicamentos; a baixa prioridade concedida, no contexto do desenvolvimento social e econômico, às atividades relativas à equiparação de oportunidades; o crescimento demográfico; a violência urbana e outros fatores indiretos.[...] O efeito combinado destes fatores faz com que a proporção destas pessoas seja mais alta nos estratos mais pobres da sociedade brasileira. (COHEN, 1998)

Para a caracterização das pessoas com deficiência no Brasil, procurou-se verificar o impacto dos problemas urbanos sobre a geração de pessoas com deficiência através de alguns índices socioeconômicos que indicam a falta de infraestrutura básica de saneamento e água tratada, a desigualdade social, o baixo gasto com saúde e o analfabetismo vigente no país e outros.

Para estudo e análise foram escolhidos alguns Estados da nação como São Paulo, Paraíba e Alagoas, as cidades de São José dos Campos, objeto de nosso estudo, Nova Pádua no Estado do Rio Grande do Sul e outras no Brasil, como pode ser visto nas figuras deste capítulo, por apresentarem alguns dos índices socioeconômicos com valores destoantes, ou de destaque, comparados com o universo avaliado.

Na comparação segundo as Grandes Regiões Brasileiras, a menor proporção de PCD encontra-se na região Sudeste com 13,1% e a maior, na Região Nordeste com 16,8%, com todos os Estados acima da média brasileira (14,5%). Em âmbito regional os Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba (18,8%) e Piauí que apresentam a maior proporção de população com pelo menos uma deficiência

¹⁷ Regina Cohen é arquiteta formada pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ), especializada em História da Arte e Arquitetura no Brasil pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Urbanismo (PROURB-UFRJ), portadora de deficiência física e pesquisadora de assuntos relativos às PPD. Esta publicação foi apresentada no Seminário Direitos Humanos no Século XXI, realizado nos dias 10 e 11 de setembro de 1998 no Rio de Janeiro e pode ser consultada no sítio: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/artigos37.htm>

(figura 11). Já os Estados de São Paulo, Paraná e o Distrito Federal foram os que apresentaram a menor incidência.

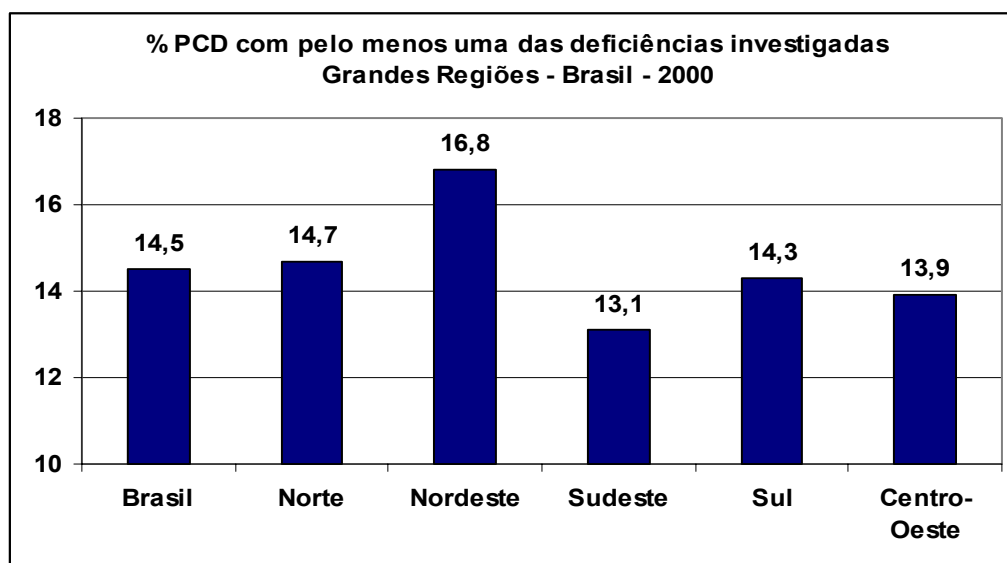


Figura 11: Porcentagem de PCD nas Grandes Regiões-Brasil -2000
Fonte: IBGE – Censo Demográfico -2000

Um indicador considerado crítico sobre o bem-estar da criança, na avaliação do UNICEF (2006b), é a taxa de mortalidade de menores de 5 anos para o ano de 2004; o Brasil, entre 192 países, foi classificado em 88º lugar, com uma taxa de mortalidade de 34 crianças por 1000 nascidos vivos. Mesmo apresentando avanços na década de 1990 com relação a este indicador social (pois de acordo com o PNUD (2001) em 1990 mostrava uma taxa de 60 crianças por mil nascidas vivas), o resultado ainda é preocupante, pois em 1999 o índice era de 40 por mil nascidos vivos e a queda em 5 anos foi de somente 15% em relação a 2004. Maricato (2001) ao tratar da evolução dos indicadores sociais para o Brasil, como a taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer na década de 1990, afirma que a melhora destes indicadores se deve a alguns fatores como:

[...] socialização da informação, extensão do serviço de água potável, extensão dos serviços de vacinação, acesso a antibióticos, atendimento médico ao parto e à gestante, aumento da escolaridade, entre outras condições, que são mais acessíveis em meio urbano (MARICATO, 2001).

Conforme o Censo 2000 do IBGE, as taxas de mortalidade infantil diferem também de acordo com o grupo social. Em âmbito nacional, a taxa relativa aos 20% mais pobres corresponde a mais que o dobro dos 20% mais ricos em 2000, como

observado na tabela 10. Esta grande diferença é influenciada, entre outros fatores, pela maior oportunidade de acesso à vacinação que os 20% mais ricos têm em relação aos mais pobres.

Tabela 10: Índices de Mortalidade segundo renda, raça e cor – Brasil – 2000

Taxa de Mortalidade infantil(até 1 ano) Brasil segundo a renda familiar - (2000) - %	
20% mais ricos	15,8
20 % mais pobres	34,9
Brasil	30,1
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos no Brasil por anos de estudo da mãe (2000) - %	
Até 3 anos	49,3
De 4 anos a 7 anos	30,3
8 anos ou mais	20,0

Fonte: UNICEF (2006a)

Taxa de Mortalidade infantil(até 1 ano) Brasil segundo raça/cor da mãe - (2000) - %	
Branca	22,9
Negra	38,0
Índia	94,0
Brasil	30,1

Fonte: UNICEF (2006a)

Outro aspecto de grande impacto sobre a mortalidade de crianças é o grau de instrução das mães. O UNICEF (2006a) em seu relatório sobre a situação da criança brasileira, afirma que diferentes estudos comprovam que quanto maior o número de anos de estudo da mãe, menor é o percentual de mortalidade das crianças menores de 5 anos. A figura 12 mostra a taxa de mortalidade em alguns estados e cidades do território brasileiro.

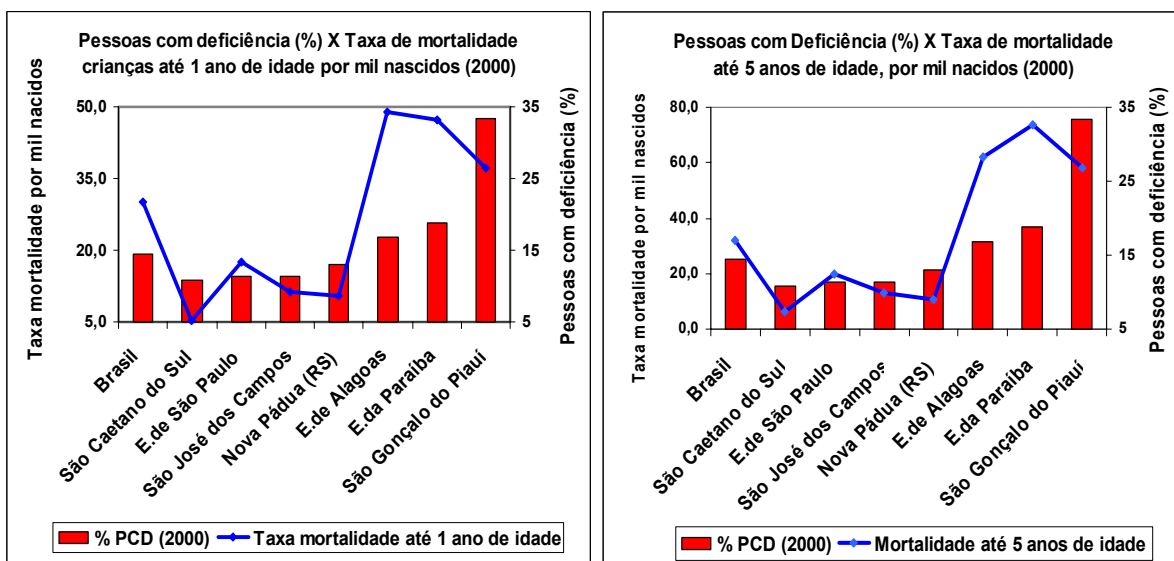
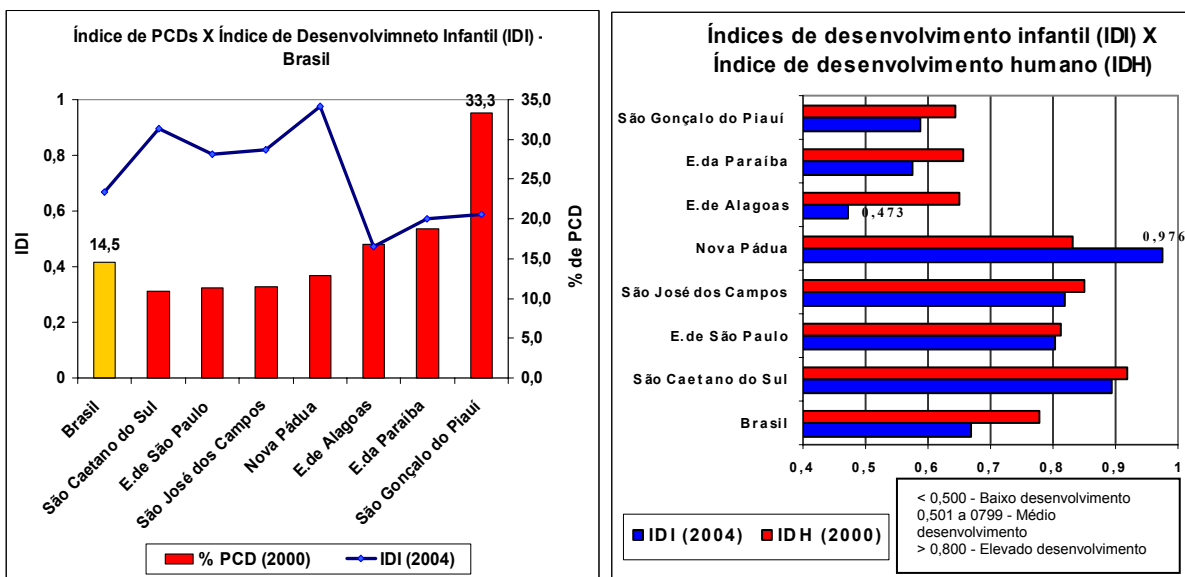


Figura 12: Prevalência de PCD e a taxa de mortalidade infantil- Brasil
 Fonte: IPEA (2000) e IBGE – Censo 2000

De acordo com o relatório do UNICEF (2006a) ao tratar sobre o índice de desenvolvimento infantil- IDI, mostra que no Brasil existem 23 milhões de crianças com até 6 anos de idade distribuídas numa grande diversidade regional, com um IDI médio de 0,670 em 2004. Entre os Estados da Nação, São Paulo tem uma porcentagem de pessoas com deficiência de 11,4% e um IDI de 0,803, ver figura 13.

Figura 13: Prevalência de PCD e os índices IDH e IDI – Brasil



Fonte: UNICEF (2006a)

O relatório também destaca que o Brasil passou a ter uma Unidade da Federação com alto Índice de Desenvolvimento Infantil; São Paulo e seis Estados (Acre, Amazonas, Bahia, Maranhão, Pará e Piauí) deixaram de ter baixo Índice de Desenvolvimento Infantil e passaram a ter índice considerado médio. Por outro lado o Estado de Alagoas, que possui uma taxa de PCD de 16,8%, continua sendo o único que ainda tem baixo IDI (0,473), embora tenha melhorado consideravelmente nos últimos anos. O resultado desse Estado mostra ser semelhante ao dos países em baixo desenvolvimento, como Angola e Serra Leoa, na África.

Para atingir maior equidade e redução nas taxas de mortalidade infantil no Brasil, é preciso reforçar a atenção para os grupos mais vulneráveis na execução dos programas sociais e de saúde, não só para se evitar a mortalidade, mas para que os que sobreviverem não venham a adquirir alguma deficiência física, sensorial ou mental.

O PNUD (2003) em seu Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH) cita que: "O Brasil tem um grande legado de altas de desigualdades. Os 10% de domicílios mais ricos têm uma renda 70 vezes maior do que a dos 10% de domicílios mais pobres", exemplifica o texto. Estende a comparação para outras dimensões além da renda: "Nos últimos dez anos **as taxas de analfabetismo** dos Estados ricos e pobres têm ficado mais distantes". Enquanto na região Norte ela caiu apenas 1,2% (de 12,4% em 1990 para 11,2% em 2001), no Sul a queda foi de 4,6%, indo de 11,7% para 7,1%, aumentando as diferenças regionais.

Ainda no campo das desigualdades internas, o Brasil aparece novamente no Relatório como um dos países onde há grande diferença nas taxas de mortalidade infantil entre crianças ricas e pobres. Como agravante, é um dos exemplos, (ao lado de Bolívia, Colômbia, Uganda e Indonésia, entre outros), de nações que conseguiram reduzir a taxa nacional, mas que viram aumentar a desigualdade da taxa de mortalidade infantil entre crianças ricas e pobres ao longo dos anos 80 e 90.

O Brasil é considerado como um dos primeiros do mundo em desigualdade social, onde 1% dos mais ricos se apropria do mesmo valor que os 50% mais pobres. A renda de uma pessoa rica é 25 a 30 vezes maior que a de uma pessoa pobre. Na Suécia, a diferença de renda entre ricos e pobres é de, no máximo, seis vezes.

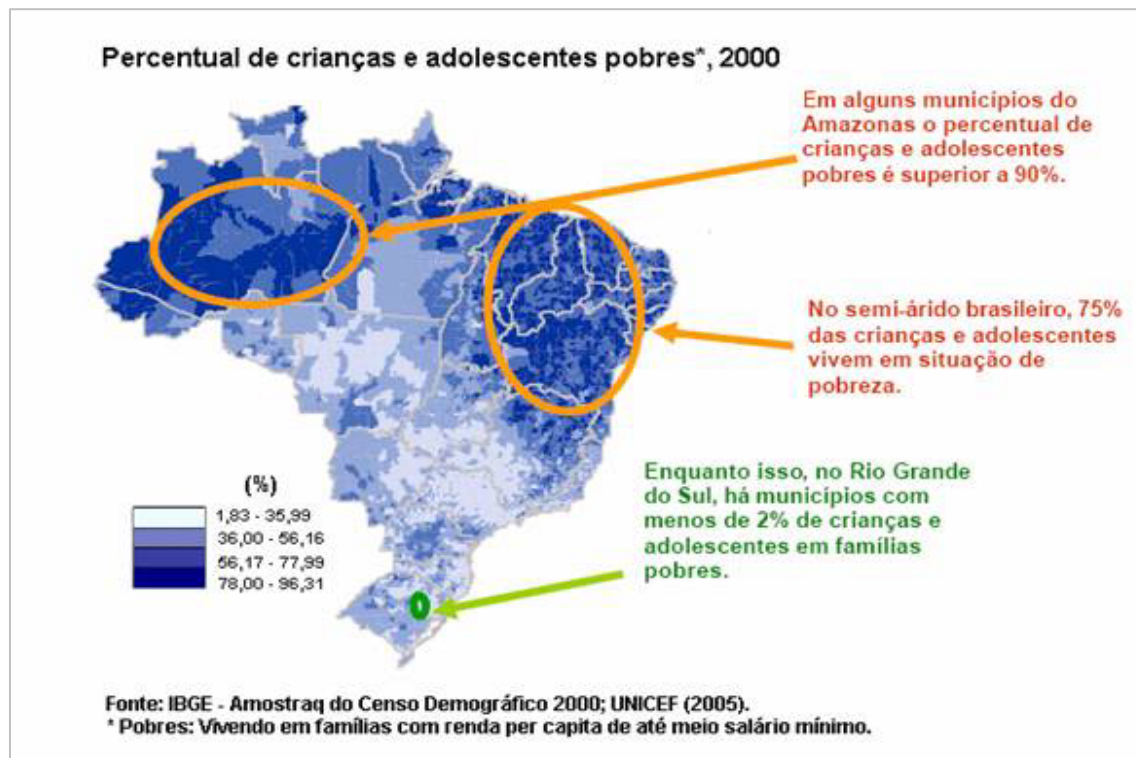


Figura 14: Mapa da distribuição de crianças e adolescentes pobres – 2000

Na figura 14 pode-se observar a grande diversidade regional no Brasil considerando o percentual de crianças pobres. Na tabela, mostrada anteriormente o índice Gini, que indica a desigualdade social (e quanto mais próximo de zero, melhor), mostra que os Estados e as cidades consideradas para análise e elaboração das figuras, enfrentam problemas de desigualdade social. São Caetano do Sul, a cidade de melhor IDH em 2000 é a que apresenta o melhor índice Gini (0,502). No Estado da Paraíba, que possui a pior porcentagem de PCD entre todos os Estados da nação, a desigualdade social piorou em relação a 1990 quando o valor era de 0,63: em 2000 passou para 0,65. Na cidade de São Gonçalo do Piauí, em relação a 1991 a desigualdade também piorou: o índice Gini passou de 0,46 para 0,53 em 2000.

A figura 15 mostra que nos Estados e cidades com os piores índices de pessoas com deficiência, também há a concentração do universo das crianças que vivem em domicílio com renda per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, posição ano 2000. Como exemplo, temos a cidade de São Gonçalo do Piauí com 33,4 % de pessoas com deficiência - conforme IBGE (2000) - e que registra a preocupante taxa de 70,18% de crianças vivendo em domicílios com renda per capita menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

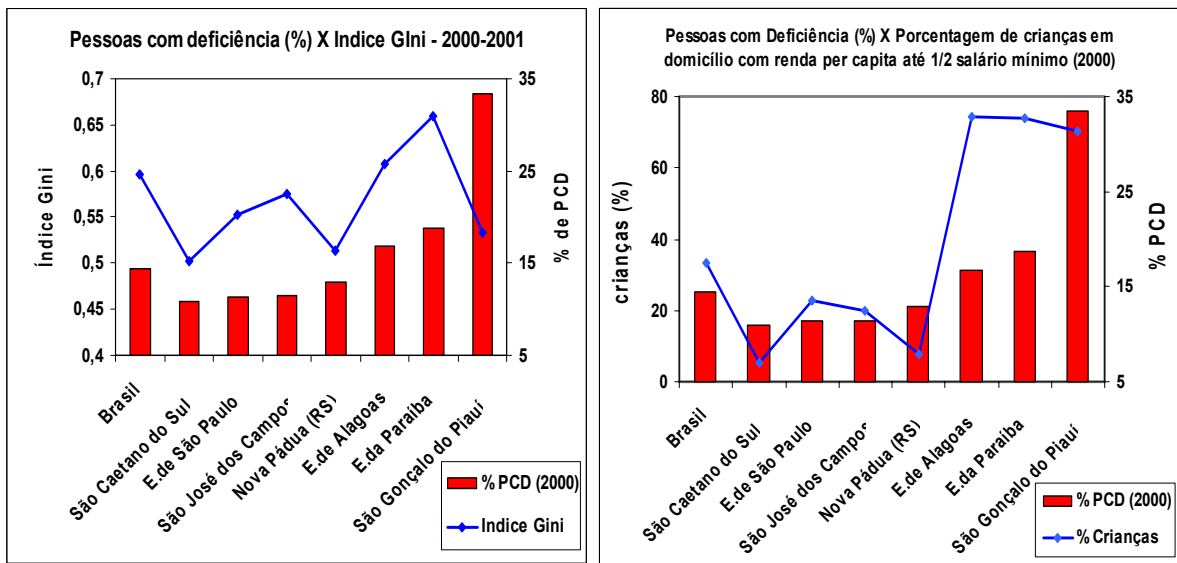
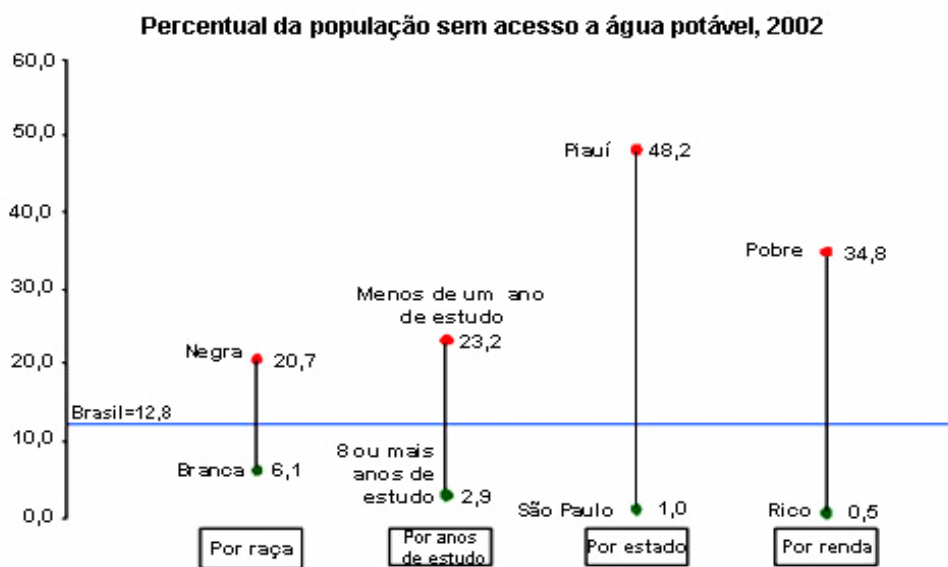


Figura 15: Prevalência de PCD e a desigualdade social – Brasil
 Fonte: IPEA (2006) e IBGE-Censo Democrático 2000

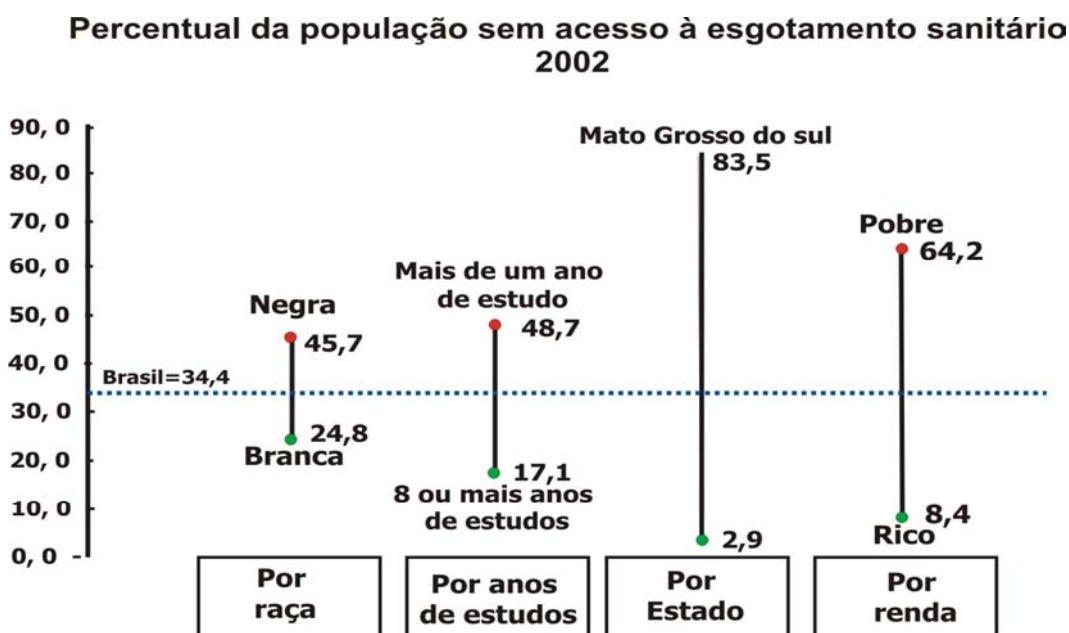
Quando analisadas as informações de 2002 mostradas na figura 16, observa-se uma correlação entre a falta de acesso à água e o estado de residência, renda, escolaridade e raça/etnia das pessoas com incidência de pessoas com deficiência. No Brasil há uma grande defasagem entre pessoas que moram em diferentes Estados: a população do Piauí tem 48,2 vezes mais risco de não ter acesso à água potável que a população de São Paulo. A falta de acesso à água potável atinge 48% da população daquele Estado.



Fonte: IBGE-PNAD 2002; UNICEF(2005)
 Nota: Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima,Pará e Amapá.

Figura 16: Índices da população sem água potável – Brasil (2002)

Vale lembrar que o Estado do Piauí apresenta uma taxa de 33,4% de pessoas com deficiência enquanto a de São Paulo é de 11,4%, ou seja, 3 vezes menor. A figura cima também mostra que entre pessoas de diferentes raças e etnias, a injustiça, ainda que menor, também existe e deve ser considerada, visto que negros e indígenas têm mais do que três vezes mais possibilidades de não ter acesso à água potável, se comparados com as pessoas de cor branca. Os percentuais de negros e indígenas sem acesso à água são de 20,7% e 20,4%, respectivamente.



Fonte: UNICEF (2005)

Nota: Exclusivo a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

Figura 17: Índices da população sem saneamento básico – Brasil (2002)

O retrato do problema da água potável, enfrentado pela população brasileira, se repete com relação ao saneamento básico (figura 17).

Dentre os fatores de risco, o que muito contribui para transformar em PCD uma pessoa sem deficiência, são os acidentes de trabalho. Clemente (2004) registra as informações do Anuário de Estatística do Trabalho da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – 2002, de taxa de mortes por acidentes do trabalho para 10000 acidentes, como mostra a figura 18.

A situação brasileira é grave, ao compararmos com países vizinhos ou distantes, como mostra a figura 18. A taxa de mortes por cada 10 mil acidentes é de

104,6, enquanto na Argentina é de 23,9 e a Alemanha de 7,6. Conforme Clemente (2004), no Brasil a cada registro de PCD ingressando no mercado, outras 3,6 tornam-se portadoras de deficiência em decorrência de acidente de trabalho.

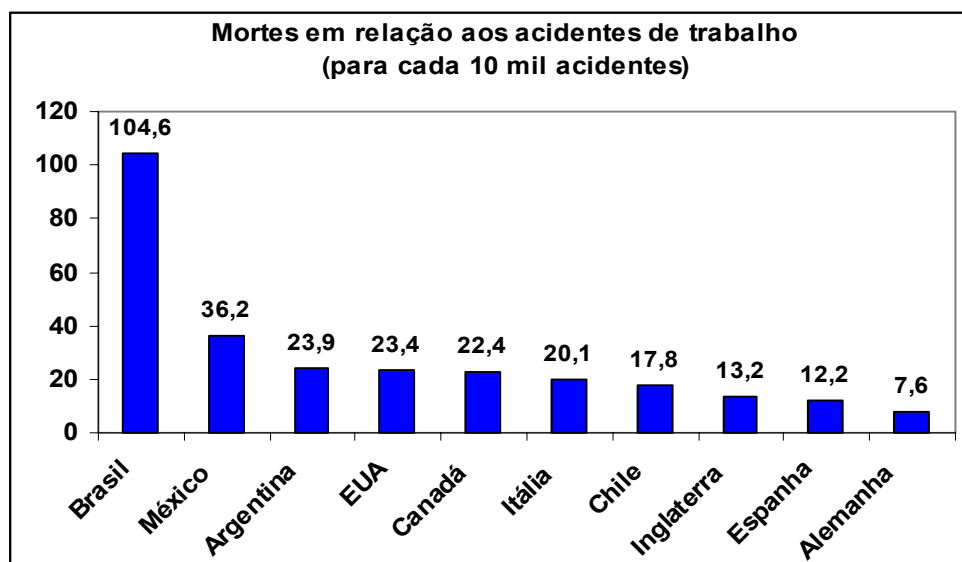


Figura 18: Taxa de mortes em relação aos acidentes do trabalho - 2002
Fonte: Clemente (2004)

Outro agente gerador de pessoas com deficiência física são os acidentes por causas externas como: acidente de trânsito, arma de fogo, acidentes de mergulho, e outros. De acordo com o DENATRAN (2002), utilizando dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) de 2002, em relação ao número de acidentes de trânsito, no Brasil o índice é 4 vezes pior do que o mais alto medido em alguns países como mostra a tabela abaixo:

Tabela 11: Número de acidentes de trânsito

País	Ano	Acidentes por 10000 mil veículos
Brasil	2001	6,3
Canadá	2001	1,50
Austrália	2000	1,39
Grã Bretanha	2001	1,20
Japão	1998	1,10

Fonte: DENATRAN (2002)

A Rede de Hospitais Sarah, que cuida especialmente de pessoas lesionadas e sua reabilitação, coordenou através de seu Centro de Pesquisa em Educação e Prevenção contra acidentes, uma pesquisa entre os dias 1º de fevereiro de 1999 a 31 de janeiro de 2000, em dois de seus principais hospitais, Brasília e Salvador, computando um total de 1578 internações por causa externa, sendo as principais: os acidentes de trânsito (38,6%), por arma de fogo (16,9%) e queda (17,1%). Foram avaliados as conseqüências nos acidentados no trânsito, como registra a figura abaixo:

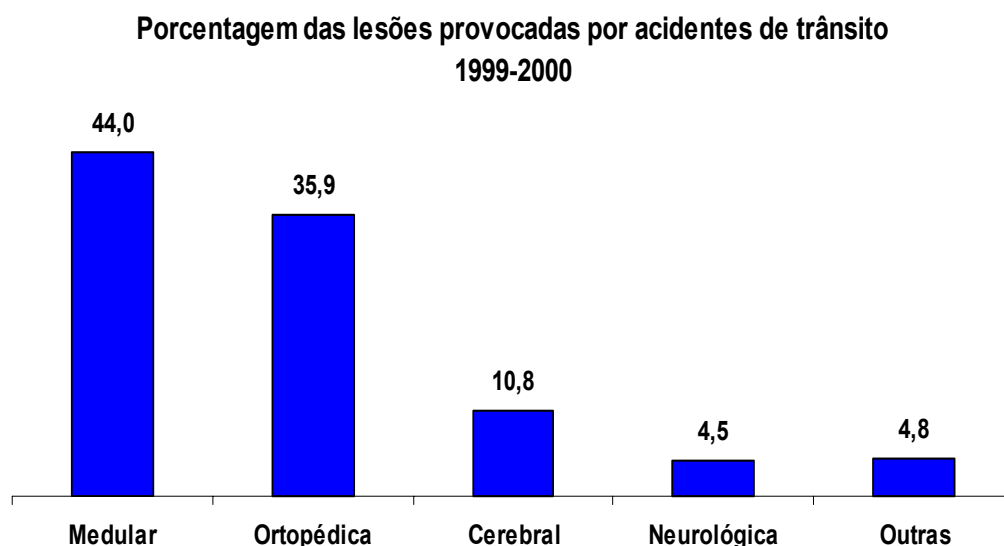


Figura 19: Porcentagem por tipo de lesão – Acidentes de Trânsito (1999-2000)
Fonte: Sarah (2002)

A figura acima ressalta que mais de 59% dos acidentados sobreviventes acabam adquirindo lesões que levam a deficiência física graves. Esse quadro mostra que os acidentes de trânsito têm sido um grande gerador de pessoas com deficiência, principalmente as físicas. Os números preocupantes poderiam ser reduzidos, se houvesse menos foco ao culto do automóvel em detrimento do transporte coletivo ou de ciclovias, maior fiscalização e melhoria das estradas.

Na mesma linha de preocupação da Rede Sarah, com educação e prevenção para se evitar o aumento do número de pessoas lesionadas e futuras pessoas com

deficiência, Fontes (2002) trata dos problemas responsáveis pelos danos e lesões a futuros seres humanos e destaca a importância da medicina preventiva pública, com a avaliação sistemática dos futuros pais antes do casamento, inclusive com consulta médica durante a gestação e cuidados com o recém-nascido, entre outros; isto para se evitar nascimento prematuro de crianças com baixo peso ao nascer e maior número de anomalias congênitas, inclusive cerebrais, ou seja, fatores geradores de pessoas com deficiência. Outro fator que Fontes (2002) refere são as causas pré-concepcionais e o cuidado com as futuras mães que podem durante a gestação se envolver em algum tipo de situação ou adquirir doenças capazes de, posteriormente determinar anomalias ou lesões, responsáveis por deficiências.

É tão importante o conhecimento da vida regressa dos pretensos pais do porvir, que a própria desnutrição de uma menina de menos de um ano de idade pode constituir um fator de risco para seus futuros filhos, que nascerão muitos anos depois, predispostos por isso ao baixo peso, fator reconhecido de elevado risco para todos os tipos de deficiência. Quando alimentamos bem a presente geração estamos, positivamente, evitando deficiências futuras em proles posteriores (FONTES, 2002).

Tabela 12: Porcentagem de crianças com baixo peso

Países	Porcentagem de pessoas com deficiência	Bebês com baixo peso* (1998-2004) ** (%)	% de crianças menores de 5 anos sofrendo de baixo peso: moderado e grave*** (1996-2004)**
Brasil	14,5	10,0	6,0
Dinamarca	7,7	5,0	0,0
Itália	5,4	6,0	0,0
Angola	20***	12,0	31,0
Serra Leoa (África)	20***	23,0	27,0

Fonte: UNICEF (2006) – Situação Mundial da Criança.

* - Baixo peso: Bebês que nascem com menos de 2,5 quilos.

** - Indica dados referentes ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado

*** - Moderado ou grave: Inferior a menos dois desvios padrões do peso mediano para a idade da população referência (menor de 5 anos de idade)

No Brasil, a porcentagem de bebês com baixo peso ao nascer, conforme o UNICEF (2006a), é de 10% e a porcentagem de crianças com menos de 5 anos sofrendo de baixo peso moderado ou grave é de 6%. Como exemplo de países de primeiro mundo, Dinamarca e Itália têm, respectivamente, 5,0 e 6,0% de bebês que nascem com baixo peso, mas, quando se refere às crianças menores de 5 anos que

sofrem de baixo peso moderado e grave, a porcentagem é praticamente nula; enquanto isso para os países africanos as porcentagens são alarmantes e graves, ou seja, acima de 27% para crianças com menos de 5 anos, como mostra a tabela 12.

Outro fator que atua como agente gerador de PCD é a influência cultural, historicamente pertencente a uma comunidade, como o caso da cidade de São Gonçalo do Piauí no Estado do Piauí, que apresenta um índice de 33% de pessoas com deficiência por haver casamentos entre parentes próximos e também devido à utilização sem os devidos cuidados, de agrotóxicos na agricultura.

Essa situação poderia ser minimizada através de informação e comunicação correta levada para toda a população, principalmente a pobre, para esclarecimento sobre cuidados a serem considerados pelos pais, principalmente as mães, antes de projetarem a geração de seus filhos, ou seja, através de uma medicina pública preventiva eficaz. Quanto ao uso do agrotóxico, por ser uma região voltada para a agricultura, apresentar alternativas para substituí-lo e em último caso, orientar a comunidade sobre seus perigos e o correto manuseio. Vale registrar que o ideal é suspender a utilização desses produtos químicos pois, além de afetarem a saúde dos que fazem seu manuseio, contaminam os produtos agrícolas e os mananciais hidrográficos da região, que se tornam agentes para prejudicar a saúde de toda a população.

Fontes (2002) afirma que uma contribuição muito importante para a redução de futuros casos de pessoas com deficiência, é a educação da população quanto à saúde e diz: “[...] qualquer esforço direcionado a prevenção das deficiências passa obrigatoriamente por um programa bem estruturado de educação para saúde”. Como exemplo cita que:

[...] um filho todo ano, espaçamentos pequenos entre gestações, é causa de nascimentos prematuros e de bebês de baixo peso, de elevadíssimo risco neurológico, causa de inúmeras deficiências. [...] O vício do álcool durante a gestação pode causar defeitos físicos e cerebrais no bebê (FONTES, 2002).

A solução dos vários problemas urbanos e de saúde preventiva, bem como a redução da grande desigualdade social existente no país, têm desafiado a sociedade e o Estado, pois escassos são os recursos financeiros disponíveis para investimento interno, já que o país carrega uma dívida externa que tem uma grande carga financeira a ser saldada. A seguir traçaremos algumas palavras sobre a

origem dessa dívida, que desvia, para o exterior recursos, que deveriam ser aplicados na infra-estrutura básica de saneamento, na saúde e na educação o que, além de reduzir a desigualdade social e melhorar a qualidade de vida do brasileiro, também diminuiria a possibilidade de se ter mais pessoas com deficiência.

3.2.1 A acumulação entravada e os escassos recursos para infra-estrutura

Pelo fato de o Brasil direcionar grande parte de seu orçamento para pagamento dos juros da alta dívida externa, que existe desde a sua Independência, os recursos financeiros (necessários para investimentos em infra-estrutura básica como de água tratada, saúde pública, educação, alimentação, moradia, e renda mínima) são aplicados em pagamentos a credores internacionais, em vez de serem utilizados internamente para garantir uma vida mais digna para o brasileiro, reduzir as desigualdades sociais e o número de pessoas com deficiências, desde a sua geração.

Para se entender a dificuldade do país, de gerir seus escassos recursos, herança desde o Brasil-Côlônia, que agravou-se no pós- independência, é necessário voltar ao passado. Viotti (1977) registra que “o Brasil colonial foi organizado como uma empresa comercial resultante de uma aliança entre a burguesia mercantil, a Coroa e a nobreza”. As cidades mais importantes se localizavam na costa brasileira e distantes uma das outras. Não havia um mercado consumidor interno e a produção colonial era constituída e organizada em função do excedente a ser levado à Metrópole. Essa produção, expatriação do excedente, era enviada para Portugal como parte da sua exploração do Brasil. A mão de obra era de escravos e a produção era cada vez mais voltada à monocultura do café.

De acordo com Deák (1999), o processo de produção e reprodução local, do Brasil Colônia, era antagônico à extração (saque) de excedentes por parte de Portugal (Metrópole), cujo desenvolvimento dependia de utilizar o excedente por ele produzido na ampliação de sua própria reprodução. Após três séculos de formação colonial, o sistema é abalado e começa a entrar em crise. Nos dizeres de Prado Junior (2000) a estrutura básica do país colonial, produzia para exportar e se organizava, não para atender às necessidades próprias, mas para servir a interesses de Portugal. É nesta base de contradições geradas por esse sistema que vai resultar a transformação do regime existente, em todos seus aspectos, de colônia para

nação.

A nova Nação que surgia, pós-independência, repetia o processo de reprodução social em curso até aquele momento. Deák (1999) diz que “a liderança do movimento da Independência, pelas categorias dominantes, ligadas à terra, aos negócios e altos cargos, garantiam a sobrevivência da estrutura colonial de produção”. No Brasil colonial o que se vê é uma produção, com seus excedentes sendo levados à metrópole como extração ou saque.

Para a consolidação de sua independência, a sociedade colonial oligárquica dominante no país, em vez de romper definitivamente com a Metrópole dominadora, como aconteceu com a Independência dos Estados Unidos, optou por vender o reconhecimento de sua independência de Portugal, via Inglaterra, conforme Viotti(1968, apud DEÁK,1999), pela quantia de 2,5 milhões de libras esterlinas, correspondente a um empréstimo feito pelo Governo português em Londres.

Nascia um novo Estado com uma dívida externa, que Deák (1999) diz ser equivalente a 20% do custo total das guerras napoleônicas com a Inglaterra, ou seja, cinco dos vinte anos de guerra. Comparando o volume do valor pago pela independência, acrescenta que:

[...] foi equivalente a dois terços de toda a renda proveniente anualmente do exterior para o mesmo país, na mesma época [...] ou tendo a estrada de ferro como referencial, cuja locomotiva era tecnologia de ponta para a época, os investimentos feitos na Inglaterra, entre 1800 e 1825, onde se construiu 350 milhas de rede no valor de 1,5 milhões de libras, ou seja a dívida assumida pagava com folga este investimento (DEÁK, 1999).

A opção adotada da dívida levou a nação ao que Deák (1999) chama de “**acumulação entravada**”, ou seja, os excedentes da produção, na sua maior parte, passam a ser expatriadas para pagar os juros da dívida, em vez de ser aplicados internamente em investimentos de infra-estrutura para melhorar a produtividade e na reprodução social do trabalho, em saúde, moradia, educação e outros.

Villaça (1986), ao tratar da espoliação urbana, cita que:

[...] em 1872 o Rio de Janeiro tinha 46,5% de suas habitações ligadas à rede de esgotos, em 1890 os prédios ligados à rede eram 60% do local; em 1976, essa porcentagem era de 55,2% do total de domicílios e em 1983 era de 50%. Em um século houve uma pequena queda no nível de atendimento da população.

Por outro lado, comenta que não houve nem estagnação, nem pequena queda, mas um enorme retrocesso.

O progresso tecnológico ocorrido nesse período foi gigantesco e o aumento da produção do trabalho foi enorme. O padrão de vida das classes média e alta elevou-se muito, pois incorporou os avanços desse progresso material, enquanto que o padrão de vida dos trabalhadores, representados aqui pela metade não atendida por esgotos, permaneceu estagnado ao nível do século passado [século XIX]. (VILLAÇA, 1986).

As afirmações de Villaça são mais um exemplo para reforçar que a crise sócio-urbana é histórica e estrutural; vale ressaltar que no processo de acumulação entravada, uma parte substancial do excedente é continuamente retirada e enviada além fronteiras, ficando somente uma pequena parte para aplicação em investimentos internos. Emília Viotti, ao tratar da dívida externa brasileira do pós-independência, conclui dizendo que: “independente de Portugal, o país passou à tutela britânica” (VIOTTI apud DEÁK,1999). A acumulação entravada continua presente até os dias atuais, onde grande parte do excedente da produção continua sendo reservado para o pagamento do serviço da dívida externa, principalmente, com os Estados Unidos da América.

Diante deste quadro que se arrasta por alguns séculos, a implementação de políticas públicas sociais e de saúde pelos entes da Federação Brasileira: União, Estados e Municípios, adicionada a uma ação de planejamento urbano, torna-se necessária e de grande importância para que os escassos recursos sejam direcionados de forma a solucionar os problemas de infra-estrutura e ter cidades brasileiras mais justas, democráticas e inclusivas, além de contribuir para a redução dos índices de pessoas com deficiência.

Tabela 13: Índices socioeconômicos da Região do Vale do Paraíba (SP) - 2000

Município	População total, 2000	Índice PCD 2000 (%)	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000	Mortalidade até um ano de idade, 2000	Mortalidade até cinco anos de idade, 2000	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, 2000	Percentual de pessoas de 25 anos ou mais analfabetas, 2000	Índice de Gini, 2000	Percentual crianças em domicílios com renda per capita menor que R\$75,50, 2000	Percentual da renda apropriada pelos 20% mais ricos da população, 2000
Monteiro Lobato	3615	5,29	0,775	13,78	15,77	96,65	18,26	0,59	42,82	67,11
Ilhabela	20836	8,11	0,781	16,95	19,39	95,62	11,54	0,57	25,60	61,58
Jambeiro	3992	9,99	0,779	15,31	17,52	96,62	14,19	0,56	34,19	58,37
Silveiras	5378	10,45	0,721	28,54	32,6	91,89	17,54	0,59	56,55	63,11
Lavrinhas	6008	11,13	0,768	14,38	16,46	97,87	10,09	0,51	42,97	56,47
São José dos Campos	539313	11,45	0,849	11,26	12,89	97,95	5,66	0,58	19,70	61,59
Tremembé	34823	11,5	0,834	10,35	11,86	95,53	7,01	0,55	27,11	58,81
Guaratinguetá	104219	11,65	0,818	16,97	19,42	98,54	5,01	0,58	23,46	62,48
Taubaté	244165	12,08	0,837	13,16	15,06	99	5,7	0,57	20,14	61,44
Campos do Jordão	44252	12,15	0,82	8,52	9,77	98,24	9,42	0,55	18,12	60,12
Jacareí	191291	12,2	0,809	16,67	19,07	98,45	7,23	0,53	21,41	56,95
Queluz	9112	12,43	0,766	16,97	19,42	98,53	10,7	0,59	49,30	65,46
Caçapava	76130	12,5	0,834	9,74	11,16	93,94	7,59	0,53	22,68	57,37
Guararema	21904	12,5	0,798	13,56	15,53	95,63	15,45	0,61	31,20	65,77
São Bento do Sapucaí	10355	12,52	0,776	13,78	15,77	96,13	13,22	0,54	40,89	59,48
Lorena	77990	12,55	0,807	16,97	19,42	98,06	6,68	0,55	30,87	59,22
Pindamonhangaba	126026	12,59	0,815	13,99	16,02	98,22	6,42	0,56	30,90	60,27
Lagoinha	4957	12,6	0,752	14,99	17,16	94,62	18,03	0,52	55,82	55,15
Canas	3614	12,81	0,753	16,97	19,42	93,11	10,39	0,48	42,23	46,55

Aparecida	34904	13,03	0,804	14,38	16,46	98,24	7,61	0,55	25,49	59,92
Paraibuna	17009	13,11	0,771	15,31	17,52	92,55	16,29	0,56	37,93	60,63
Igaratá	8292	13,15	0,764	15,42	17,65	94,22	16,41	0,51	34,63	57,27
Cunha	23090	13,47	0,733	14,99	17,16	84,48	17,01	0,55	64,83	58,68
Santa Branca	13010	13,86	0,796	12,84	14,7	96,84	10,68	0,52	28,67	56,63
Piquete	15200	14,03	0,801	14,38	16,46	98,32	9,06	0,51	29,12	55,24
Natividade da Serra	6952	14,1	0,733	14,12	16,16	92,36	26,13	0,54	56,87	58,02
Arapeí	2618	14,27	0,716	28,54	32,6	96,11	17,99	0,54	60,93	50,91
Ubatuba	66861	14,31	0,795	14,46	16,55	97,33	10,49	0,59	29,16	63,35
Bananal	9713	14,57	0,758	24,66	28,19	95,91	13,34	0,59	44,36	64,75
Cachoeira Paulista	27205	14,65	0,794	14,38	16,46	97,25	8	0,55	35,58	59,57
São José do Barreiro	4143	14,77	0,727	28,54	32,6	88,7	18,17	0,62	56,27	71,12
Cruzeiro	73492	15,09	0,809	14,81	16,95	98,59	5,86	0,56	26,45	60,94
Santo Antônio do Pinhal	6328	15,26	0,796	9,46	10,84	94,9	13,97	0,57	33,68	62,84
Roseira	8577	15,35	0,777	14,38	16,46	96,72	9,33	0,51	33,40	55,98
Caraguatatuba	78921	16	0,802	14,46	16,55	97,94	9,31	0,56	26,18	60,34
São Sebastião	58038	16,12	0,798	16,95	19,39	92,9	10,19	0,56	21,74	60,27
Potim	13605	18,33	0,758	16,97	19,42	94,21	8,62	0,48	36,74	51,9
São Luís do Paraitinga	10429	18,69	0,754	14,99	17,16	92,9	19,77	0,54	43,95	59,28
Areias	3600	19,73	0,723	28,54	32,6	89,68	16,57	0,61	60,52	67,69
Redenção da Serra	4047	22,07	0,736	14,99	17,16	83,61	18,77	0,53	54,43	56,8

Fonte: Atlas Desenvolvimento Humano (2003)

3.3 Caracterização das pessoas com deficiência no Vale do Paraíba

Em 2000, no Vale do Paraíba, região do Estado de São Paulo, onde se localiza o município de São José dos Campos, cidade objeto deste estudo, 13 cidades apresentaram um índice de desenvolvimento humano elevado, ou seja, maior que 0,800, como pode ser visto na figura abaixo. Todas as demais cidades apresentam IDH maior que 0,700, o que significa um médio desenvolvimento humano. O Índice do Brasil em 2000 foi de 0,779 e dentre os municípios da região Vale do Paraíba, o município com o melhor índice foi São José dos Campos, com um valor de 0,849, e o município Arapeí com o pior, 0,716. Alguns dos vários indicadores sócio-econômicos da região do Vale do Paraíba podem ser vistos na tabela 13.

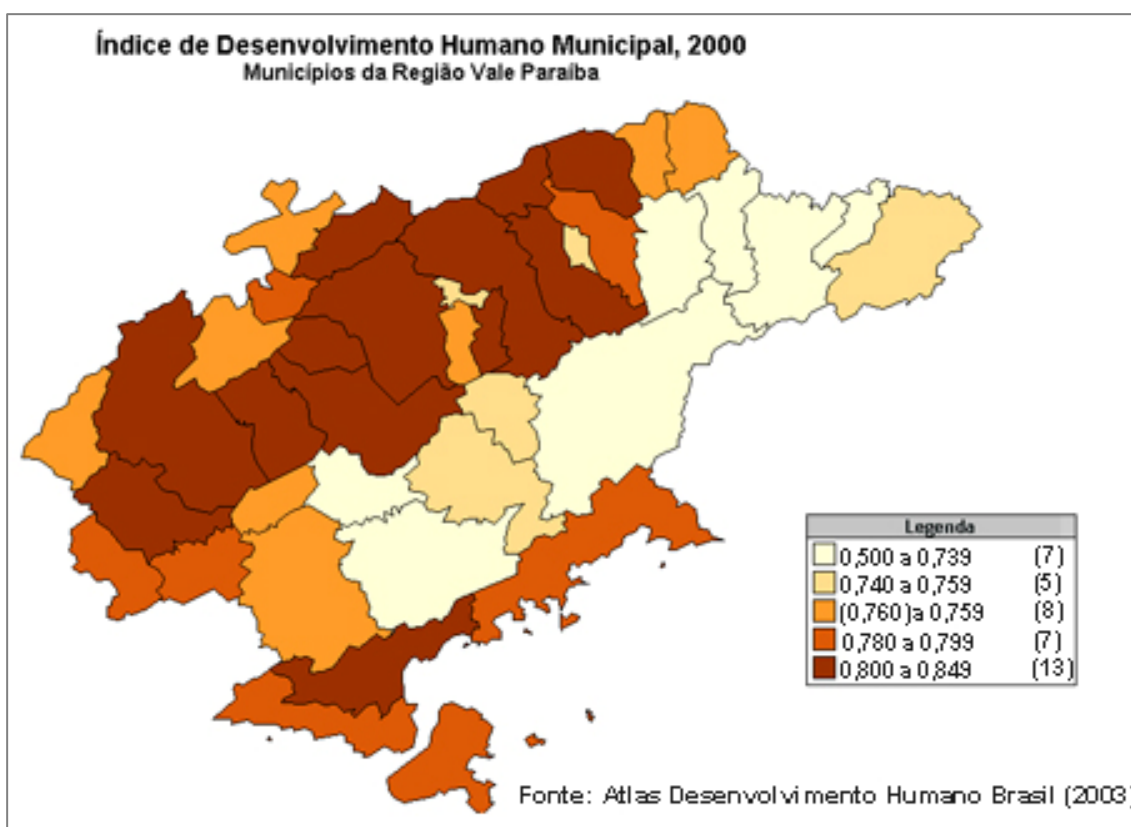


Figura 20: Índice IDH – Vale do Paraíba – São Paulo

Se, por um lado, a região possui somente municípios com índices de desenvolvimento humano de médio para elevado, como mostra a figura 20, também apresenta vários problemas socioeconômicos e com desigualdades sociais. Na região do Vale do Paraíba, o índice Gini¹⁸, que mede a desigualdade social, está

¹⁸ Índice Gini Índice de desigualdade social, quanto mais próximo de zero é melhor. Informação

variando de 0,48 a 0,62 (ver tabela 13), sendo que em 2000, o Índice de Gini do Brasil era de 0,65. Dentre os municípios da região Vale do Paraíba, dois municípios apresentaram os melhores índices com valor de 0,48; por outro lado, São José do Barreiro possui o pior resultado, o de 0,62.

Entre os 40 municípios da região, nenhum apresentou valor para a desigualdade social abaixo de 0,45; 2 cidades (5,0%) tiveram valor entre 0,45 e 0,49; 13 (32,5%) com um valor entre 0,50 e 0,54; 22 (55,0%) entre 0,55 e 0,59; e 3 cidades (7,5%) com os piores valores entre 0,60 e 0,65.

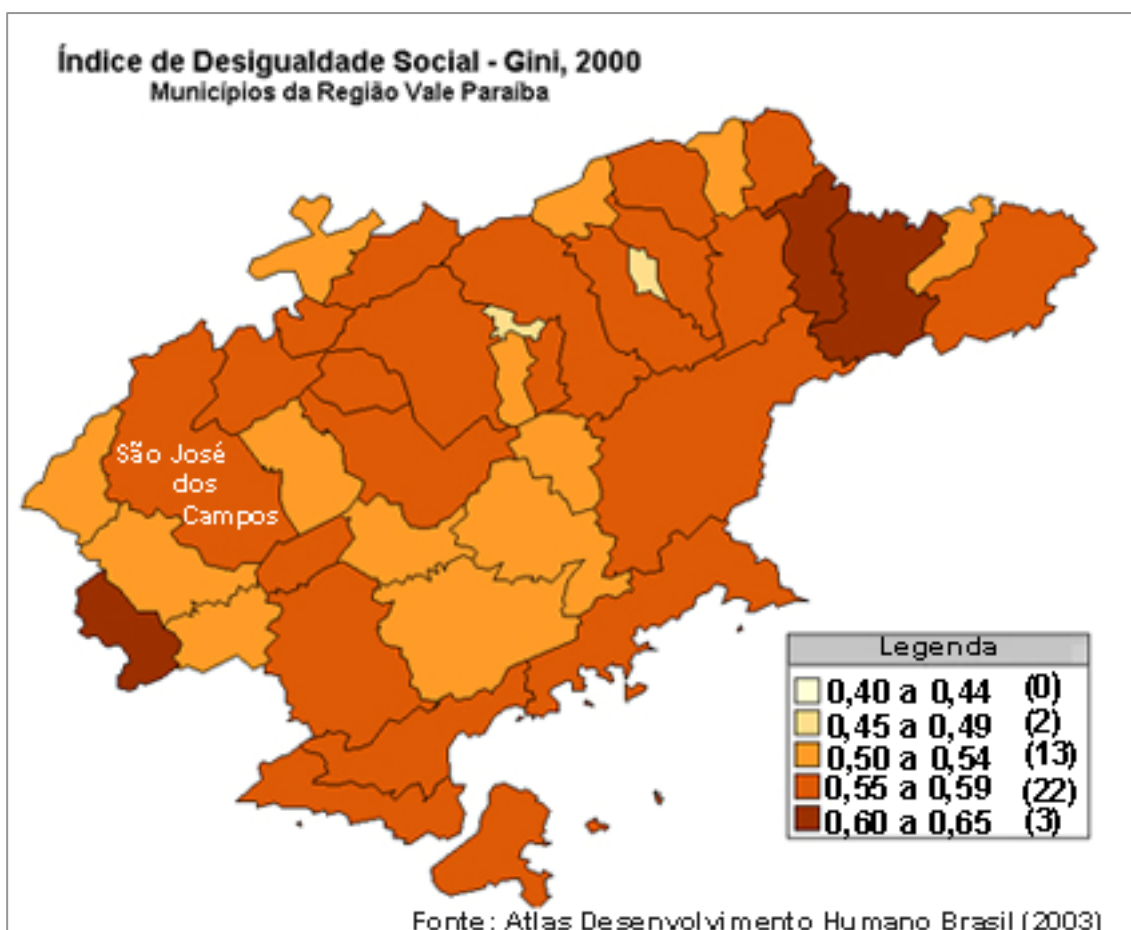


Figura 21: Índice de Desigualdade Social – Vale do Paraíba (SP) – 2000

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (2003), mostrado na figura 22, em 2000 o percentual de pessoas no Brasil, com renda per capita abaixo de ½

salário mínimo, cuja posição em agosto de 2000 (R\$75,50), foi de 32,75%, dentre os municípios da região Vale Paraíba, o município com a melhor posição foi Campos do Jordão, com um percentual de 11,06%. O município com o pior valor foi Cunha com 46,66%. São José dos Campos apresentou um percentual de 12,79% de pessoas com renda menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo. A figura 20 registra o nível de pobreza na região; dos 40 municípios, 8 (20,0%) tinham valor entre 18,12 e 25,49% de pobreza; 8 (20,0%) tinham um valor entre 25,50 e 30,87%; 8 (20,0%) tinham valor entre 30,88 e 36,74%; 8 (20,0%) tinham um valor entre 36,75 e 49,30%; e 8 cidades (20,0%) valor entre 49,31% e 64,83%.

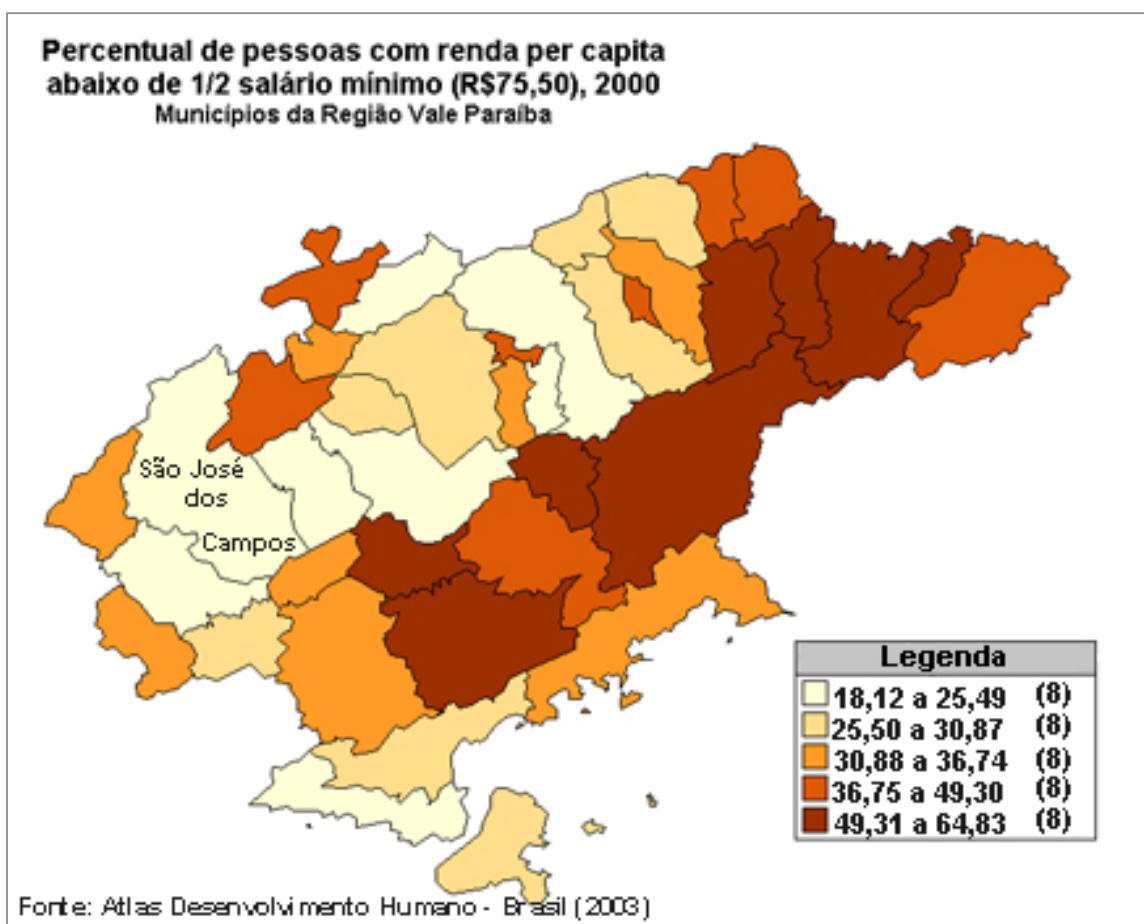


Figura 22: Índice de Pobreza – Vale do Paraíba -2000

A cidade de Campos do Jordão apresenta o melhor percentual de crianças em domicílios com renda per capita menor $\frac{1}{2}$ salário mínimo (2000), de 18,62%. A cidade com o pior índice é Cunha, com o valor de 60,83%.

Na figura 23 encontra-se a quantidade de cidades distribuídas por faixa de porcentagem das pessoas com deficiência para o Vale do Paraíba.

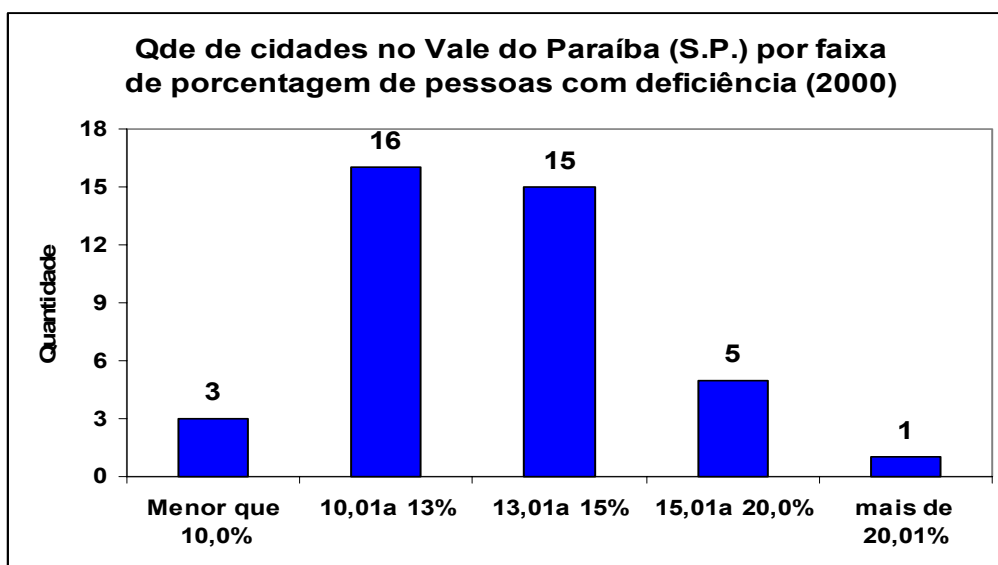


Figura 23: Cidades por faixa percentual de PCD - Vale do Paraíba (SP)-2000
 Fonte: IBGE- Censo Demográfico – 2000

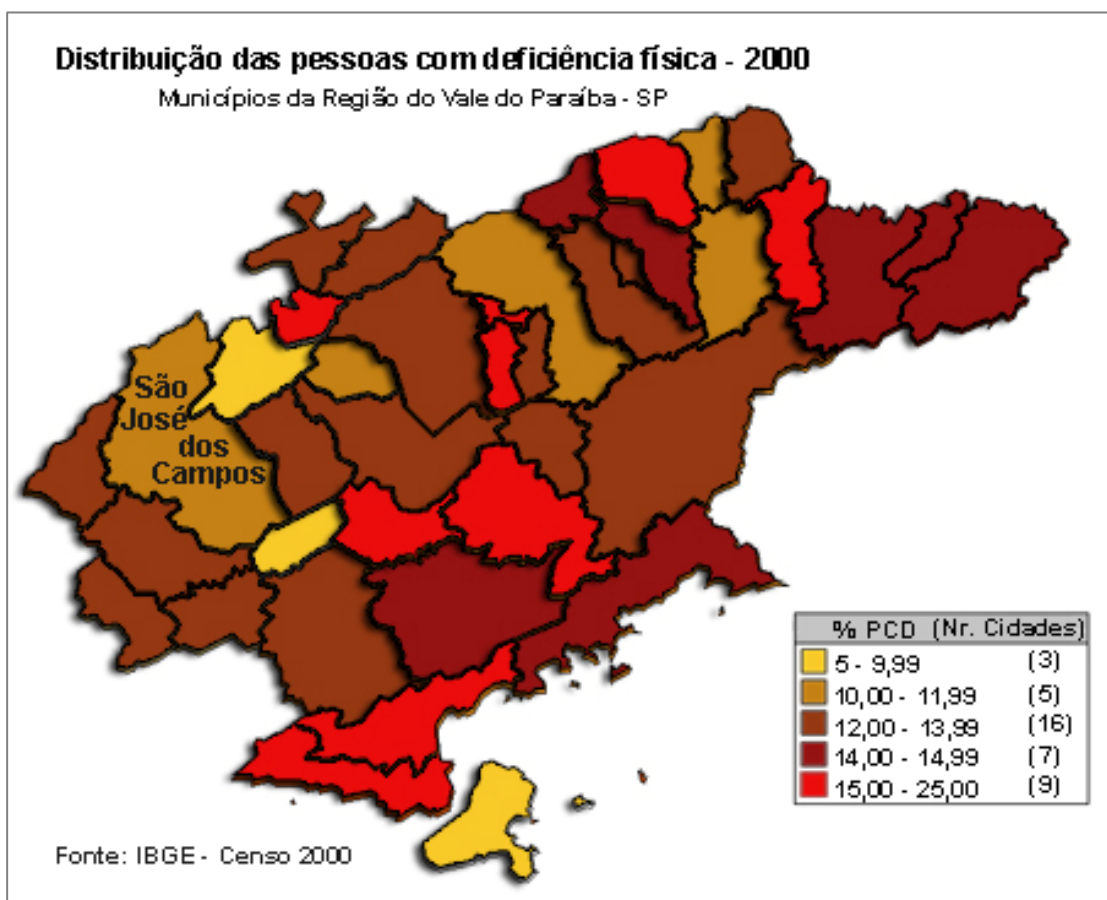


Figura 24: Distribuição das PCDs no Vale do Paraíba – SP

A figura acima mostra a distribuição das pessoas com deficiência física na Região do Vale do Paraíba e revela um quadro preocupante, onde a cidade que apresenta a menor porcentagem de pessoas com deficiência é Monteiro Lobato (5,79%) e a com a maior porcentagem, Redenção da Serra (22,07%), que também apresenta o pior índice de pessoas vivendo em domicílio com água encanada (83,61%), um índice de mortalidade de crianças até 5 anos de 17,16% e um baixo IDI de 0,563.

Através de consulta à tabela 13(p.97), percebe-se que a grande maioria das cidades (26 das 40 cidades) registra alta porcentagem de pessoas com deficiência, ou seja, mais de 13%, e mostra um retrato revelador mais ou menos impactante, principalmente, devido à dimensão da falta de infra-estrutura básica e das políticas públicas voltadas à população de baixa renda, às pessoas com deficiência, e os problemas de saúde pública que se apresentam na região do Vale do Paraíba, em vários países do mundo e também nas regiões brasileiras.

3.4 Caracterização das PCD no Município de São José dos Campos

Ao analisar os índices sócio-econômicos do Município de São José dos Campos observa-se que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano (2003) em 2000 era de 0,813. Isto significa o município estar posicionado entre as cidades consideradas de desenvolvimento elevado e com resultado superior à média brasileira, cujo IDH era de 0,779.

Entre os municípios do Brasil, no mesmo ano de 2000, São José dos Campos apresentava uma situação boa: ocupava a 32ª posição e no Estado de São Paulo a 11ª posição. Na mesma linha, São José dos Campos apresenta um índice de desenvolvimento infantil de 0,819, contra a média brasileira de 0,777.

No município de São José dos Campos, apesar do bom índice de IDH e IDI, a porcentagem de pessoas com deficiência ainda é preocupante (11,5%) e poderia ser menor se houvesse um planejamento urbano com maior foco para reduzir os problemas mais graves de infra-estrutura básica e serviços públicos existentes em algumas regiões administrativas, como a Leste e Norte onde se concentra a maior parte da população mais carente e a maioria dos loteamentos clandestinos. Os

reflexos desses problemas urbanos aparecem no índice de desigualdade social Gini cujo valor é 0,58.

O elevado índice de PCD no Município de São José dos Campos (11,5%) pode ser entendido através de alguns índices sócio-econômicos levantados no Atlas de Desenvolvimento Humano (2003), e mostrado nas figuras nesse capítulo. Verifica-se que apesar do desenvolvimento econômico existente no município, graves problemas sociais têm sido gerados e retratados pelos índices de pobreza e exclusão social como mostrado na figura 25.

Como visto anteriormente, através da análise dos índices IDH, IDI e a porcentagem de PCD, com a existência de infra-estrutura de saneamento básico e água tratada, bem como um melhor foco na educação e programas sociais e saúde, há grande possibilidade da redução da porcentagem de pessoas com deficiência e diminuição da chance de nascerem crianças com problemas de saúde e com grande potencial para se tornarem pessoas com deficiência.

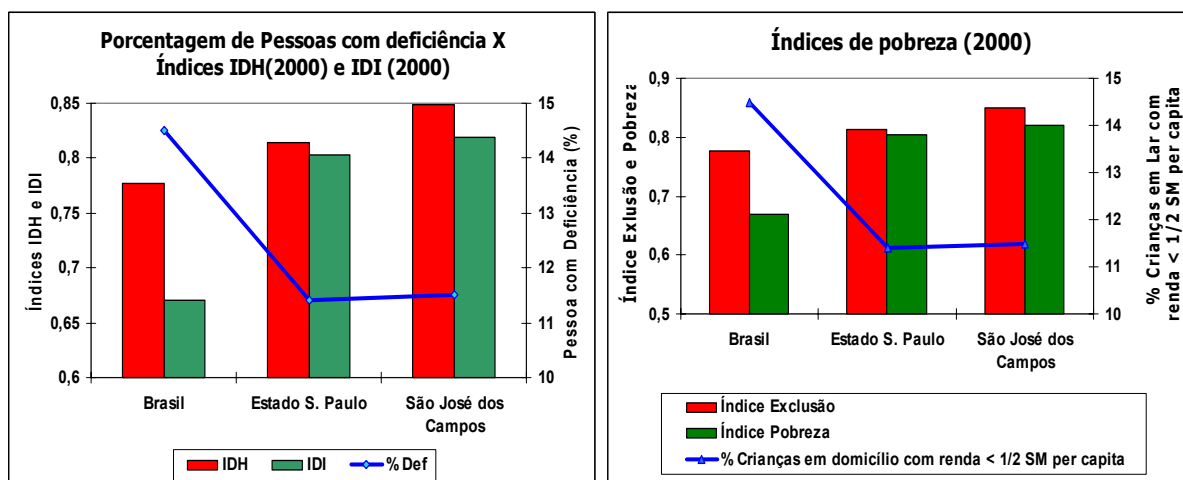


Figura 25: Porcentagem de PCDs e a Pobreza no Brasil
 Fonte: IBGE-Censo 2000; UNICEF (2006a); Atlas de Desenvolvimento Humano (2003)

Na tabela 13 tem-se o Município de São José dos Campos apresentando um índice Gini de 0,575 e uma porcentagem de 19,7% de crianças vivendo em domicílio com ½ salário mínimo per capita; comparando esse índice com a cidade de São Caetano do Sul, que apresentou o melhor IDH no Brasil (0,919) em 2000, encontra-se a porcentagem de 5,46% de crianças nessa triste situação. Isto significa três vezes menor do que o índice de São José dos Campos.

Esses índices somados à situação da infra-estrutura básica de saneamento e

água tratada, com o Município de São José dos Campos apresentando um índice de 84,6% de domicílios com esgoto instalado (figura 26), estando em situação melhor do que a média do país (75,8%) e do Estado de São Paulo (80,1%), mostram que uma grande parte da população continua exposta a problemas de saúde pública o que impacta principalmente as crianças, o que contribui para uma pior taxa de mortalidade infantil, que conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano (2003) registra o valor de 12,89% para com as de idade até 5 anos, além de aumentar a chance do nascimento de crianças com deficiência.

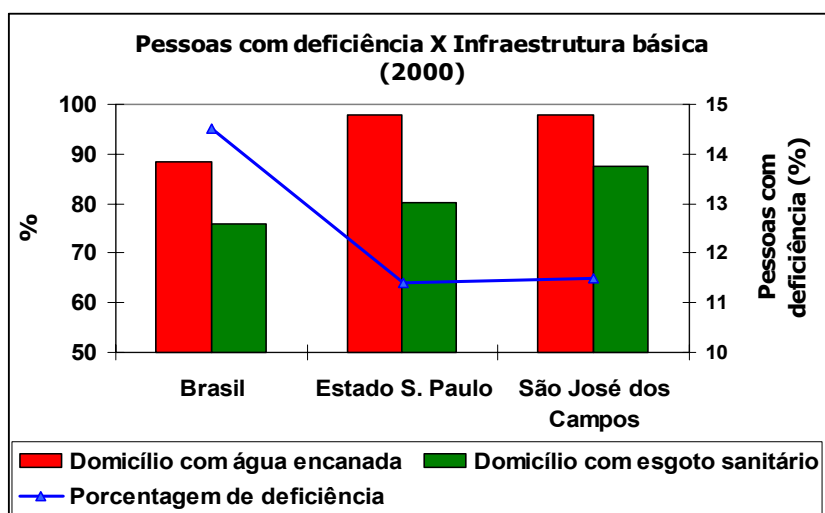


Figura 26: Pessoas com Deficiência e a infra-estrutura básica
 Fonte: IBGE- Censo 2000; Atlas do desenvolvimento Humano (2003); IPEA (2003)

O capítulo a seguir tratará dos retratos panorâmicos da Deficiência no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São José dos Campos, através de dados de pesquisas anteriores e da realizada em campo, e que poderá comprovar que há muito para fazer junto às classes de renda mais baixa, nas quais muitas pessoas com deficiência estão inseridas, e que no seu dia-a-dia não vê priorização nas políticas sociais e de saúde pública para que se lhe abram as portas da cidade para usufruir o que é de seu direito.

Acredita o autor deste trabalho, que o caminho para a redução dos índices de pessoas com deficiência passa pela elaboração de uma melhor política de saúde pública, um planejamento urbano privilegiando em seus projetos uma melhoria na infra-estrutura básica de saneamento, de água tratada e de serviços públicos, entre outros, voltados para onde se concentra, principalmente, a população de baixa renda no município.

CAPÍTULO 4 - RETRATOS DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O grau de mobilização de setores interessados nas questões dos direitos humanos da população com deficiências, a partir dos anos 80 no Brasil, colocou na pauta dos governos a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas voltadas para essa população. A promulgação da Lei Federal nº 7853, de 24 de outubro de 1989, trouxe conforme o CORDE (2005), entre outras garantias legais, a obrigatoriedade de se incluir nas pesquisas censitárias oficiais, questões específicas sobre as pessoas portadoras de deficiência, visto que, o estudo desta população-alvo passou a ser uma condição importante para se implementar medidas específicas e mais adequadas à realidade nacional.

Até a realização do Censo 1991 pelo IBGE, os dados usados no País, para estudos e tomadas de decisão dos governantes com relação a esse segmento da sociedade, eram os estimados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para países subdesenvolvidos, nos quais a porcentagem de pessoas com deficiência no Brasil era de 10%.

Pela primeira vez o tema “pessoa portadora de deficiência” foi objeto de investigação no Brasil, através do Censo 1991, tendo como base os dados levantados pelo IBGE, de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência, SICORDE (2005), a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD fez um estudo que foi denominado de "O PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO BRASIL 1991".

O resultado, segundo o Censo de 1991, apontou para o percentual de 1,14%, com o número de 1,7 milhões de PCD no Brasil, muito aquém dos 10%, até então, estimados pela OMS para países subdesenvolvidos, como o Brasil.

O CORDE e o IBGE procuraram identificar as causas desta discrepância e dispor de alternativas que orientassem a revisão dos procedimentos metodológicos na coleta de dados, visando o próximo Censo Demográfico que seria realizado no ano de 2000, para que o resultado evitasse distorções e retratasse mais a realidade brasileira. Os dados estimados da OMS e de outras pesquisas continuaram sendo

usados até a realização do Censo 2000 pelo IBGE, como mostra a figura abaixo.

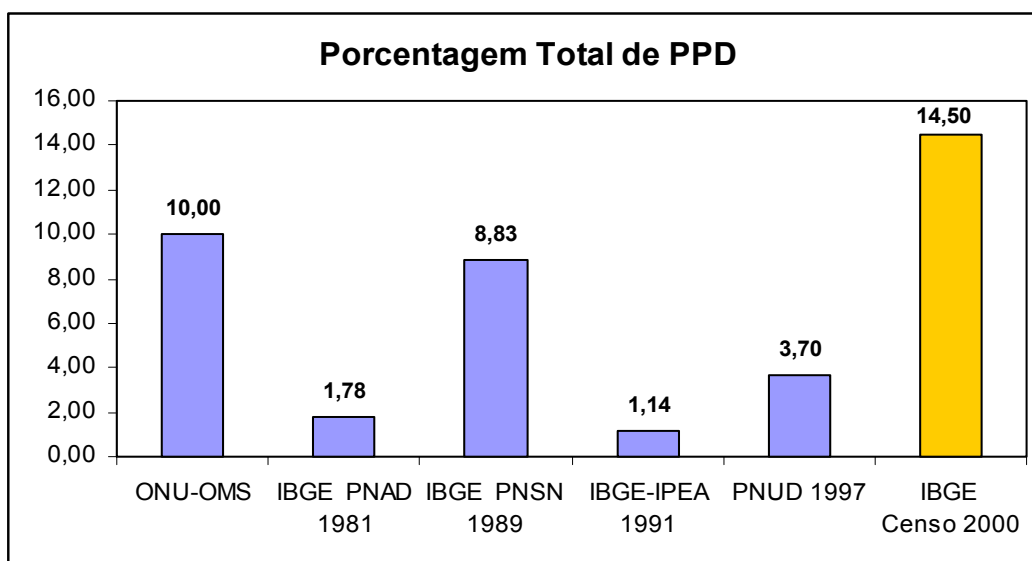


Figura 27: Porcentagem de PPD – Brasil

Fonte: SICORDE (1997) e IBGE – Censo 2000.

ONU-OMS: Organização das Nações Unidas – Organização Mundial da Saúde (Estimativa)

PNAD: Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE em 1981.

PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição realizada pelo IBGE em 1989.

PNUD: Programa das Nações Unidas - Relatório do Desenvolvimento Humano 1997

No tocante ao Censo de 2000 com relação às pessoas com deficiência, os quesitos que fundamentaram o levantamento dos dados privilegiaram o estudo das incapacidades como ponto de partida para a identificação das deficiências e do grau de comprometimento das condições físicas e mentais das pessoas pesquisadas. Os tipos pesquisados de deficiência estão registrados na tabela abaixo:

Tabela 14: Tipos de deficiência investigadas no Censo 2000

Tipo de Deficiência	Desmembramento
Mental Permanente	-
Física	Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente. Falta de membro ou de parte dele.
Motora	Incapaz de caminhar ou subir escada. Grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escada. Alguma dificuldade permanente de caminhar ou escada.
Auditiva	Incapaz de ouvir. Grande dificuldade permanente de ouvir. Alguma dificuldade permanente de ouvir.
Visual	Incapaz de enxergar. Grande dificuldade permanente de enxergar. Alguma dificuldade permanente de enxergar.

Fonte: Censo Demográfico 2000-IBGE.

O resultado mostrou que, para a realidade brasileira, a cada 100 brasileiros, no mínimo 14 apresentam alguma limitação física ou sensorial, o que é um duro e triste retrato social. De acordo com o estudo, existem no Brasil cerca de **24,5 milhões de pessoas** com deficiência física ou mental, ou ainda, as que declararam ter a percepção de possuírem incapacidades.

Esta segunda categoria foi a responsável pela grande diferença registrada, de pessoas com deficiência, nos censos de 1991-1,14% da população do país, sendo que este percentual sobe para **14,5% da população**. Esta porcentagem representa as pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, isto é, com alguma dificuldade de enxergar, de ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física ou mental.

Tabela 15: Destaques sobre as PCDFs no Censo 2000 – Universo Brasil

14,5% da população total - 24,5 milhões de pessoas - apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência . São as pessoas com ao menos alguma dificuldade de enxergar, de ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física ou mental.	Do total de casos declarados de portadores das deficiências investigadas, 8,3% possuíam deficiência mental, 4,1% física, 22,9% motora, 48,1% visual e 16,7% auditiva.
16,6% das deficiências são motivadas por transtornos congênitos e perinatais, isto é, ocorridos antes ou imediatamente após o parto.	Entre os 16,5 milhões de pessoas com deficiência visual, 159.824 são incapazes de enxergar. Já entre os 5,7 milhões de brasileiros com deficiência auditiva, 176.067 são incapazes de ouvir.
21,6% Das pessoas com deficiência, no país, nunca foram à escola.	529 reais É a renda média da pessoa com deficiência no país. 100,00 reais a menos do que a média geral no Brasil
O Brasil possui cerca de 26 milhões de trabalhadores formais ativos , isto é, pessoas que trabalham com carteira registrada. Destes, 537.000 apresentam algum tipo de deficiência: 2,05% da população deficiente.	O investimento do Governo Federal em políticas de amparo ao deficiente vem diminuindo. Em 1997 , ele foi de 30,2 milhões de reais . No ano 2000 , este valor caiu para 15,9 milhões de reais .
A maioria das deficiências, 21% , tem origem em doenças crônico-degenerativas.	Cerca de 18% têm causas externas, como acidentes de trânsito, do trabalho e violência
16,8% ocorrem por falta de assistência à mulher durante a gravidez.	As mulheres são a maioria entre as pessoas com deficiência: 54%
11% resultam de desnutrição e outras causas ligadas às condições de miséria	10% das deficiências são consequência do uso de álcool e de drogas

Fonte: IBGE: Censo 2000 e FGV: Retrato da Deficiência no Brasil (2003)

São Paulo é o Estado com menor número de deficientes, 11,4%. A Paraíba tem o maior número: 18,76% da população têm algum tipo de deficiência. A cidade com maior índice de pessoas com deficiência em relação ao número de habitantes é São Gonçalo do Piauí com 33%, no Estado do Piauí, pois tem o antigo hábito de casamentos entre familiares, que é apontado como uma das causas mais prováveis.

Na tabela 17 encontram-se outros detalhes, números e informações complementares relacionados às pessoas com deficiência. A categoria de posição de ocupação mais expressiva da população brasileira é de inativas, e entre as pessoas **sem deficiência** o índice é de 32%, ao passo que entre as pessoas **com deficiência** é de 52%, de acordo com o Censo 2000.

Criada em 1991, da Lei 8213, também conhecida como Lei das Quotas, estabeleceu a reserva de vagas de empregos para as PCDs (habilitadas) ou acidentados de trabalho beneficiários da Previdência Social (reabilitados). A Lei contemplou empresas com mais de 100 funcionários, conforme tabela abaixo.

Tabela 16: Reserva de Quotas para PCD

Número de funcionários	Percentual de vagas
100 a 200	2%
201 a 500	3%
501 a 1000	4%
1001 ou mais	5%

Fonte: Artigo 93 da Lei 8.213/91

O grande descumprimento à lei é observado nas médias e grandes empresas. As que possuem de 501 a 1000 empregados apresentam uma taxa de empregabilidade de 2,8% a 4% em vez da quota exigida em lei. O descumprimento é mais agravado nas empresas com mais de 1000 funcionários, pois dos 5% dos seus postos de trabalho estabelecido em quota para as PCDs, somente 2,3% são atendidos. Mesmo com uma lei de quota, vigente desde 1999, e importante instrumento para barganhar um local de trabalho com carteira assinada, ela não é cumprida ou é burlada. Afirma Néri et al(2003) ao analisar os dados do Censo 2000:

A adequação aos termos fixados em lei imporia a criação de 518.012 novos postos formais de trabalho para as pessoas com deficiência, praticamente dobrando o contingente hoje observado.

Tabela 17: População residente, por tipo de deficiência, segundo as localidades.

Universo	População Residente								
	Total (1) (2)	Tipo de deficiência							Nenhuma destas deficiências (4)
		Pelo menos uma das deficiências enumeradas	Deficiência mental permanente	Deficiência Física		Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de subir escadas	
Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente	Falta de membro ou parte dele (3)								
BRASIL									
Brasil	169872859	24600255	2844936	937462	478595	16644840	5735099	7939784	143726948
REGIÃO SUDESTE									
Região Sudeste	72430194	9459596	1201606	398155	188371	6031472	2219320	3236865	62262577
ESTADO DE SÃO PAULO									
Estado S. Paulo	37035456	4203632	547314	193401	93476	2638187	984131	1378816	32456536
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS									
S.J.Campos	539313	61771	7372	2703	1052	39680	14853	18084	473646
<p>Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000.</p> <p>(1) As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez. (2) Inclusive as pessoas sem declaração destas deficiências. (3) Falta de perna, braço, mão, dedo polegar. (4) Inclusive a população sem qualquer tipo de deficiência.</p>									

Utilizando os dados da tabela 17 pode-se calcular a porcentagem das pessoas com deficiência, pesquisada no Censo demográfico de 2000 para o universo do Brasil, região Sudeste, Estado de São Paulo e o município de São José dos Campos, como apresentado na tabela abaixo.

Tabela 18: Percentual por tipo de deficiência relacionada à população total - 2000

Tipo Deficiência	Brasil	Região Sudeste	Estado de São Paulo	São José dos Campos
Com pelo menos uma deficiência	14,5	13,1	11,4	11,5
Mental Permanente	1,7	1,7	1,5	1,4
Física	0,8	0,8	0,8	0,7
Visual	9,8	8,3	7,1	7,4
Auditiva	3,4	3,1	2,7	2,8
Motora	4,7	4,5	3,7	3,4
Considerando pessoas com uma e mais deficiências ¹⁹	20,4	18,4	15,8	15,7
Média de deficiência por portador com deficiência	1,41	1,40	1,39	1,37

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000 - Resultado da Amostra

Para o universo do Brasil, o Censo contabilizou a quantidade de pessoas com mais de um tipo das deficiências pesquisadas e incluiu em cada uma das categorias correspondentes, o que resultou em 20,4% em relação à população brasileira, ou seja, em média tem-se 1,4 deficiências por pessoa portadora de deficiência. Esta quantidade média é praticamente a mesma quando considerada a região Sudeste e o Estado de S. Paulo, sendo que a cidade de São José dos Campos apresenta um número levemente menor, ou seja, 1,37 deficiências por pessoa com deficiência.

Na figura 28 verifica-se a distribuição, quanto ao grau de dificuldade de se locomover, dos 4,7% das pessoas com deficiência no Brasil que apresentam a

¹⁹ Nota: Para as pessoas com mais de um tipo de deficiência, as deficiências foram incluídas em cada uma das categorias correspondentes.

motora. A grande maioria concentra-se naqueles que têm alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escada, o que representa 69,7% dos que apresentam dificuldade motora.

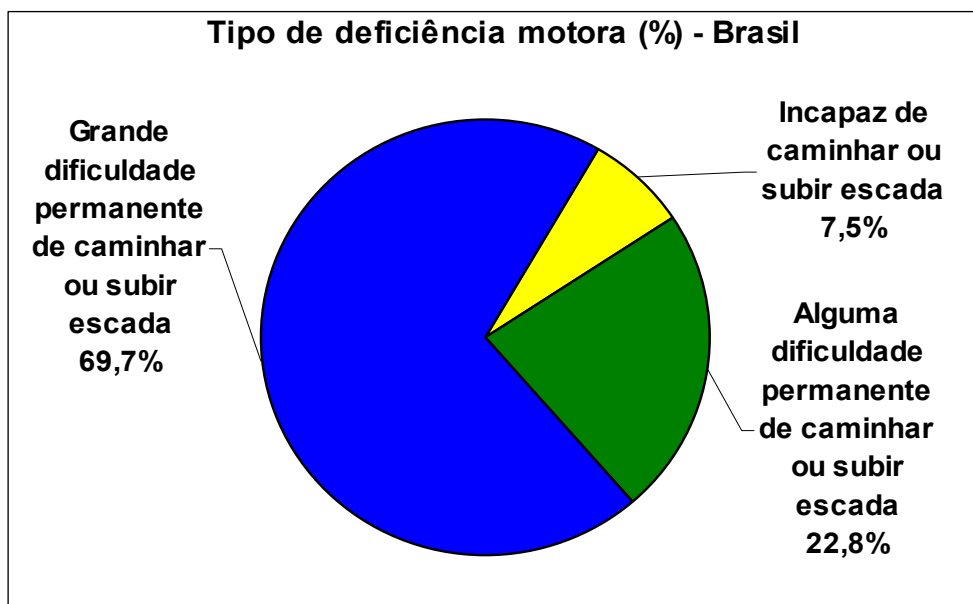


Figura 28: Porcentagem das PCDs - Motora por grau de dificuldade – Brasil
Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

O Sudeste é a região no Brasil que tem a menor proporção de pessoas que declararam serem portadoras de deficiência (13,1%). Por outro lado, a região Nordeste apresenta o maior percentual (16,8%), como pode ser visto na figura abaixo.

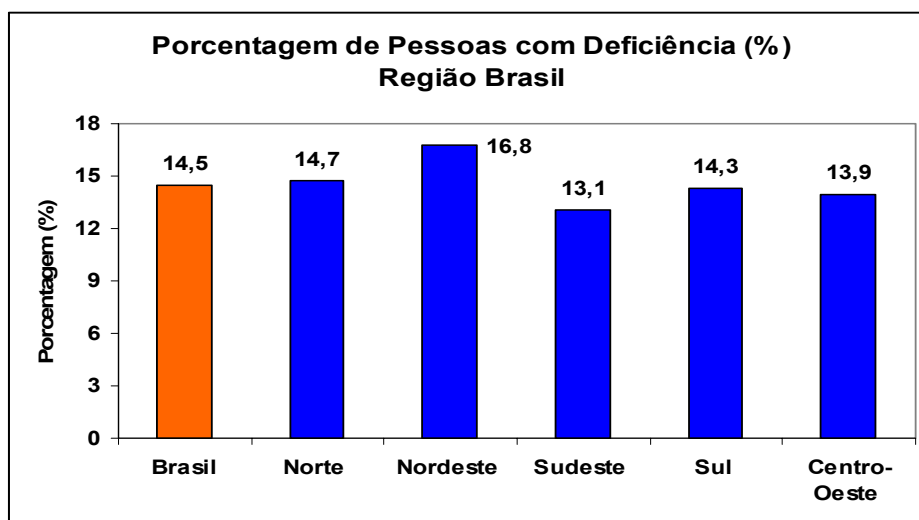


Figura 29:

Porcentagem da população com pelo menos uma das deficiências investigadas - Regiões do Brasil - 2000
Fonte: IBGE (2000a)

Analisando a proporção de pessoas com pelo menos uma deficiência, conforme a faixa etária, nota-se na figura 29 que as crianças de 0 a 14 anos apresentam 8,8% em relação à quantidade total de 24,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil. Esta proporção passa para 62,9% considerando as pessoas em idade ativa, ou seja, de 15 a 59 anos. Para a idade de 60 anos ou registra-se a porcentagem de 29,3% em relação à população total de pessoas com deficiência, ou 4,25% em relação à total brasileira em 2000.

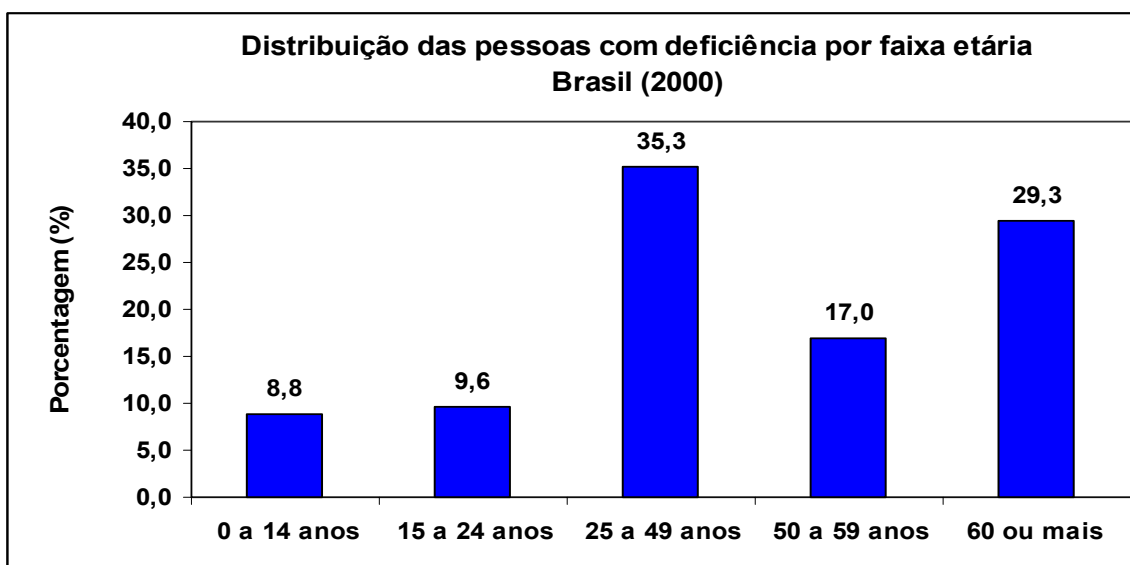


Figura 30: Distribuição das PCDs por faixa etária - Brasil
Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

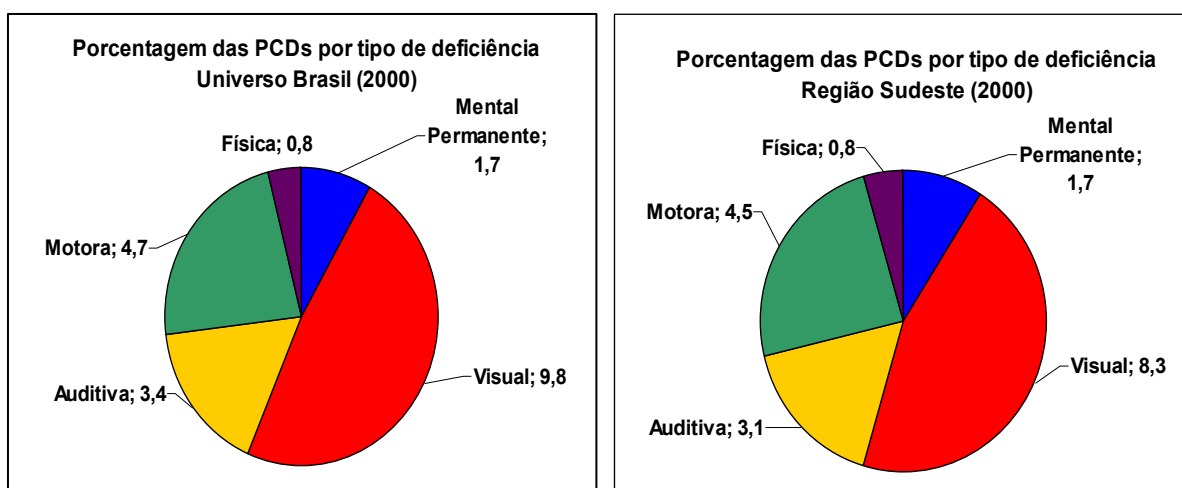


Figura 31: Porcentagem das PCDs – Universo Brasil e Região Sudeste
Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Na figura acima as pessoas com mais de um tipo de deficiência foram incluídas em cada uma das categorias correspondentes, o que representa para o universo Brasil 1,41 deficiências por PCD e 1,40 para a região Sudeste.

4.1 O retrato da deficiência no Estado S Paulo

O IBGE no seu Censo Demográfico de 2000 registrou, entre os pesquisados, a porcentagem total de 11,4% para os portadores de deficiência física no Estado de São Paulo, sendo que 3,7% (1.378.816 pessoas com deficiência) correspondem às pessoas com deficiência motora.

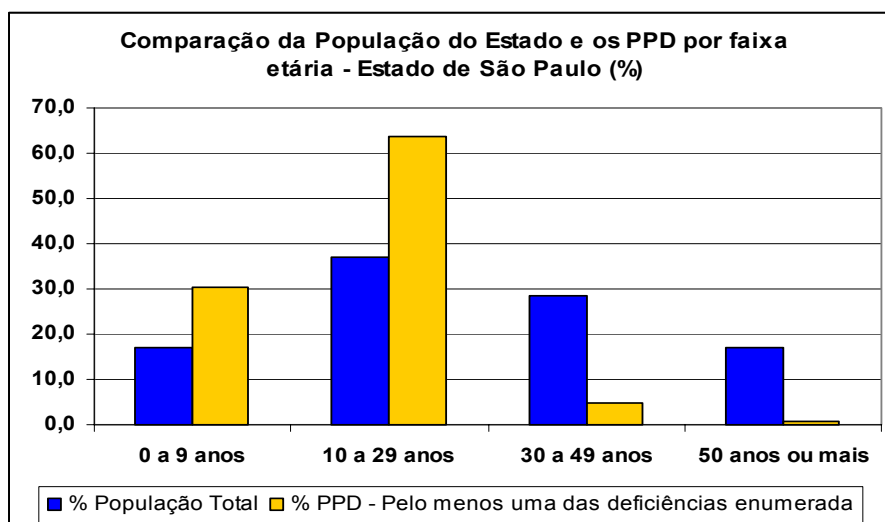


Figura 32: Distribuição por faixa etária – Estado de São Paulo
Fonte: IBGE – Censo 2000

A figura 32 mostra que a população do Estado de São Paulo por faixa etária apresenta uma distribuição mais uniforme, enquanto as pessoas com deficiência estão concentradas nos mais jovens, ou seja, abaixo dos 29 anos.

Na figura acima, as pessoas com mais de um tipo de deficiência foram incluídas em cada uma das categorias correspondentes, o que representa 1,39 deficiências por PCD no Estado de São Paulo e 1,37 no Município de São José dos Campos.

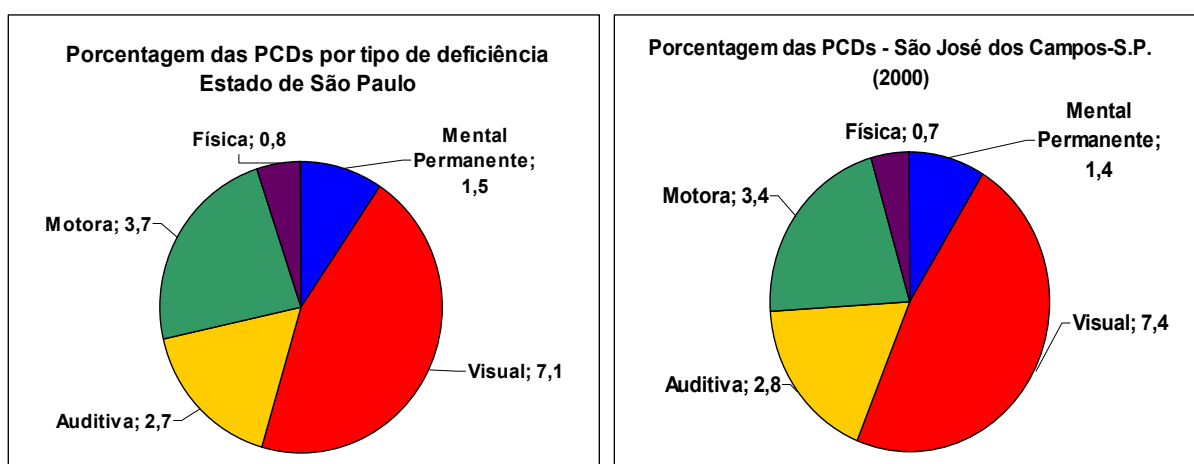


Figura 33: Porcentagem das PCDs – Estado de São Paulo e São José dos Campos
Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

4.2 Panorama da deficiência no município de São José dos Campos

Para a cidade de São José dos Campos o Censo 2000 realizado pelo IBGE, apresentou um total de 61771 pessoas com deficiência, ou seja, 11,5 % em relação à população total do município. Para as deficiências pesquisadas por tipo, o resultado mostrou para a incapacidade motora, isto é, com grande e alguma dificuldade para se locomover, 18077 casos.

Segundo os dados da pesquisa Retrato da Deficiência do Brasil (2003) realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) do Rio de Janeiro e coordenada por Néri et al (2003), que utilizou os dados do Censo do IBGE de 2000, coloca o município de São José dos Campos na posição de 784 entre os 5507 municípios brasileiros pesquisados no Censo 2000 e na posição 243 entre os 645 municípios paulistas, em relação ao número de pessoas com deficiência.

A figura 34 aponta as porcentagens das pessoas com deficiência física, para a população considerada neste estudo, de 8175 PCDs

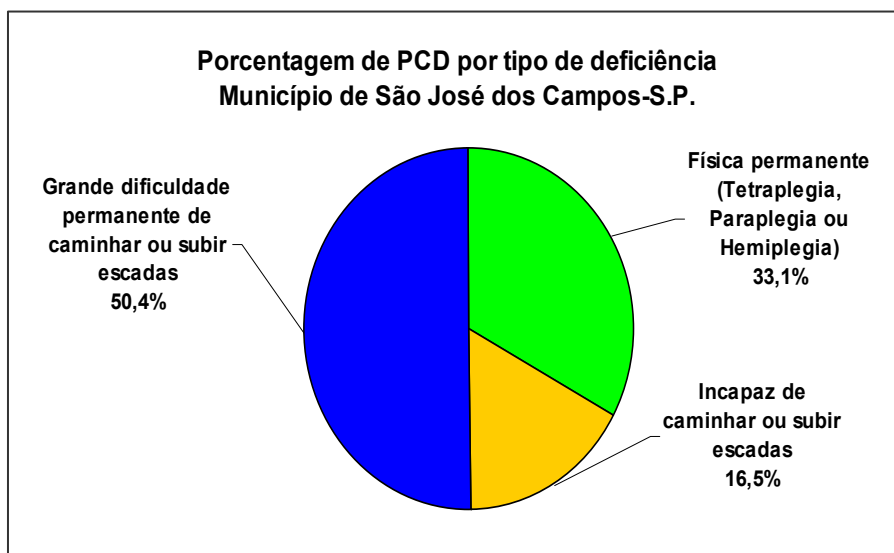


Figura 34: Porcentagem por tipo de deficiência física - São José dos Campos
Fonte: IBGE – Censo Demográfico

Na figura 35 observa-se que 66,9% possuem dificuldade para se locomover, necessitando equipamento auxiliar para se locomover como: cadeiras de rodas,

andador ou muletas especiais.

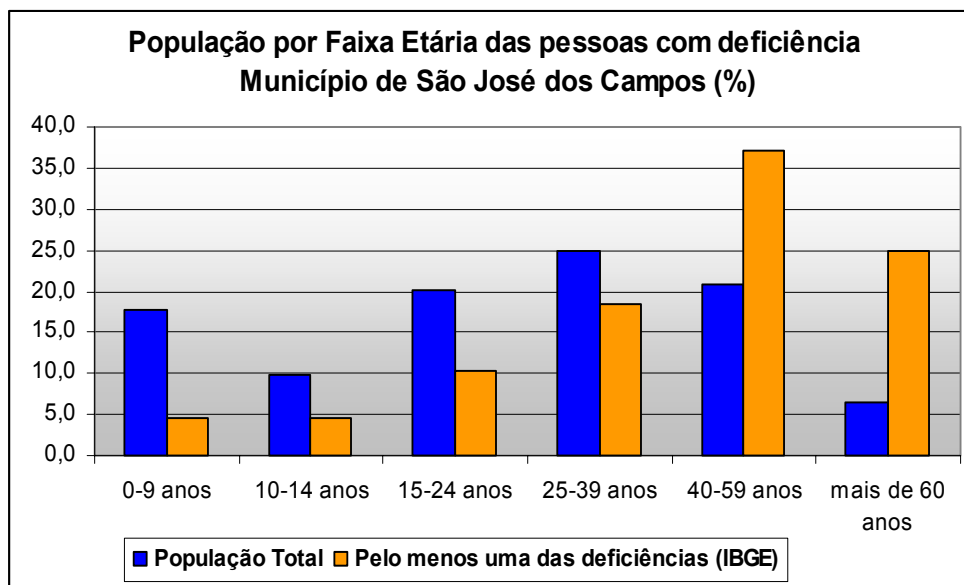


Figura 35: População total e as PCDs - faixa etária em São José dos Campos
Fonte: IBGE – Censo demográfico

Observa-se que a população total de São José dos Campos com ou sem deficiência, concentra-se na faixa entre 15 e 59 anos, enquanto a maioria das pessoas com pelo menos uma das deficiências enumeradas pelo IBGE está acima dos 25 anos, conforme a figura 35.

4.2.1 Resultados da pesquisa de Campo: Índices Socioeconômicos

Na figura 36 são apresentadas as distribuições das faixas etárias para as PCDs conforme dados de pesquisa realizada pelo IBGE – Censo 2000 e os levantados na pesquisa de campo no município de São José dos Campos para as PCDFs. Nota-se que as porcentagens das pessoas com deficiência física e grande mobilidade motora, apontadas pela pesquisa em campo, apresentam algumas diferenças comparadas com os valores das porcentagens do Censo IBGE-2000 para a população das pessoas com pelo menos uma das deficiências pesquisadas; há maior destaque para a faixa etária dos 40 aos 59 anos, no qual a pesquisa em campo mostra uma quantidade menor de PCDFs. Por outro lado, ambas apontam uma maior concentração da população acima dos 25 anos de idade. Do nascimento

até a idade de 24 anos a população de deficientes físicos mostrou números maiores do que a pesquisa do IBGE.

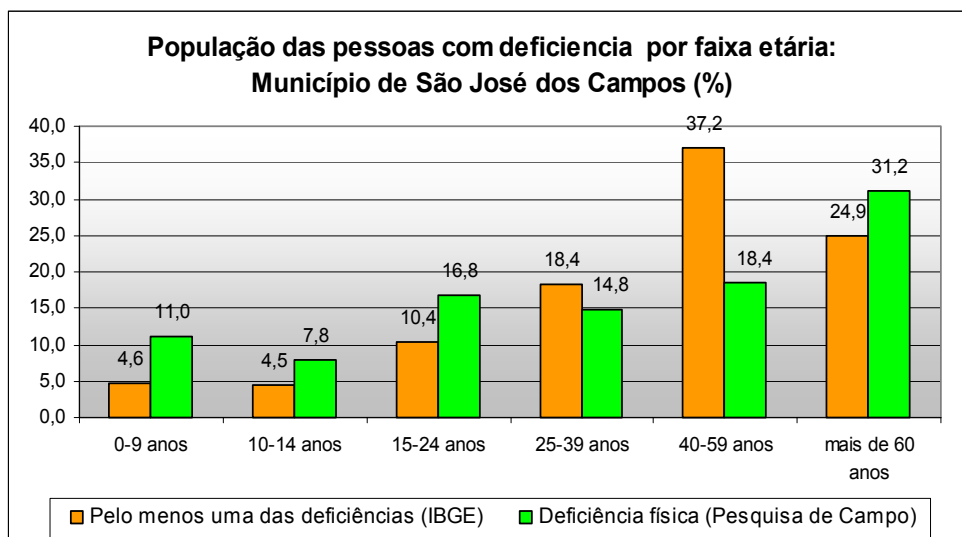


Figura 36: Distribuição por faixa etária das PCDs: São José dos Campos
Fonte: IBGE- Censo 2000 e Pesquisa de Campo (2005)

Os dados da pesquisa em campo foram obtidos através da aplicação de questionário, entrevistando as pessoas com deficiência física, em visitas à Colônia de Férias coordenada pela Prefeitura Municipal, às Unidades de Reabilitação da Universidade Vale do Paraíba e da Prefeitura e em Entidades afins. Procurou-se levantar aspectos socioeconômicos desse segmento da sociedade como: dados sobre a mobilidade no município, fonte e média da renda auferida pela família e pela própria PCDF, quantidade e tipos de equipamentos eletrônicos existentes nos domicílios e outras variáveis que mostrassem a localização das pessoas com deficiência no município.

No apêndice A pode-se encontrar o formulário do questionário da pesquisa que foi aplicada em campo e que teve como base para sua elaboração o utilizado pelo IBGE no Censo 2000.

Abaixo são apresentados alguns dos resultados sócio-econômicos das pessoas pesquisadas com deficiência física, cadeirantes ou com grande dificuldade de locomoção.

Tabela 19: Porcentagem PCDF entrevistados quanto ao gênero

Sexo	Número Entrevistado Pesquisa Campo (A)	% Pesquisa Campo	Banco de Dados PMSJC (B)	Total PCD (A+B)	% Total PCD
Masculino	166	51,6	422	588	53,8
Feminino	156	48,4	348	504	46,2
Total	322	100,0	770	1092	100,0

Fonte: Banco de dados da PM S.J. Campos e Pesquisa de Campo (2005)

No Brasil o IBGE apontou em sua pesquisa, que a maioria da população (51%) das pessoas com deficiência é feminina, sendo que a de campo apontou que, quando consideramos somente as pessoas com deficiência física, a maioria é masculina (51,6%) entre os entrevistados. Quando considerado o banco de dados da Secretaria de Transporte do Município do cadastro das pessoas com deficiência física – cadeirantes ou com grande dificuldade de se locomover que utilizam o transporte público de Van, a porcentagem aumentou para 53,8% para a população masculina com deficiência física e 46,2% para a feminina com o mostra a tabela 19.

O Mapa 01 indica a distribuição das PCDs, por gênero, para cada região geográfica de São José dos Campos, cuja maior concentração está nas regiões Sul e Leste.

No trabalho “O Mapa da Pobreza Urbana de São José dos Campos-S.P.-2000” (BORGES, 2000), a região Leste é uma das áreas urbanas no Município de São José dos Campos que apresenta a maior pobreza urbana.

Tabela 20: Porcentagem PCDF quanto ao estado civil

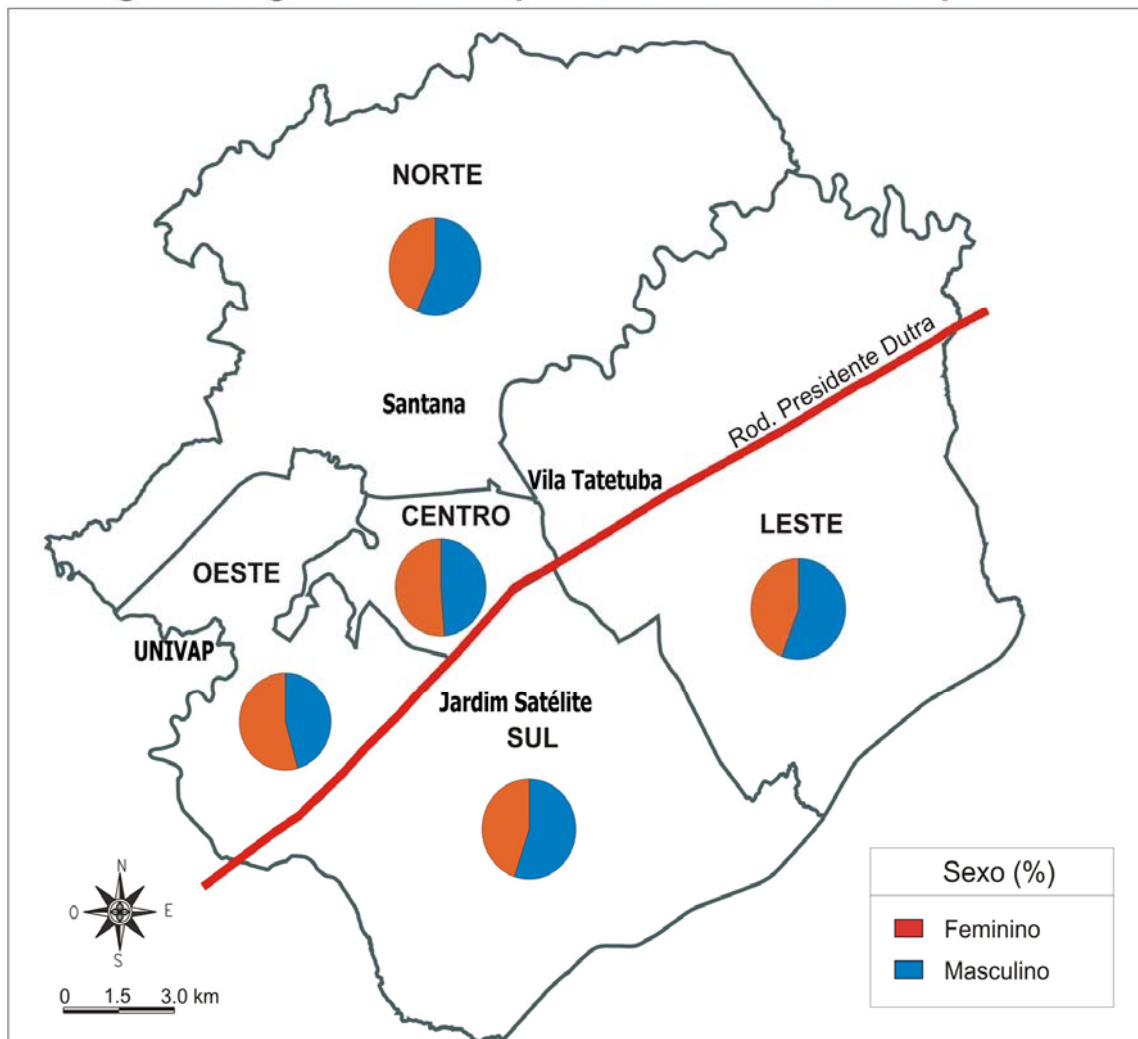
Motivo	Número de Entrevistados	%
Solteiro	133	41,3
Casado	155	48,1
Outros	34	10,6
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Entre as pessoas entrevistadas a maioria declarou-se casada (48,1%) e 10,6% divorciadas, separadas, viúvas ou amasiadas.

Mapa 01: Distribuição das PCDFs por Sexo- Região Geográfica: São José dos Campos - 2005

**Porcentagem de Pessoas com Deficiência por Sexo
Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005**



Fonte: Adaptado de dados da PMSJC-2005.

Tabela 21: Porcentagem PCDF quanto à causa da deficiência física

Origem da deficiência	Número de Entrevistados	%
Genético ou ao nascer	162	50,3
Acidente	49	15,2
Outros	111	34,5
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Na tabela acima observa-se que grande número dos entrevistados, 50,3%, adquiriu sua deficiência durante o processo de gestação, pós-natal ou por herança genética. Os principais motivos apontados no item “outros” foram causados por: problemas ósseos, diabetes, anemia, tiro de arma de fogo e AVC (Acidente vascular cerebral) entre outros. Os 15,2% das pessoas com deficiência que apontaram acidente como causa, especificaram como principais motivos os acidentes de trânsito e os ocasionados pela violência urbana através de arma de fogo.

Tabela 22: Grau de escolaridade das PCDFs entrevistadas

Escolaridade das pessoas com deficiência física	Número de Entrevistados	Total (%)
Sem condições de aprendizado	31	9,6
Não tem idade para ir à escola	36	11,2
Tem idade para ir à escola, mas ainda não se matriculou	22	6,8
Ensino fundamental incompleto	117	36,3
Ensino fundamental completo	40	12,4
Ensino médio incompleto	37	11,5
Ensino médio completo	25	7,8
Curso superior incompleto	5	1,6
Curso superior completo	7	2,2
Curso superior completo e pós-graduação	2	0,6
Total	322	100

Fonte: Elaboração própria (2006)

Na tabela 22 nota-se que 6,8% das pessoas com deficiência física já deveriam

estar freqüentando a sala de aula e que 48,7% possuem menos de 8 anos de instrução. As pessoas com maior grau de instrução, acima de 11 anos de instrução, estão localizadas principalmente na região ou bairro de maior poder aquisitivo, como a região Oeste e os bairros no seu entorno. A pesquisa apontou que 9,6% das PCDFs não têm condições de ir à escola por não atingirem a idade mínima ou por causa da deficiência física ser grave e somada a problemas mentais.

Nos mapas 02 e 03 podem-se ver, respectivamente, a distribuição das PCDFs por grau de instrução e a das escolas especiais no município, onde verifica-se a existência de escolas especiais em todo o município, apesar de a maioria delas terem poucas PCDFs entre seus alunos. Nas entrevistas muito se falou da falta de transporte adaptado disponível para as PCDFs chegarem até as escolas, já que a cidade não tem um planejamento de vans com atendimento por região geográfica.

De acordo com o PPDI (2006), que utiliza os números da OMS de 10% para estimar o número de pessoas com deficiência, e não os dados mais precisos e atuais do Censo 2000 do IBGE de 11,5%, registra que:

O Censo Escolar de 2005 totaliza 688 estudantes matriculados em Educação Especial dos quais 159 estão sendo assistidos pela Rede Estadual, 167 na Rede Municipal e 362 matriculados em instituições especializadas com projetos educacionais, reconhecidas oficialmente como escolas (PPDI, 2006).

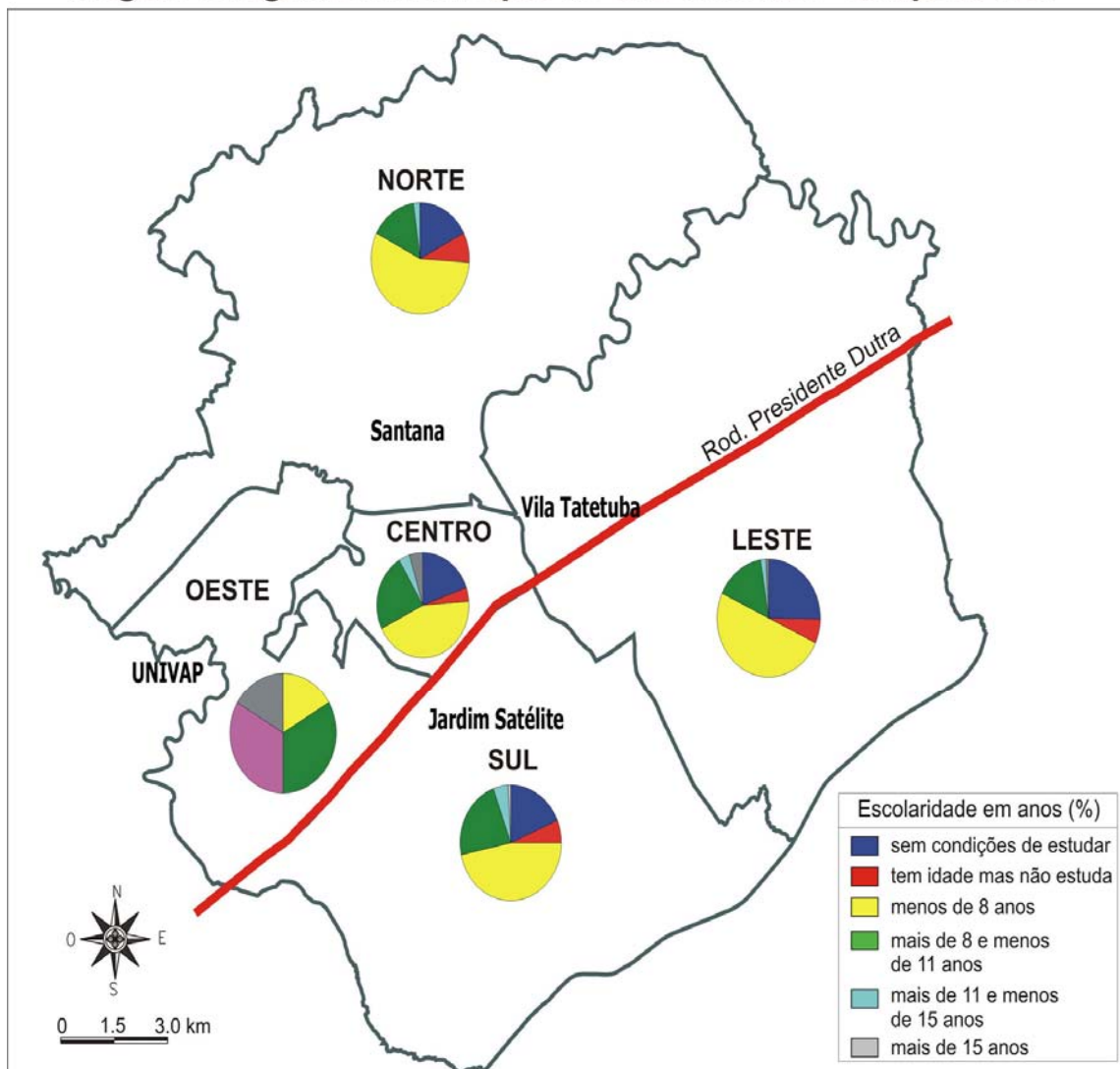
Neste parâmetro de extrema importância os Sistemas de ensinos Municipal e Estadual necessitam trabalhar de maneira mais integrada, pois o novo conceito de Escola inclusiva está em início de implantação no Município, onde as pessoas com e sem deficiência estarão convivendo e, para tal, é necessário o preparo dos professores e a adaptação das classes atuais.

Em entrevista, a Professora Maria C. Sales Lasmanis²⁰ informou que São José dos Campos possui 11 escolas da Rede Estadual preparadas para receber a PCDF dentro do conceito de escola inclusiva e que em 2002 iniciou o Serviço de Apoio Pedagógico Especializado. Afirmou, também, para qualquer PCD que requerer matrícula, a escola deve se adaptar para recebê-la. No campo municipal, de acordo com a Secretaria Municipal de Educação do Município, 33 escolas atendem às pessoas com deficiência.

²⁰ A Professora Maria C. Sales Lasmanis é Supervisora da Diretoria de Ensino do Estado na Região Administrativa de São José dos Campos e concedeu entrevista no dia 18 Outubro de 2005.

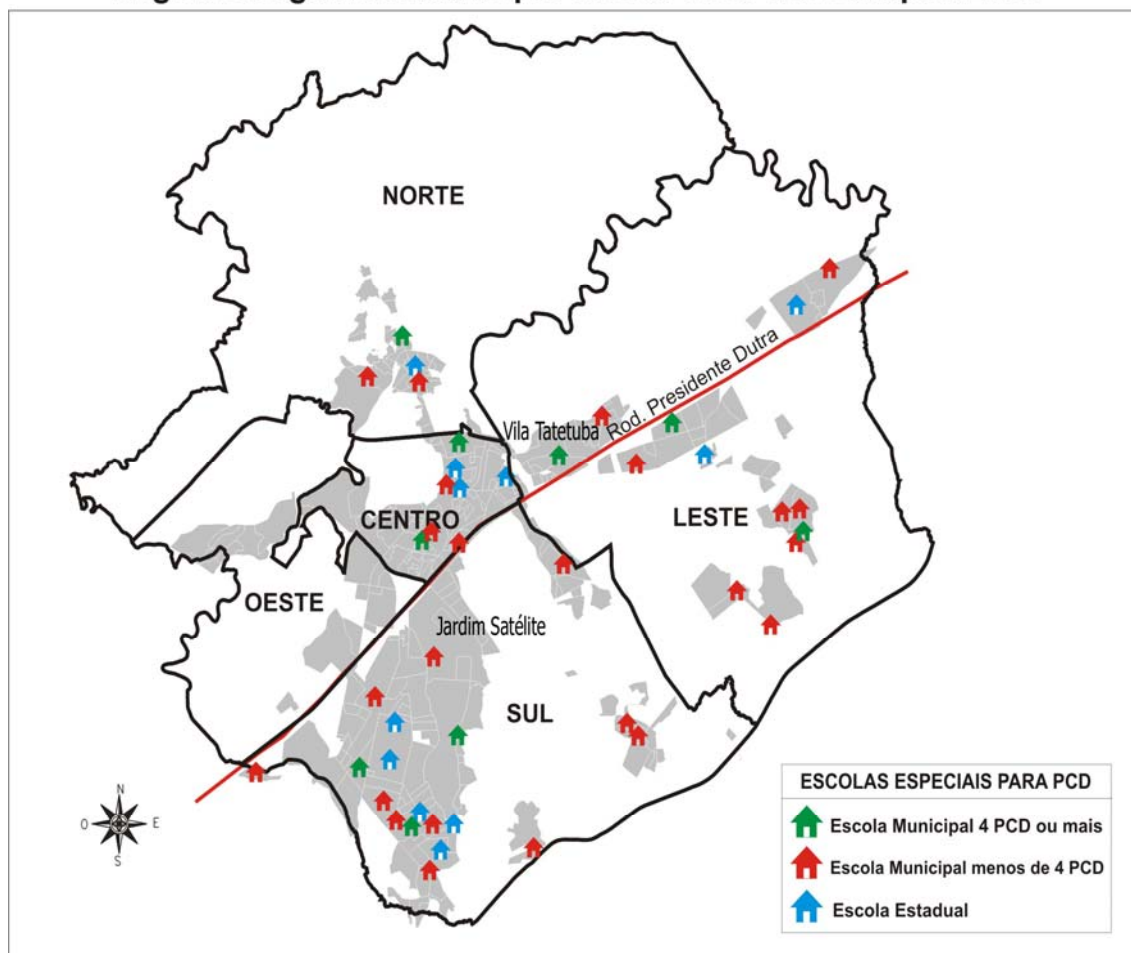
Mapa 02: Distribuição das PCDFs por Escolaridade - Região Geográfica: São José dos Campos - 2005

**Porcentagem de Pessoas com Deficiência por Escolaridade
Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005**



Mapa 03: Distribuição das Escolas Especiais no Município de São José dos Campos - 2005

Distribuição das Escolas Especiais para PCD Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005



Fonte: Adaptado de dados da PMSJC (2005) e Secretaria de Educação - Diretoria de Ensino Região de SJC (2005).

Tabela 23: Grau de Instrução do Chefe da Família da PCDF

Escolaridade	Números de Entrevistados	%
Ensino da 1ª à 4ª séries do curso fundamental incompleto ou nunca foi à escola	78	24,2
Ensino 1ª à 4ª séries completo ou até a 8ª série incompleta	91	28,3
Ensino fundamental (1ª a 8ª séries completo) ou Ensino médio incompleto	70	21,7
Ensino médio completo ou Ensino superior incompleto	68	21,1
Ensino superior completo ou pós-graduação	15	4,7
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

A tabela 23 registra o baixo grau de instrução do chefe da família das PCDFs, com 52,5% não conseguindo completar 8 anos de estudos, ou seja, não concluiu o estudo fundamental e 24,2% não foram alfabetizados ou não completaram a 4ª série. Quanto aos chefes com maior grau de instrução, registra-se que 4,7% dos chefes de família das PCDFs possuem curso superior.

Tabela 24: Número de pessoas na família da PCDF

Número de pessoas na família	Número de Entrevistados	%
Duas (2)	34	10,6
Três (3)	84	26,1
Quatro (4)	77	23,9
Cinco (5)	72	22,3
Seis (6)	30	9,3
Mais de seis (6)	25	7,8
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Nota: Incluída a pessoa entrevistada

Entre as pessoas entrevistadas, a maioria faz parte de uma família com mais de quatro pessoas (66,6%), incluindo a PCDF. Observa-se que 10,6% das pessoas com deficiência física entrevistadas moram com mais uma pessoa, que pode ser esposa, a mãe, o pai, ou uma acompanhante remunerada pela família, principalmente quando a pessoa com deficiência física é idosa e a família tem recursos ou a própria pessoa com deficiência física (aposentada) tem seus próprios rendimentos financeiros.

Tabela 25: Situação da moradia da PCDF

Moradia	Número de Entrevistados	%
Casa própria	212	65,8
Aluguel	71	22,1
Pertencente a familiares ou amigos	39	12,1
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

A tabela 25 registra que 12,1% dependem da solidariedade de familiares ou amigos para ter onde morar. A grande maioria mora em casa pertencente à sua família ou à própria pessoa com deficiência física entrevistada. Por outro lado 22,1% dependem de casa de aluguel.

Tabela 26: Renda familiar das PCDFs

Renda	Número de Entrevistados	%
Até 1 SM	59	19,7
1 a 3 SM	144	39,8
3 a 5 SM	69	23,4
5 a 10 SM	39	11,5
Mais do que 10 SM	11	5,6
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Tabela 27: Renda das PCDFs entrevistadas

Renda	Número de Entrevistados	%
Trabalho voluntário ou sem remuneração	119	37,0
Até 1 SM	139	43,2
1 a 3 SM	39	12,1
3 a 5 SM	15	4,7
5 a 10 SM	8	2,5
Mais do que 10 SM	2	0,6
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Grande parte das pessoas com deficiência física possuem uma renda familiar menor que 3 salários mínimos, na qual está incluído o rendimento da PCDF, como mostra a tabela 26. Ao analisar a renda do próprio entrevistado, a tabela 27 registra que, entre as pessoas com deficiência 43,2% recebem até 1 salário mínimo, 12,1 % recebem de 1 a 3 salários mínimos e 7,8% mais de 3 salários mínimos. Isto indica que o rendimento das pessoas com deficiência física é representativo na família.

A fonte de renda das pessoas com deficiência física vem principalmente do auxílio do INSS, ou seja, 50,3% usufruem deste benefício. Destaca-se, como mostra a tabela 28, que 8,4% têm o seu próprio trabalho como fonte de seu rendimento. Nas entrevistas percebeu-se que realizavam trabalhos manuais ou eram vendedores dos mais variados produtos.

Tabela 28: Fonte de rendimento das PCDFs

Como consegue a sua renda?	Nº de Entrevistados	%
Trabalha em empresa/industria	6	1,9
Trabalha por conta própria	27	8,4
Auxílio pensão do INSS	162	50,3
Auxílio da prefeitura	1	0,3
Recebe auxílio de empresa/industria	9	2,8
Não informou/não trabalha	117	36,3
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Outro ponto que chama a atenção, na tabela 28, é a baixa porcentagem de pessoas empregadas: 1,9%. As empresas na sua maioria alegam que as PCDFs não têm qualificação profissional, o que é uma realidade, mas há falta de interesse em contratar mão de obra que requer um pouco mais de atenção e adaptação do mobiliário, o que para os empresários representa aumento das despesas.

Acrescenta-se a falta de fiscalização do poder público para se fazer cumprir a Lei de Quotas, que garante que uma porcentagem dos funcionários da empresa seja de pessoas com deficiência. O poder público pode contribuir com ações visando a profissionalização deste segmento da sociedade, como informática, trabalhos manuais e outros.

Tabela 29: Porcentagem de equipamentos nas casas das PCDFs – S. José dos Campos

Que equipamento possui em casa?	Nenhum	1	2	3	4	5	6	Mais de 6	Total
TV em cores	4,3	63,5	25,5	5,5	1,2	0,0	0,0	0,0	100,0
TV por assinatura	93,3	6,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Computador	75,8	23,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Aparelho de som	35,3	56,1	7,7	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	100,0
Rádio	31,3	59,2	7,7	1,2	0,3	0,3	0,0	0,0	100,0
Geladeira sem freezer	27,6	69,6	2,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Geladeira Duplex/Freezer	69,6	28,5	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Aspirador de Pó	79,8	19,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Vídeo cassete ou DVD	57,1	37,7	4,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Máquina de lavar roupa	33,4	64,4	1,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Telefone de mesa	33,7	61,7	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Telefone Celular	49,4	41,7	4,9	3,1	0,6	0,3	0,0	0,0	100,0
Carro	61,3	34,0	3,7	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Banheiros na casa	28,8	50,3	16,6	3,4	0,9	0,0	0,0	0,0	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

A tabela acima retrata os bens que encontramos nos domicílios das PCDs físicas pesquisadas e evidencia, pelos resultados uma grande parcela pertencente à classe social de baixa renda. Verifica-se que 28,8% das pessoas com deficiência física pesquisadas não possuem banheiro em casa, o que significa, o esgoto sendo jogado nos rios e contaminando-os, ou em fossas com o risco de contaminar os lençóis freáticos. A grande maioria depende de transporte público (61,3%), fator

grave para o segmento social das pessoas com deficiência física, pois, no município não é adaptado. Quanto aos eletrodomésticos, nos domicílios das PCDFs, 27,6% não possuem geladeira e 33,4% máquina de lavar roupa.

Tabela 30: Meios de transporte utilizado pela PCD

Transporte	Número de Entrevistados	%
Tem Carro	84	26,1
Depende de VAN	228	70,5
Depende de amigos/parentes	10	4,0
Total	322	100,0

Fonte: Elaboração própria (2006)

Em relação ao meio de transporte, a grande maioria (70,5%) não tem condução própria e depende de agendamento da Van oferecida pelo poder público, onde 4,0% não conseguiram cadastrar-se, ficando na dependência de amigos e parentes para se deslocar de um lugar para outro, já que todos os ônibus do transporte público no município não são adaptados e somente 26,1% dos entrevistados possuem carro na família.

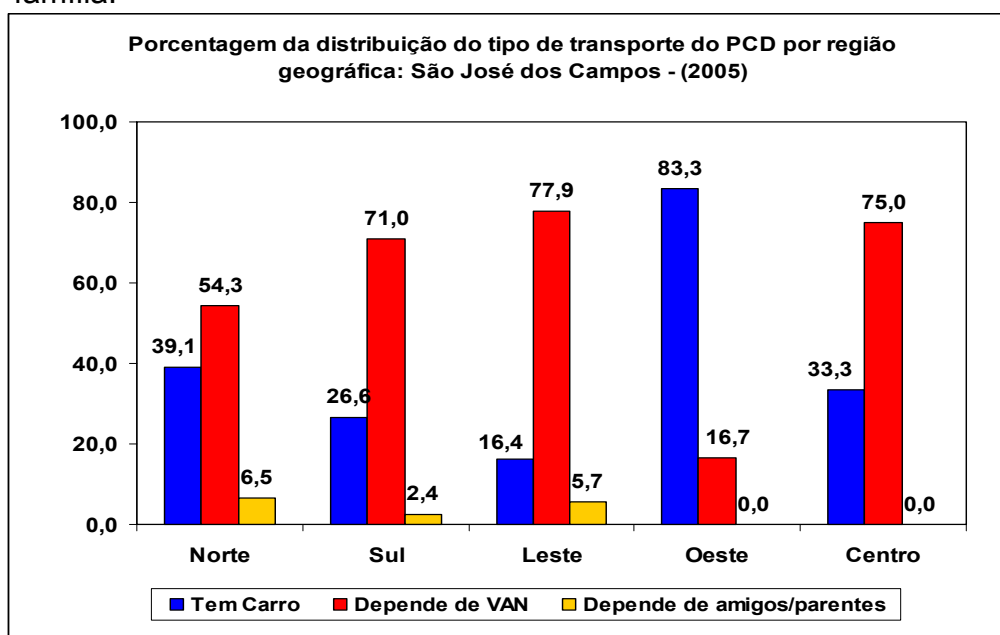


Figura 37: O Transporte das PCDs em São José dos Campos – 2005

Fonte: Pesquisa de campo (2005)

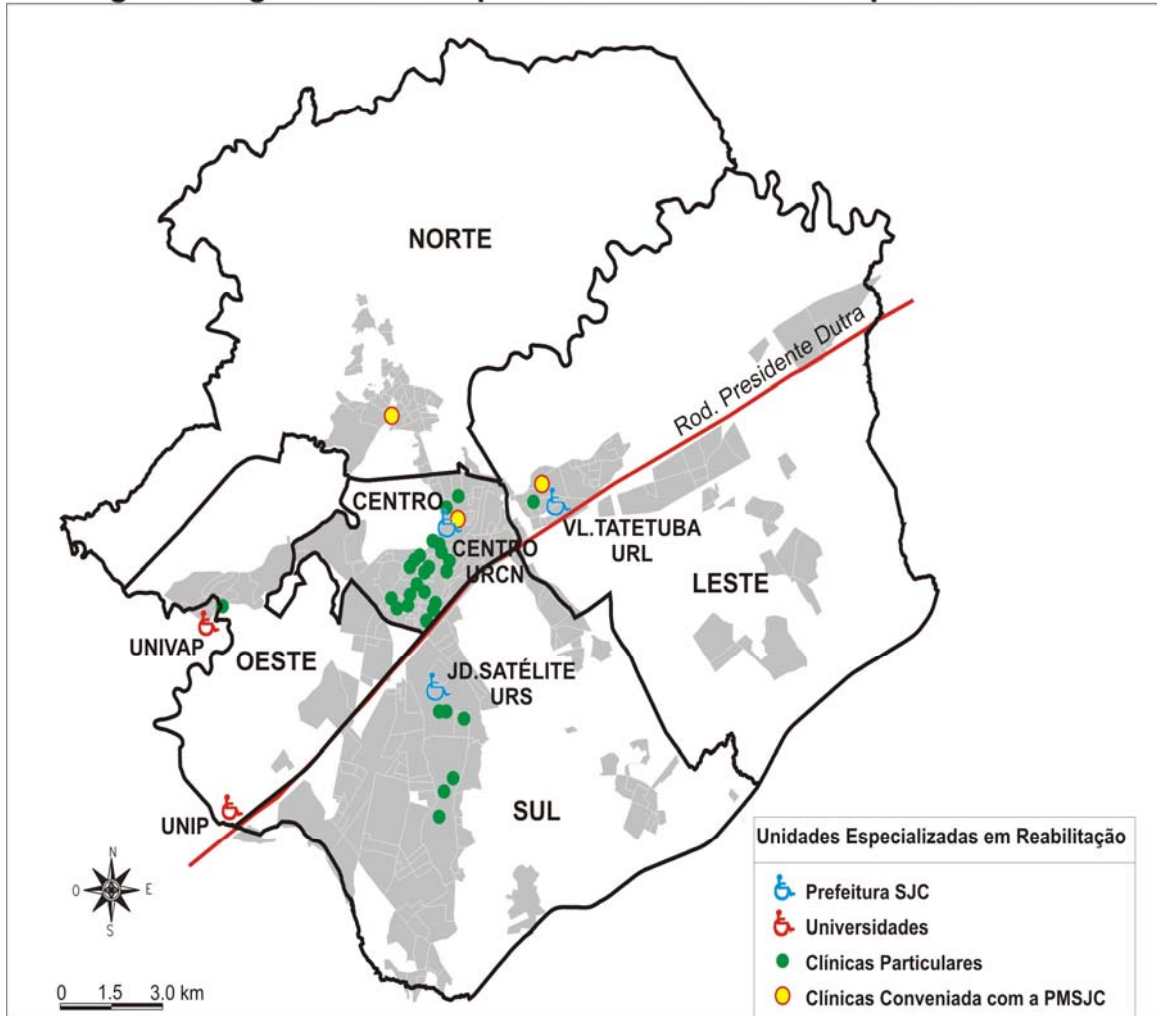
Na região Oeste, onde se localiza a população de alta renda, apesar do baixo número de entrevistados, 83,3% das pessoas com deficiência possuem carro e as demais 16,7% dependem de Van. A região Leste, onde se encontra a classe de baixa renda do município e grande parcela das PCDs físicas, é a que apresenta a maior porcentagem dos que dependem de Van (77,9%), como mostra a figura 37.

Entre as PCDFs pesquisadas, 33,7% não possuem linha telefônica fixa em casa, o que é mais um agente complicador que torna difícil para as pessoas com deficiência física cadeirantes, agendar transporte no sistema atual da Secretaria de Transporte, pois muitos deles não têm recursos para fazer a ligação via telefone público e pelo fato não existir um 0800-Transporte (gratuito).

No mapa 04 encontra-se a espacialização das unidades de reabilitação e fisioterapia, onde observa-se a concentração dessas unidades no centro histórico e a não existência - nos bairros mais afastados da zona Leste, bem como na região Norte - de unidades públicas ou particulares. Nas entrevistas detectou-se que as PCDFs desses bairros necessitam de tomar pelo menos dois ônibus, com duração acima de 1h30 min. para ter acesso à unidade mais próxima de seu domicílio.

Mapa 04: Espacialização das Unidades de Reabilitação e Fisioterapia: São José dos Campos - 2005

**Distribuição das Unidades de Reabilitação: Fisioterapia
Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005**



4.2.2 A cidade de São José dos Campos na visão das PCDFs

Abaixo são apresentadas algumas das várias frases expressas pelas pessoas com deficiência física, principalmente as cadeirantes, durante a pesquisa. A maioria das manifestações relacionou-se com a falta de van, de ônibus não adaptados e das más condições das calçadas para que as pessoas possam se locomover sem estar sujeitas a acidentes.

Região Sul

“Agendar transporte especial deixa a gente de cabelo branco . Na semana a Van falhou na segunda feira e atrasou na terça feira” (Entrevistado 01).

“É muito bom o tratamento que recebo do pessoal da Van. São muitos educados” (Entrevistado 02).

“Em vez de andar olhando para cima, tenho que andar olhando para baixo para não tropeçar e cair” (Entrevistado 03).

“Motorista de Van do transporte alternativo e que conhece a PCD, que tem carteira com isenção de pagamento de passagem, vê a pessoa sozinha no ponto, principalmente se é idosa, vira o rosto e passa sem parar. O mais triste é que muitos desses motoristas são de meia idade e logo serão idosos como nós” (Entrevistado 04).

“É impossível conseguir van. Pelo amor a Deus resolvam este problema” (Entrevistado 05).

“A van, se falta duas vezes perde-se a inscrição da sessão de fisioterapia. É um desespero para nós quando isto acontece” (Entrevistado 06).

“Meu filho não vive, ele vegeta. Meu filho só come, dorme e vai para a escola, por que não tem condições de mais nada, não temos dinheiro para fazer mais nada” (Entrevistado 07).

“Sou dependente do transporte da Prefeitura, eles fazem pouco caso das pessoas que são cadeirantes. É preciso brigar muito e xingar para conseguir um encaixe para a van” (Entrevistado 08).

“Encontramos muita dificuldade para conseguir transporte de van. Quando ligamos para fazer agendamento eles alegam que não tem vaga e nem encaixe. É um absurdo. Minha filha precisa fazer fisioterapia e usar aparelhos, mas não sei a quem recorrer. Seus ossos estão atrofiando, mas eles alegam que são poucas vans para muitos deficientes” (Entrevistado 09).

Região Centro

“Como é difícil andar nas calçadas com as raízes de árvores expostas. Perde-se o equilíbrio e cai. É um sacrifício se locomover em São José” (Entrevistado 10).

“Falta parque para ir praticar lazer. Só conhece o parque Santos Dumont” (Entrevistado 11).

“Porque a Prefeitura não leva a Unidade de Reabilitação para a Zona Norte? É uma dificuldade sair de lá e chegar até aqui no Centro” (Entrevistado 12).

Região Norte

“Na Unidade Centro Norte tem anjos trabalhando” (Entrevistado 13).

“Os ônibus da cidade poderiam ser adaptados, com rampa, assim, as PCDs poderiam passear mais, indo para outros locais de lazer” (Entrevistado 14).

“Quase sempre ando nas ruas por causa das calçadas com problemas” (Entrevistado 15).

“Infelizmente não foi possível acessar o sistema de transporte, devido a grande burocracia e falta de interesse de quem administra nosso município, pois quando procurei buscar informação, descobri que levaria de vinte a trinta dias só para providenciar a carteirinha e além disso me informaram que depois de fazer a carteirinha, levaria de sessenta a cento e vinte dias para conseguir a van. Por estas razões continuo dependendo dos amigos” (Entrevistado 16).

Região Leste

“Seria bom colocar o tratamento de hidroterapia nas Unidades de Reabilitação” (Entrevistado 17).

“A Unidade de Reabilitação Leste é muito apertada, deveria ser aumentada” (Entrevistado 18).

“Sou de Eugenio de Mello e falta Van para atendimento Público. Aqui no bairro a vereadora é que faz o transporte de 12 pessoas para tratamento de reabilitação na URL, com condução própria (Perua Kombi). Faz 3 meses que tento van e não consigo” (Entrevistado 19).

“Os ônibus deveriam ser adaptados. As escadas são altas demais tanto para subir, como para descer” (Entrevistado 20).

“O James conseguiu fazer natação e hidroterapia na UNIP , mas perdeu a vaga por falta de transporte, isto que dizer que não só ele como a maioria dos especiais perde o direito de tratamento de reabilitação por falta de transporte adaptado” (Entrevistado 21).

“Na época do outro prefeito o atendimento era melhor. Falta van para atender à noite e levar ao pronto socorro” (Entrevistado 22).

“Precisa melhorar as rampas nos locais públicos” (Entrevistado 23).

“Sugiro colocar pessoas com deficiência física no setor de transporte de vans adaptadas. O atendimento melhoraria” (Entrevistado 24).

“O ICEA com o trabalho oferecido às PCDs tem sido muitíssimo importante na minha vida. Em minha vida houve evolução em todos os sentidos, inclusive de crescer como ser humano” (Entrevistado 25).

“Meu filho ficou sem ir ao tratamento muitas vezes por falta de van, porque estou na fila dos encaixes. Os que já são fixos têm prioridade e muitas vezes deixamos de ir a festas e eventos de importância aos deficientes por falta de van, porque estão focados nos tratamentos. A Prefeitura precisa de mais vans” (Entrevistado 26).

Região Oeste

“As calçadas são muito irregulares, pensam na beleza da cidade e esquecem das PCDs que tem dificuldade para se locomover entre buracos nas calçadas” (Entrevistado 27).

Tabela 31: Dificuldades apontadas pelos entrevistados com deficiência física

Dificuldades	Qtde	Porcentagem
Falta Van	113	23,0
Ônibus não adaptados	95	19,3
Calçadas irregulares	80	16,3
Falta de van nos fins de semana e atividades de lazer	38	7,7
Agendamento e excesso de burocracia para conseguir van	25	5,1
Falta de lazer	21	4,3
Falta Centro de referência nas regiões	14	2,8
Dificuldade para conseguir transporte para tratamentos fora de S.J. campos	12	2,4
Falta creche adaptada	6	1,2
Não responderam	88	17,9
Total	492	100,0

Nota: Os que responderam puderam apresentar mais de uma dificuldade.

A tabela acima revela as grandes dificuldades que as pessoas com deficiência físicas entrevistadas, principalmente as cadeirantes, enfrentam no seu dia-a-dia e que manifestaram quando responderam os questionários. A porcentagem total relacionada a falta de van, ou seja, devido ao número insuficiente e dificuldade para se agendar foi de 30,7%. A seguir destacaram-se os problemas de transporte público como os ônibus não serem adaptados (19,3%) e as calçadas irregulares (16,3%), o que tem levado muitas PCDFs a andarem pelas ruas e sujeitas a acidentes de trânsito. Dos 332 questionários, 88 não quiseram se manifestar sobre as dificuldades, o que resultou em 1,5 manifestações apresentadas por PCDF entrevistada.

CAPÍTULO 5 - LIMITES DO ESPAÇO URBANO PARA AS PCDS: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

As condições de acesso aos equipamentos e serviços urbanos se fazem sentir como resultado das políticas públicas e do planejamento urbano, que define áreas da cidade segundo a influência das demandas de mercado e dos agentes hegemônicos, ou seja, os que influenciam o poder público, os que detêm o capital e os da faixa de alta renda. De acordo com Bahia et al (1998):

[...] esta abordagem da valorização dos espaços urbanos sob uma ótica econômica coloca em evidência que o grau de acessibilidade nas áreas da cidade é imposto e transcendente, por vezes, às barreiras urbanísticas, arquitetônicas e sociais locais.

Intervenções segmentadas e isoladas em áreas da cidade contrariam os princípios de um planejamento holístico e reforçam as diferenças de qualidade dos serviços existentes no espaço urbano. Isto pode ser visto nos bairros periféricos onde o padrão de qualidade desses serviços é geralmente baixo e contam com escassos recursos para sua manutenção.

5.1 Leitura do espaço urbano em São José dos Campos: A problemática para as pessoas com deficiência física

Tem-se observado que, historicamente, no município o planejamento não tem pensado o espaço urbano para as questões relacionadas às pessoas com deficiência física; em meados do século passado estava voltado para o urbanismo sanitário e, então, a cidade recebia suporte financeiro para seu aparelhamento e especialização no tratamento dos infectados em tuberculose pulmonar. Souza e Soares (2002) registram que nessa época a cidade sofria transformações espaciais para colocá-la em condições de uma “Estância Sanitária Moderna” como preconizavam os responsáveis pelo poder público.

A procura do município de São José dos Campos para o tratamento de tuberculose pulmonar teria se tornado perceptível no início do século XX, devido às condições climáticas supostamente favoráveis. Gradativamente, já estava sendo criada uma estrutura de atendimento com pensões e repúblicas, quando em 1924 foi inaugurado o sanatório Vicentina Aranha, o maior do país. Entretanto, somente em

1935, quando o município foi transformado em Estância Hidromineral, passou São José a receber recursos oficiais que puderam ser aplicados na área sanatorial.

Durante o período de 1935 a 1959, a cidade foi administrada por prefeitos sanitaristas, nomeados pelo governo federal. Em 1958 a cidade ganhou autonomia para eleger seus prefeitos, mas voltou a perdê-la em 1967. No entanto, São José manteve sua condição de prefeitura sanitária até 1977 quando recuperou a autonomia administrativa, voltando a eleger o prefeito pelo voto direto. No período em que foi Estância, São José dos Campos pôde investir em infra-estrutura, principalmente na área de saneamento básico, que no futuro seria mais um atrativo para o seu desenvolvimento industrial.

Vale lembrar que no início do século passado predominavam, na organização institucional da saúde pública, os hospitais de isolamentos e de saúde mental. Os portadores de deficiência física, dentro deste contexto, ficavam sob os cuidados e solidariedade da família ou internados em sanatórios para doentes mentais. Nesse período o planejamento urbano voltou-se para projetos urbanísticos de ajardinamento, criação de parques e praças públicas.

O impacto da urbanização e do planejamento aumentou, na medida em que o processo de industrialização se consolidou, principalmente após a década de 1960, quando São José dos Campos, mudou seu perfil sócio-econômico para o de uma cidade voltada à industrialização, ao ser beneficiada quando buscou descentralizar o Estado de São Paulo com a instalação de empresas em novos espaços territoriais.

Contando com os benefícios do Estado através de financiamentos e subsídios fiscais, e a Prefeitura oferecendo para as indústrias as melhores terras, localização e uma Lei de zoneamento favorável, várias empresas, principalmente Multinacionais, se instalaram no Município.

Com o modelo de industrialização e desenvolvimento vigente, o descompasso entre a política territorial e as públicas setoriais resultou num tecido urbano diferenciado, enquanto lugar social e lugar produtivo. A cidade apresentou um grande crescimento urbano, de 59,4% na década de 1940 para 89,3% de população urbana na década de 1970, com a presença da exclusão social. Em outras palavras, municípios tiveram um acesso desigual à infra-estrutura e aos serviços públicos. O problema da moradia se agravou, aumentando o número de favelas e loteamentos clandestinos, com maior evidência nas décadas de 1980 e 1990 (PPDI, 1994).

Deák (1999) cita que com “o processo de rápida urbanização em curso que alcançava todo o Brasil [...], requereria a intervenção estatal, consagrando precisamente o que se denominou de planejamento estatal”. Vários planos de desenvolvimento foram elaborados com o intuito de se conseguir o ordenamento espacial das atividades urbanas. Devido ao caráter obrigatório para os municípios, entre eles São José dos Campos, vários planos foram elaborados e engavetados, principalmente nas décadas de 1970 e 80.

Durante os períodos de recuperação e recessão entre os anos de 1985 até o final da década de 1990, mesmo sendo promovida a atividade obrigatória pela Constituição de 1988, Deák (1999) afirma que o planejamento urbano perdeu o seu vigor e registra:

[...] permanece restrito a iniciativas isoladas e anêmicas que, na melhor das hipóteses, arrolam “problemas”, mas nem preconiza, e muito menos propõem “soluções”, a não ser pífias, mas que amiúde simplesmente procuram desviar a atenção das áreas críticas do processo urbano, promovendo problemas falsos (como conservação da natureza), intangíveis (como qualidade de vida) ou inócuos (como impacto ambiental).

Fernandes (1995) comentando sobre o cenário da pobreza no Brasil nos diz:

No Brasil, sempre se seguiu a rotina de privilegiar os privilegiados, sem tentativas frutíferas de intervenção programada na distribuição da renda. Mantêm-se níveis salariais os mais baixos possíveis, como desvalorização brutal do trabalho e intensa exclusão social. Com isso, atribui-se aos pobres os custos de sua reprodução. O trabalhador superexplorado gera outros trabalhadores na mesma condição e o miserável multiplica o número de “miseráveis”. Essa situação atenuou-se com a industrialização, porém apenas em algumas áreas. Nas demais, o subdesenvolvimento regional alimentaria o agravamento constante dos desequilíbrios. E mesmo aquelas regiões consideradas desenvolvidas, acabaram vitimadas pelas migrações intensivas e contínuas. O subdesenvolvimento, em suma, tem alimentado o desenvolvimento. Esse paradoxo só desaparecerá quando os de baixo lutarem organizadamente contra a espoliação, exigindo transformações profundas na política econômica, nas funções do Estado e na estrutura da sociedade de classes.

Nas décadas de 1970 e 80 o município de São José dos Campos teve o Prefeito Municipal nomeado pelo Governo da Ditadura, assim foi desenvolvido que desenvolveu um processo de urbanização precário como resultado das decisões políticas do Estado e da elite dominante, que não valorizaram devidamente o planejamento urbano.

Nos dias atuais o planejamento urbano tenta buscar soluções para reduzir a exclusão social que se amplia, principalmente entre grupos que têm dificuldade em participar do modelo econômico atual, o qual passa pela relação trabalho e consumo, pela troca da força de trabalho e o poder de ser consumidor e, neste caso, atingem principalmente as pessoas com deficiência, os alcoólatras e os idosos, relegados a planos inferiores nas escolhas das prioridades de intervenção do Estado e muitas vezes da própria sociedade dominante.

Apesar de possuímos uma legislação brasileira que nas últimas décadas passou a dar maior atenção às pessoas portadoras de deficiência física e proteger o direito de todo cidadão à cidade, o planejamento urbano no Brasil, em especial em São José dos Campos, pouco tem pensado para esse segmento social, a não ser com relação ao cumprimento da legislação, ainda que muito timidamente, no que se refere às barreiras arquitetônicas, que se caracterizam por serem obstáculos ao acesso, existentes em edificações de uso público ou privado, bem como à sua utilização interna. Estas construções podem ser de saúde, educação, cultura, lazer, locais de trabalho ou moradia (FEIJÓ, 2003).

O resultado vivenciado pela população é de uma cidade pouco pensada para as pessoas com deficiência, onde se encontram algumas rampas de acesso, as calçadas são mal cuidadas e no geral possuem saliências, pisos mal feitos e cheios de buracos, degraus, postes de luz e semáforos pelo caminho e vários obstáculos que fazem com que os transeuntes, e em especial as PCDs físicas - cadeirantes, sejam obrigados a dividir o espaço da rua com os carros, pois o local destinado aos pedestres oferece grande dificuldade de se locomover ou transitar.

Numa das entrevistas realizadas com as PCDFs, uma delas informou que após tornar-se uma pessoa com deficiência e como necessitava de usar muletas para se locomover, num período menor que um ano já tinha caído vinte e nove vezes devido à má qualidade das calçadas no município. Para evitar quedas, estas pessoas se locomovem olhando para baixo, ou transitam pelas ruas, local para trânsito dos veículos motores, colocando em perigo suas próprias vidas.

Outra leitura que se faz com relação ao acesso ao espaço urbano público, como as praças, é que na sua quase totalidade não estão adaptadas para que todos possam usufruí-los, quer seja a pessoa deficiente ou não, a fim de se evitar a segregação social.

5.1.1 Barreiras arquitetônicas e físicas

Algumas fotos apresentadas abaixo registram as barreiras e dificuldades, encontradas pelas pessoas com deficiência, no seu dia-a-dia no Município de São José dos Campos



Local: Centro: Calçada em frente da URCN- Calçada irregular – Ondulações

Local: Jardim Satélite: Entrada da URS:- Calçada irregular sem condições para transitar cadeira de rodas

Figura 38 : Calçadas irregulares impróprias para as PCDs transitarem
Fonte: Freitas (2006)

As figuras acima mostram algumas irregularidades e saliências nas calçadas existentes no município que impedem o trânsito e o caminhar de uma pessoa com deficiência física ou visual. Este quadro a cada dia tem se agravado, pois percebe-se



que não existe uma política de ação para reduzir este tipo de problema.

Local: Bairro do Jardim Augusta: Postes - bancos no ponto de ônibus e telefones nas calçadas

Local: Bairro do Jardim Augusta - Postes de identificação de ruas no meio das calçadas

Figura 39: Calçadas com barreiras físicas para se transitar
Fonte: Freitas (2006)

5.1.2 O transporte adaptado em São José dos Campos



especificamente ao Departamento de Transporte público, na seção de atendimento das vans adaptadas, através da Supervisora Engenheira Conceição Aparecida Tavares, obteve-se acesso ao banco de dados das pessoas com deficiência cadastradas para a utilização das vans adaptadas. Estes dados

possibilitaram elaborar o mapa 05: “a distribuição das PCDFs no município de São José dos Campos” e o mapa 06: “distribuição por faixa etária”. Por serem áreas distintas, através da Supervisora Roseli da Silva Moreira Santos, foi também possível consultar a pesquisa em andamento para o cadastramento e emissão de carteirinha para isenção de pagamento de passagem de ônibus.

Durante a visita observou-se que as pessoas que administram a agenda do transporte adaptado e que têm contato com as PCDs físicas via telefone, o fazem como se fosse um sacerdócio, pois é uma área onde os resultados atuais devem-se mais à eficácia e à vontade dos funcionários do que os recursos necessários e



disponíveis, como a falta de Vans adaptadas, demonstrado na tabela 32 (p.144).

Ao pesquisar a situação do transporte público adaptado em São José dos Campos, constatou-se que este tipo de transporte municipal é uma atribuição dada aos municípios pela Constituição Federal de 1998,

podendo o mesmo contratar empresas para prestação desse serviço.

Em relação ao atendimento às pessoas portadoras de deficiência, conforme informações da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, a cidade conta com transporte adaptado para as pessoas com mobilidade reduzida desde 1999, quando tinha 3 vans adaptadas e um número de 106 PCDs físicas cadastradas.

No ano de 2002, o transporte adaptado realizou 25.376 atendimentos a diversos centros de reabilitação, hemodiálise, fisioterapia e até atividades de lazer.

Para o credenciamento no transporte adaptado, a pessoa precisa ter deficiência motora severa, ou seja, com impossibilidade de acesso ao transporte coletivo convencional.

Atualmente devido ao grande volume de credenciados e número insuficiente de vans, a prioridade é para os atendimentos médicos e fisioterapêuticos, ver tabela 33 (p. 145). Também para a utilização das vans, a pessoa necessita ser credenciada para se fazer o agendamento prévio e ter o veículo para atendê-lo. Este procedimento, mesmo que necessário, é um limitante para as pessoas com deficiência, já que no fim de semana ficam somente 4 vans de plantão para atender toda a população cadastrada das pessoas com deficiência física

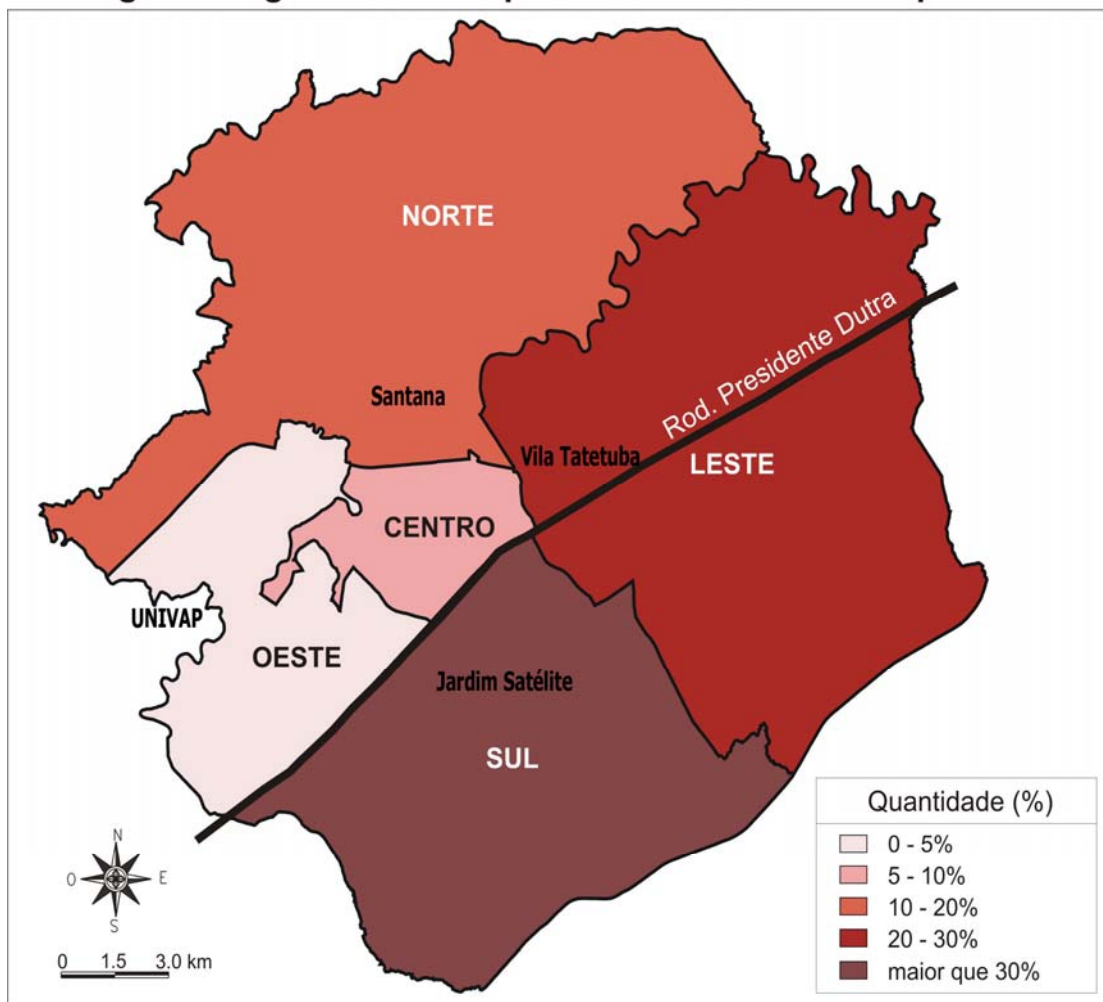
Na prática, para se conseguir uma reserva de van para um fim de semana, o agendamento precisa ser feito com mais de 10 dias de antecedência. Este problema poderia ser amenizado se os ônibus coletivos, que atendem os vários bairros e regiões da cidade, fossem adaptados.

Em outubro de 2005, o trabalho vinha sendo feito com 15 vans pertencentes às empresas de transporte coletivo que atendiam o município, e realizavam em média 183 viagens/dia para uma população de 1033 PCDFs credenciadas no Departamento de Transporte para utilizar o serviço.

Contatou-se que na cidade não existem ônibus adaptados para o transporte coletivo das pessoas com deficiência, o que dificulta em muito a sua mobilidade quando precisam se locomover nos finais de semana para ir a algum shopping center, área de lazer, centro histórico da cidade, parque municipal e diversas localidades e até o deslocamento para outras cidades, já que as vans atendem principalmente de Segunda a Sexta em horário comercial.

Mapa 05: Distribuição das PCDFs por Região Geográfica: São José dos Campos - 2005

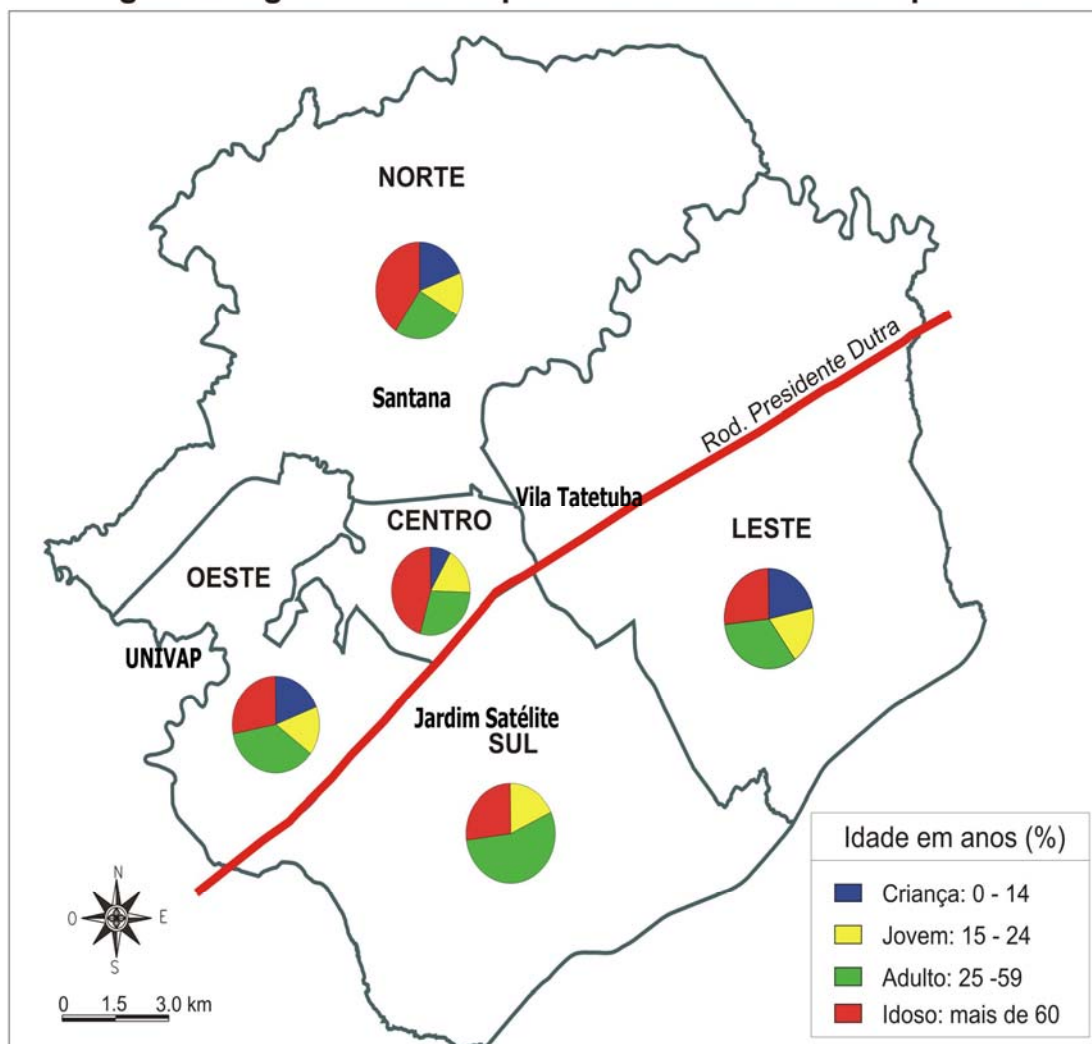
Quantidade de Pessoas com Deficiência Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005



Fonte: Adaptado de dados da PMSJC-2005.

Mapa 06: Distribuição das PCDFs por faixa etária-Região Geográfica: São José dos Campos - 2005

Porcentagem de Pessoas com Deficiência por Grandes Grupos Etários Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005



Fonte: Adaptado de dados da PMSJC-2005.

Através da tabela abaixo, obtida do banco de cadastro das pessoas com deficiência cadeirantes que utilizam as vans adaptadas, da seção de transporte da Prefeitura Municipal, pode-se fazer uma comparação entre o atendimento em 1999 e o que é fornecido nos dias atuais.

Tabela 32: Transporte Público de Vans para as PCDFs

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	
	1999	2005 (Outubro)*
Número de Credenciados**	106	1033
Pessoas Atendidas Frequentemente (Fixas)	69	299
Pessoas Atendidas (Frequência Variável) - Encaixe	37	466
Total de pessoas atendidas (Van)	106	765
Número de Carros	3	15
Atendimentos Diários (média)	20	183
Atendimentos Semanais (média)	102	915
Atendimentos Mensais (média)	407	3660
Frota adicional mínima necessária (Van)	0	13
<p>* Referentes: Janeiro a Outubro de 2005</p> <p>** Foram excluídas do banco de dados as pessoas falecidas, cujo número total era de 1122 cadastrados. Ainda estão consideradas pessoas que cancelaram ou não renovaram para emissão de carteirinha, mas que no futuro poderão se recadastrar</p> <p>*** O cálculo da frota necessária em relação ao atendimento de 1999</p> <p>Frota= $(183/(20/3)) - 15$ carros = 13 carros.</p>		

Fonte: Secretaria Municipal de Transporte: São José dos Campos (2005)

Pelos dados apresentados na tabela 32, descobre-se que há falta de no mínimo 13 Vans adaptadas, para se ter um atendimento similar ao existente em 1999. Na tabela 33 são apresentados as prioridades para o atendimento com as vans.

Tabela 33: Prioridades no atendimento com as Vans adaptadas

ORDEM de PRIORIDADE	Quantidade	
	1999	2005 (Outubro)
Tratamento de saúde, fisioterapia	80	685
Escola	3	23
Trabalho	8	23
Esporte e Lazer* (Passeios, basquete,...)	15	40
Total de usuários atendidos	106	765
* Somente aos sábados e domingos		
** No fim de semana ficam 4 vans de plantão para transportar os cadeirantes para eventos		

Fonte: Secretaria Municipal de Transporte: São José dos Campos (2005)

Tabela 34: Relação das Vans adaptadas com número de lugares

Empresa Transporte Coletivo	Quantidade das Vans		
	Tipo A	Tipo B	Total
Capital	3	4	7
Real	2	3	5
São Bento	1	2	3
Total	6	9	15
Tipo A: Possui 5 assentos para passageiros, 2 lugares para cadeiras especiais e elevador.			
Tipo B: Possui 3 assentos para passageiros, 2 lugares para cadeiras especiais e elevador.			

Fonte: Secretaria de Transporte – Prefeitura Municipal de São José dos Campos (2006)

De acordo com a Secretaria de Transporte do Município, o transporte com vans adaptadas é oferecido somente aos cadeirantes, ou seja, às pessoas com deficiência física cadeirantes, e deve ser solicitado com uma semana de antecedência no horário comercial. As peruas e vans que atendem à Secretaria de Educação são exclusivas e não são adaptadas para levar as cadeiras de roda, somente a própria pessoa com deficiência.

As escolas municipais mantêm as cadeiras especiais para seus alunos utilizarem durante as aulas. A não existência de um banco de dados centralizado, além de ser mais um agente complicador para a vida das pessoas com deficiência, evita melhor aproveitamento e maior eficácia dos transportes adaptados exclusivos para as pessoas com deficiência.

Em geral, nas entrevistas realizadas, percebeu-se uma frustração dos pais e parentes pela dificuldade em conseguir um transporte adaptado para levar as PCDs físicas às seções de fisioterapia, quanto mais para ir a algum shopping, eventos especiais ou aos parques da cidade. Os ônibus não são adaptados e as vans especiais são insuficientes para atender esse segmento social.

Há uma necessidade de integração entre as Secretarias do Município: Saúde, Educação e Social, no que se refere ao transporte adaptado para atender uma pessoa com deficiência, por não terem um banco de cadastros integrados. Presenciou-se uma Van buscando uma única pessoa com deficiência, para levar a uma seção de fisioterapia e, na mesma rua e quadra, uma outra criança necessitando e não podendo ir para o mesmo local, pois o condutor não tinha permissão para transportar os casos não autorizados pelos responsáveis do transporte na Prefeitura Municipal.

A dificuldade provocada pela falta de um **único banco de dados centralizado**, com o cadastro das pessoas com deficiência, poderia ser solucionada com a criação e a coordenação pelo Departamento de Transporte, desse banco que atenderia as PCDFs para as várias finalidades, aumentando a produtividade de utilização das vans, com o aproveitamento do sistema atual de comunicação NEXTEL existente neste transporte, tendo sido implantada recentemente uma comunicação entre motoristas e responsáveis pelo agendamento e pelo controle das vans adaptadas.

5.2 Atividades de sucesso para as PCDFs em São José dos Campos

Mesmo considerando como os atores hegemônicos têm conduzido nossa nação, com a lentidão do planejamento urbano em mudar a sua linha de ação, em relação à organização social do espaço urbano, voltado às pessoas com deficiência, é possível encontrar, nos últimos, anos exemplos isolados de excelências e sucesso em alguns municípios brasileiros, como resultado de algumas administrações socialistas que ascenderam ao poder após meados da década de 80, por pressão junto ao poder público de entidades e movimentos sociais voltados às pessoas com deficiência e, dentre essas cidades, destacam-se Santo André, Campinas e Curitiba.

São José dos Campos nos últimos anos, principalmente a Secretaria de Esportes, tem oferecido alguns momentos de lazer para uma parte desse segmento social, atendendo principalmente às pessoas que utilizam a rede municipal de ensino.

5.2.1 Colônia de Férias e Esportes adaptados



A Secretaria de Esportes do Município tem desenvolvido durante duas semanas nos meses de Janeiro e Julho, o Programa Colônia de Férias junto às pessoas com deficiência física. Nestas semanas várias crianças e jovens têm a oportunidade de acesso ao lazer, encontro, a chance de se divertirem e usufruírem o direito à cidade, num

local urbano adaptado.

Nas várias visitas às Colônias de Férias pôde-se comprovar, durante a participação das atividades recreativas, a grande satisfação e alegria das pessoas com deficiência em ter o seu ponto de encontro para atualizar conversas com seus colegas e amigos, bem como, a oportunidade de ter o seu lazer.

São José dos Campos também tem desenvolvido, na área de esportes, o basquete para pessoas cadeirantes e realizado anualmente olimpíadas específicas para as pessoas com deficiência como uma preparação para se ter representantes nas competições Estadual e Nacional. A figura 40 registra o Goolbol realizado no

Ginásio Pró-Visão na Olimpíada de 2005.



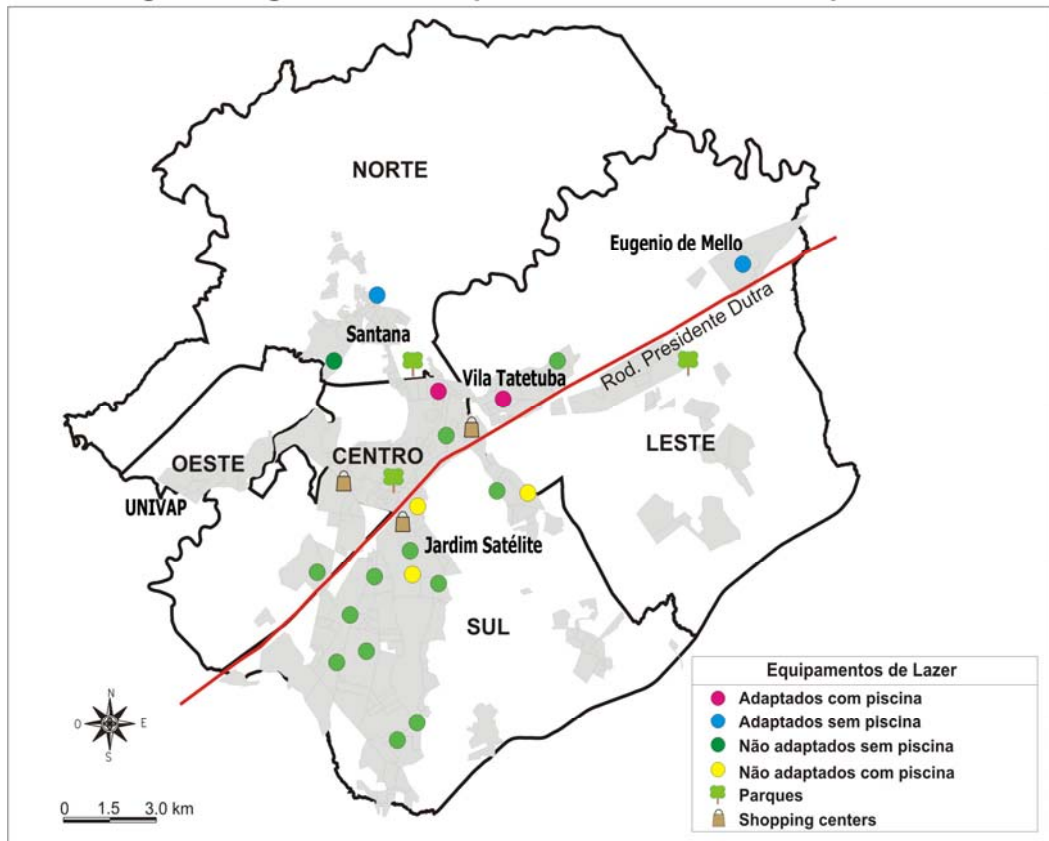
Figura 40: Goolbol praticado por deficientes visuais
Fonte: Freitas (2005)

Em relação aos locais públicos adaptados, pode se dizer que somente o Centro Comunitário da Vila Industrial, entre os existentes em vários bairros da cidade, ver mapa 07, é o mais preparado para as atividades com as pessoas com deficiência. Nesse local, além de se ter piscina especial, existem salões aptos para que sejam usufruídos pela pessoa com deficiência física para a prática de lazer e esporte, e onde se realiza o Programa Colônia

de Férias. Outros locais com algumas adaptações são o Ginásio de Esportes do bairro da Vila Maria, onde acontece a Colônia de Férias para os deficientes mentais e o Centro Comunitário do Subdistrito de Eugênio de Mello.

Mapa 07: Espacialização dos Equipamentos públicos de Lazer- Região Geográfica- São José dos Campos - 2005

**Distribuição dos Equipamentos de Lazer Adaptados e Não Adaptados
Região Geográfica: Município de São José dos Campos-2005**



Fonte: Adaptado de dados da PMSJC-2005.

5.2.2 Projeto Eficiência - Inclusão da PCDF no mercado de trabalho



Em várias cidades brasileiras, entre elas São José dos Campos, mesmo com o país ainda engatinhando com relação a inclusão social das pessoas com deficiência física, é possível constatar exemplos de sucesso. Na maioria deve-se ao esforço de entidades governamentais, organizações não

governamentais (ONGs) e cidadãos brasileiros que lutam em prol de maior justiça social, como o Projeto Eficiência no Instituto de Controle do Espaço Aéreo – ICEA , ligado ao Comando da Aeronáutica em São José dos Campos.

Através de visitas realizadas no ICEA no final do ano de 2004 e no início de 2005, foi possível conhecer o Projeto Eficiência onde pessoas portadoras de deficiência atuam em simulação de controle do tráfego aéreo e dão suporte em cursos de capacitação.

O projeto, que tem sido coordenado pelo Tenente Coronel Calheiron e chefiado pela Major Sonia Maria Herrera de Araújo e o Oficial superior reformado Anilton Mendes, um dos responsáveis pela inserção das pessoas com deficiência no Instituto, exigiu uma adaptação na estrutura física do ICEA com itens de acessibilidade, para facilitar a mobilidade das PCDs física tais como: rampas, equipamento de ponto para marcar a entrada e saída das pessoas com deficiência física cadeirantes e



banheiros adaptados. O Instituto abriu espaço para pessoas com deficiência, com a implantação do Projeto Eficiência em setembro de 2000 em parceria com a entidade SORRI-São José dos Campos, que realizava o recrutamento e o encaminhamento das pessoas com deficiência para o ICEA.

Atualmente, parceria passou a ser feita com a entidade Amigos Metroviários dos Excepcionais - AME, com sede na cidade de São Paulo, que também atua na

área de colocação profissional de pessoas com deficiência, fazendo, para o ICEA, a contratação e administração de toda a parte trabalhista das PCDs.

Há doze pessoas desenvolvendo a atividade de simulação de tráfego aéreo no curso de capacitação de controlador, oferecido pelo ICEA, e outras dez que realizam trabalho de digitação de dados climatológicos.

Um controlador de tráfego aéreo controla o tráfego no espaço aéreo, transmitindo orientações aos pilotos das aeronaves, que obedecem ao comando com manobras, aterrissagem ou decolagem, conforme indicação recebida do controlador. Na parte do curso que conta com o suporte dos profissionais da AME, o futuro controlador de tráfego aéreo participa do seguinte treinamento: em uma sala, diante de equipamento informatizado, passa orientações para um pseudopiloto, o profissional da AME, que se encontra em outra sala, diante de um computador com um software específico que simula o voo de uma ou mais aeronaves. Essa pessoa recebe a orientação, via comunicador (headphone), e executa, em seu computador, o comando recebido, simulando uma operação de voo. Na outra sala, o aluno visualiza a execução da ordem transmitida AME (2005).

O tempo necessário para treinamento é de 3 meses. Há um período de aprendizado do manuseio do software, fraseologia e terminologia padrão empregada por controladores e pelos pilotos e também conhecimento básico sobre as atividades do controlador de tráfego aéreo, para que possam entender e responder as orientações do controlador. Os alunos recebem também conhecimentos básicos de



inglês técnico, constante na fraseologia utilizada no simulador.

A Major Sonia Maria Herrera de Araújo, em entrevista ao jornal da AME (2005) destaca que: “[...] os profissionais com deficiência desempenham bem o trabalho, gostam do que fazem e interagem

bem com todas as pessoas, civis ou militares. O que eles trazem para a gente é uma experiência muito boa. Temos crescido com eles, pois estão sempre motivados”.

As pessoas com deficiência física que trabalham no ICEA, ao serem indagadas sobre o que representa o projeto na vida delas, expressaram comovidas o orgulho de terem sido escolhidas e não se sentirem discriminadas no local de trabalho. Afirmaram que a participação no projeto era como uma mola impulsora para

suas vidas e uma grande oportunidade de terem direito a uma vida social e profissional como todo cidadão brasileiro.

Uma das participantes de nome Cristiane ao falar da importância de fazer parte do programa e lembrar como a viam antes deste novo ambiente diz: “Nós, deficientes físicos, queremos ser vistos e tratados como normais. Sou deficiente físico, mas sou gente e não gostaria de ser tratada como coitadinha”. Com a remuneração que recebem, além de auxiliar no sustento da família e para alguns aperfeiçoar seus estudos, têm a oportunidade de decidir o que querem ter e onde praticar o seu lazer.

Ao visitar o local de trabalho observa-se um clima de realização e satisfação das pessoas portadoras de deficiência, por sentirem-se incluídas no mercado de trabalho, dentro de um projeto que envolve alta tecnologia e responsabilidade. Tanto o ICEA como os profissionais com deficiência do projeto, sentem-se recompensados com o resultado e por participarem de um programa de inclusão sócio-profissional com melhoria de qualidade de vida da pessoa com deficiência.

A interação social a que se expõe o portador de deficiência no ambiente de trabalho e o fato de se sentir útil contribui para seu crescimento pessoal e profissional. A sua auto-estima é igual à de qualquer outra pessoa e, para tê-la valorizada, precisa se sentir importante, o que é possível pelo simples fato de estar trabalhando.

Esta vivência foi presenciada com nossa filha Christiane, quando conseguiu assinar um contrato de trabalho para ser operadora de telemarketing.

CAPÍTULO 6 - CONSTRUINDO UMA CIDADE INCLUSIVA PARA TODOS

Após apresentar os conceitos teóricos e o panorama da deficiência, através da pesquisa realizada em campo e dados levantados anteriormente pelo IBGE em São José dos Campos, consegue-se entender a grande necessidade de se pensar numa melhor organização social do espaço urbano e criar condições de acessibilidade para os menos favorecidos, entre eles as pessoas com deficiência.

As autoridades públicas têm mais do que o dever de fazer cumprir as leis já aprovadas e abrir portas para que as pessoas com deficiência sintam que o espaço urbano é também para elas; precisam olhar para este segmento social cujo direito à cidade lhe é negado.

Bonduki (2000) ao falar sobre desenvolvimento econômico, estrutura urbana e necessidade de aumento de investimento, a médio e longo prazo, para a cidade ter a possibilidade de ser menos desigual e com melhor qualidade destaca que:

[...] isto significa enfrentar o desafio de oferecer infra-estrutura e equipamentos urbanos ao conjunto da cidade, em particular à periferia – de modo a reduzir as (de)vantagens locacionais - , gerar maior mistura de classes e usos urbanos, reduzir a necessidade de deslocamento entre as várias regiões, criar subcentros de comércio e serviços, garantir transporte público e coletivo de qualidade, [...].

Ao estimular a descentralização dos serviços e de lazer, reduz-se a possibilidade de deslocamentos intraurbanos, melhora-se a acessibilidade aos equipamentos públicos, a cidade se torna mais igualitária, e se faz com que os investimentos públicos sejam mais bem distribuídos nos espaços urbanos, diminuindo a segregação social e o privilégio para alguns grupos sociais e de interesses, concentrados na classe alta.

6.1 O direito da PCDF à cidade e à organização do espaço urbano

Com o propósito de subsidiar o planejamento urbano, entidades, órgãos públicos e autoridades que têm acesso para modificar e intervir nos espaços e equipamentos públicos, procurou-se apresentar algumas sugestões possíveis para a atuação do governo municipal, a fim de oferecer às pessoas com deficiência física e

seus familiares ou acompanhantes a oportunidade do direito à cidade.

6.1.1 Propostas para ações governamentais

Por causa da forma como a cidade tem sido planejada o grupo social das pessoas com deficiência física ficou, no decorrer do tempo, fora das decisões e prioridades, para a mudança do quadro atual, algumas das ações de caráter mais emergencial exigem algum trabalho como mutirão e outras necessitam ser contempladas nas decisões e prioridades do Governo Municipal.

As ações listadas visam auxiliar o governo municipal na elaboração de respostas que levem à adequação dos espaços e equipamentos públicos, para que os cidadãos com e sem deficiência física ou com grande dificuldade de locomoção, usufruam o direito do acesso à cidade.

Área de Lazer:

- Criar Centros de Convivência de referência, contendo equipamentos adaptados e com a utilização do desenho universal, voltados para as pessoas com e sem deficiência física. Alguns dos Centros Poliesportivos já existentes podem ser selecionados em bairros estratégicos e ser adaptados.
 - O Centro deverá contemplar: quadras esportivas de multiuso, salas especiais para oficinas de arte, treinamento em alguma profissão voltada ao trabalho manual e ao ensino de danças para as pessoa com deficiência física;
 - Deslocar para estes centros as clínicas de reabilitação e fisioterapia, o que evitaria o grande deslocamento que existe atualmente, já que as principais Unidades de Reabilitação disponíveis na cidade para atendimento dos mais carentes são: a Escola de Fisioterapia localizada no Campus Urbanova da Universidade do Vale do Paraíba na região oeste da cidade de São José dos Campos e as clínicas públicas localizadas em regiões próximas ao centro histórico do município.

Busca-se nestes Centros de Referências a possibilidade de o local ser

utilizado, sem distinção, por todos os da sociedade. Esta ação aumentaria a eficácia da utilização das vans e reduziria o número de pessoas não atendidas, pois os veículos de transporte reduziram as distâncias que percorrem atualmente e ficariam com maior tempo disponível para outras viagens. Como resultado final, a poluição ambiental provocada por esses veículos automotores também seria reduzida, pois as distâncias dos trajetos percorridos diminuiriam;

- Criar eventos especiais durante o ano para as pessoas com deficiência nesses Centros de Referência, como olimpíadas, colônias de férias, festival de música, cursos profissionalizantes, danças e outros programas especiais.
- Construir piscina adaptada, ou seja, de múltiplo uso.
- Apoiar a criação de novos espaços públicos adaptados para a prática de esportes, lazer e manifestações culturais;
- Criar praças públicas adaptadas e de uso múltiplo, ou seja, para as pessoas sem e com deficiência física poderem utilizá-las. Implementar, nesses locais, equipamentos especiais no parque infantil para que as pessoas com deficiência física tenham a chance de praticar o seu lazer. Ratificar na praça o local de ponto de encontro para os familiares das pessoas com deficiência física, onde tanto as famílias como seus filhos pudessem ter acesso ao lazer, ampliar amizades e trocar experiências comuns no seu dia-a-dia.
- Adequar e adaptar os parques públicos atuais, para serem utilizados por todos, tanto as pessoas com quanto as sem deficiência e implementar parques infantis adaptados;
- Estimular a abertura das escolas municipais nos finais de semana para atividades de lazer comunitário, tanto para as pessoas com quanto as sem deficiência, bem como para seus familiares.

Cursos Profissionalizantes

- Criar cursos profissionalizantes como: Trabalhos manuais, pintura, produção de pães caseiros nos Centros de Referência;

- Firmar termos de cooperação técnica com as organizações de formação profissional: SENAI e /ou SENAC, para fornecer e orientar cursos específicos para a qualificação das pessoas com deficiência física e motora;
- Desenvolver curso de informática visando a inclusão social.

Transporte:

- Ampliar o número de vans adaptadas, que aponta uma deficiência de, no mínimo, 13 veículos atualmente;
- Dividir a quantidade das vans adaptadas nas regiões geográficas. A quantidade deve ser em função da quantidade das PCDs cadastradas nestas regiões.
- Criar um banco centralizado de dados cadastrais, para que o transporte adaptado fornecido pelo poder público, melhore a sua produtividade de atendimento à pessoa com deficiência em qualquer de suas necessidades, quer de fisioterapia, lazer, educação ou médica;
- Criar uma linha telefônica 0800-Transporte para atender às pessoas com deficiência que não possuem telefone em casa, para ter a chance de sentir-se em iguais condições com os de maior poder aquisitivo;
- Exigir das empresas de ônibus atuais (ou abrir nova licitação) para que elas, em pelo menos uma linha estratégica em cada região geográfica do município, tenham um veículo adaptado. As cidades de Curitiba e São Paulo possuem esse tipo de linhas estratégicas e funcionam com sucesso.

Acessibilidade

- Observar os requisitos de acessibilidade nas concessões, delegações e permissões de serviços públicos.

Unidades de Reabilitação

- Criar uma Unidade de Reabilitação na região Norte do município, desmembrando

a Unidade atual da região Centro Norte. O mapa 04 (p. mostra quão descoberta está a região Norte, uma das de baixa renda familiar do município e onde, atualmente, as pessoas com deficiência, têm que se deslocar para agendar e terem as sessões de fisioterapia no Centro da Cidade;

- Reestudar a localização da Unidade de Reabilitação (UR) da Região Leste, visto estar distante de onde está localizada a maior quantidade de população da zona Leste. Pelo mapa 04 percebe-se que está muito mais próxima do Centro Histórico do que dos bairros mais populosos da região Leste;
- Reavaliar o tamanho das Unidades de Reabilitação da zona Leste e Centro Norte para se evitar que haja excedente;
- Estudar a implantação de hidroterapia nas URs ou nos Centros de Referência. Este item depende da implantação dos Centros de Referência para as pessoas com deficiência, ou ampliação das URs atuais.

Barreiras arquitetônicas:

- Realizar levantamento dos pontos nas calçadas de ruas de grande acesso ao comércio e locais públicos e nas praças públicas e seu entorno que não apresentam rampas de acesso e têm irregularidades para o trânsito das pessoas cadeirantes e com grande dificuldade de mobilidade;
 - Elaborar plano para que os pontos encontrados com falha sejam reparados tanto pelo governo municipal ou pelos proprietários ou responsáveis pelos imóveis;
- Instituir medidas que propiciem a remoção de barreiras arquitetônicas, ambientais, de transporte e de comunicação para garantir o acesso da pessoa com deficiência física aos serviços, às áreas públicas e aos edifícios comerciais;
- Ampliar fiscalização para que a Lei e as normas técnicas sejam cumpridas nas novas edificações ou na abertura de novos pontos comerciais.

6.1.2 Recomendações para playground: Brinquedos adaptados

Abaixo são apresentados alguns exemplos de brinquedos adaptados, a serem implementados nos parques infantis. Buscou-se a interação, visto que, quanto mais a criança com deficiência física, ou com grande dificuldade motora, experimentar os objetos que lhe suscitem alguma medida de atividade, mais estará interativa com o ambiente, auxiliando a sua integração na sociedade.

É muito importante para a criança tornar-se consciente do espaço que a rodeia enquanto brinca. Encoraja-se a mover-se em diversas direções, como para trás, para frente e para os lados, arrastar-se, ficar de joelhos e andar (...) brincando de gangorra, escorregas e carrossel, são meios de divertir que ajudarão à criança a entender a relação entre o espaço e sua própria posição, sempre mudando [e crescendo] (BOBATH apud LAUFER, 2001).

Gangorra

Nas figuras 41 e 42, observa-se que a criança com deficiência física pode ter dificuldades para impulsionar a gangorra para cima; por isso recomenda-se um assento extra atrás do assento adaptado, para que outra pessoa possa sentar-se e impulsionar a gangorra.



assento da

Fonte: Laufer (2001)



Figura 41: Gangorra e gangorra



Figura 42 : Perspectiva da gangorra com assento extra
Fonte: Laufer (2001)

BALANÇO

O balanço da figura 43 apresenta o apoio para os pés e as cintas de segurança para segurar a criança com deficiência.



Figura 43: Perspectiva do balanço adaptado
Fonte: Laufer (2001)

ESCORREGADOR

Deve-se observar na construção do escorregador, a grade de proteção, o corrimão extra e a escada para possibilitar que o adulto, quando necessário, acompanhe a subida e descida da criança com deficiência.

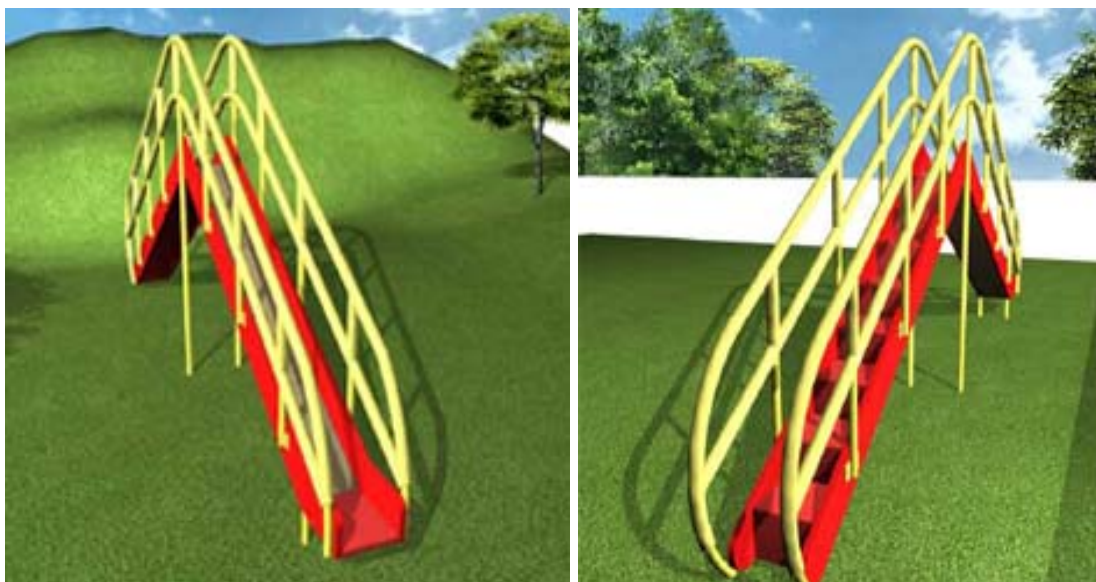


Figura 44: Escorregador adaptado
Fonte Laufer (2001)

De acordo com Laufer (2001), os brinquedos adaptados exemplificados neste capítulo são uma tentativa de oferecer, às crianças com deficiência, o seu direito de acesso ao lazer, possibilitando oportunidades para explorar seus limites, vencer desafios e vivenciar novas perspectivas de humanização em suas relações sociais. A recomendação é instalar esses brinquedos adaptados em praças e parques públicos e contribuir para a integração social da criança com deficiência física ou com grande dificuldade motora, já que, ao brincar com outras crianças, ela desenvolve a cooperação e o compartilhar dos brinquedos, ao mesmo tempo em que as sem deficiência aprendem a aceitar de maneira mais acolhedora a com deficiência.



Figura 45: Criança subindo o escorregador com auxílio
Fonte: Laufer (2001)

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade capitalista a inclusão social é baseada na troca do trabalho e no poder de consumo do indivíduo. Por ser um segmento social pouco provido de possibilidade de troca da força do trabalho, que começa com as barreiras no processo de educação, na oportunidade de ter acesso ao lazer, e na dificuldade quanto a sua mobilidade e sua acessibilidade no município, sua sobrevivência fica comprometida. Soma-se a essas dificuldades um mercado de trabalho que dificulta o abrir das portas para que parte desse grupo tenha acesso.

Planejar o futuro, recuperar a história, torna-se algo muito distante e quase impossível para a maioria da população, principalmente para as pessoas de classes sociais menos favorecidas, que são as primeiras a sentir o impacto de uma infraestrutura insuficiente de saneamento básico, de uma política pública e um planejamento urbano desfocados e distantes das classes espoliadas e carentes no município e, entre elas, a maioria das pessoas com deficiência física que vive em bairros mais periféricos nas regiões geográficas.

A formulação de políticas públicas e a fixação de prioridades orientadas à inclusão dos grupos sociais contemplados no Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, para as pessoas portadoras de deficiência requerem o conhecimento de sua realidade, sua condição sócio-econômica, sua situação no mercado de trabalho, entre outras informações igualmente importantes para o planejamento urbano, que foram levantadas e desenvolvidas neste trabalho como fonte de estudo para tomada de decisão do governo municipal.

As políticas públicas deveriam incentivar a inclusão, mas isso não acontece porque as políticas não estão voltadas para a redução das desigualdades territoriais de desenvolvimento existentes em nossa sociedade. (TASSARA, 2004)

O poder público quando fala em integrar políticas, deveria também ter em mente uma atuação integrada entre os diversos órgãos do governo para a promoção do acesso à cultura, ao desporto e ao lazer. Esse acesso pode se dar através do estímulo à participação das pessoas portadoras de deficiência, nas atividades culturais desenvolvidas no seu bairro ou mediante a adequação física de casas de espetáculos, cinemas, teatros, museus, bibliotecas, estádios, clubes e outras áreas de recreação.

Por essas razões, o entorno desempenha papel igualmente fundamental para que as pessoas com deficiência física e motora possam sair de sua residência e chegar ao estabelecimento de saúde, à escola ou à faculdade, ao seu trabalho e às outras atividades culturais ou de lazer. O acesso a essas edificações deve ser complementado pela acessibilidade nas ruas e nos espaços da cidade, bem como nos meios de transporte.

Procurou-se nesta pesquisa, levantar situações para auxiliar o poder público e o planejamento urbano para que se possibilite, às pessoas com deficiência física, terem o direito à cidade, o que significa providências do governo municipal com políticas públicas mais justas para lhes garantir maior liberdade e independência o que, na prática, passa por calçadas sem buracos e obstáculos, construção de rampas nas vias e prédios públicos, transporte público adaptado e com quantidade adequada, pois ainda não é uma realidade em São José dos Campos, além de maior foco em oferecer condições para a prática do lazer e praças públicas adaptadas para facilitar o ponto de encontro para esse segmento social.

As conquistas ainda são poucas, comparadas às necessidades da população especial em São José dos Campos, onde há 8 mil pessoas com deficiência física ou que apresentam problemas de mobilidade, pois o município pouco tem oferecido de infra-estrutura necessária para o deslocamento dos cadeirantes. Muitos não podem utilizar as calçadas porque a cadeira pode ficar presa num dos buracos ou parar abruptamente devido às irregularidades, raízes de árvores expostas e excesso de obstáculos instalados em calçadas públicas. Isto sem falar das barreiras urbanísticas e arquitetônicas, e na falta de infra-estrutura no comércio que, quando dispõe de rampas de acesso, não tem banheiros adaptados, salvo os *shopping centers*. O problema se repete entre os que dependem de muletas para se locomover ou ainda entre os que têm sérios problemas de visão.

Vivemos dias em que, mesmo com as leis já elaboradas procurando amenizar os problemas urbanos das pessoas com deficiência física, elas acabam ficando, quase sempre, no discurso ou arquivadas, visto que as pessoas com deficiência necessitam de certa infra-estrutura mínima para exercer suas atividades (alteração dos sanitários, rampas, ...), bem como transporte adaptado para sua mobilidade, o que para os empresários significa despesas extras e não uma oportunidade de se ter uma sociedade mais justa e inclusiva.

Quanto ao lazer, o poder público pouco tem caminhado neste sentido para ajudar esse segmento social, quer com centros comunitários adaptados e com eventos especiais, quer com as praças públicas voltadas para essa minoria. O resultado é que, não podendo ou tendo grande dificuldade para gerar recursos para sua sobrevivência e participar da sociedade de consumo, às pessoas com deficiência é negado o direito à cidade, ampliando-se o quadro da exclusão social, triste retrato da deficiência no Brasil e que não é diferente em São José dos Campos, como discutido em capítulos anteriores, destacando os resultados da pesquisa em campo.

Portanto, pode-se dizer que é condição necessária para o exercício da cidadania, que o governo local envide esforços para que todos tenham acesso aos serviços urbanos e à infra-estrutura básica como saneamento, água tratada, saúde pública preventiva e aos transportes urbanos que, nos dias atuais, são deficientes no município.

Tanto a redistribuição das unidades de reabilitação como sua ampliação, muito ajudariam para melhorar a qualidade do serviço oferecido pelo poder público. Melhores resultados seriam obtidos no caminho da redução dos índices de pessoas com deficiência, com a informação e os projetos sociais chegando às classes de baixa renda. Enquanto a lei, que é tão eficiente no papel, não ganhar cores vivas na realidade, as pessoas com deficiência nunca sentirão a sua cidadania plena alcançada

O valor social de uma cidade é medida de acordo com as finalidades e obstáculos que as pessoas encontram na busca dos interesses particulares que lhes correspondem, e de acordo, com a capacidade de manter instituições apropriadas para que, na busca do interesse privado de cada um, as levem a servir ao bem comum. (FERRAZ, 1996)

Espera-se que esta pesquisa colabore como fonte de estudo para que o planejamento urbano e o governo local melhore a sua gestão e busque soluções mais justas e democráticas para os problemas de infra-estrutura.

É estratégico que os olhos dos que detêm o poder de decisão se desloquem para as áreas mais carentes, onde se encontra a grande maioria das pessoas com deficiência física e com baixa renda.

Através do desenvolvimento de projetos de planejamento urbano, da execução

de políticas públicas e programas voltados à saúde, educação, trabalho e lazer, as necessidades de acessibilidade e inclusão social das pessoas com deficiência física serão atendidas.

Vale lembrar que a intervenção precisa acontecer em todos os projetos do governo municipal, principalmente os voltados para criação e recuperação de espaços de acessibilidade da cidade, pois decorre que a deficiência física está em todas as classes sociais, mas com a maioria pertencendo à população mais pobre, que não dispõe de informação sobre seus direitos e recursos que lhe poderão lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida e uma justiça social igualitária.

Pode-se concluir que, estando a democracia se firmando a cada dia no Brasil e a busca pela cidadania e justiça social cada vez mais presente na sociedade, os executores e legisladores da política pública municipal possuem, na atualidade, a oportunidade e, ao mesmo tempo, o difícil desafio de apresentar propostas que assegurem e promovam os direitos das diversas classes sociais, entre elas, as pessoas com deficiência física, para que o município de São José dos Campos tome uma nova forma de ser e se torne mais justo e menos desigual.

BIBLIOGRAFIA

Referências

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Coletânea de Normas de Acessibilidade para Pessoas Portadoras de Deficiências**. Edição Especial do CORDE. Rio de Janeiro, 2001.

ADRIANA Perri. Centros de Vida Independente. **Revista Sentidos**, n.17, p.12-15, 2003.

AFFONSO, Nazareno Standilau. BADINI, Cristina, GOUVÊA, Fátima. **Mobilidade e Cidadania** – ANTP : Associação Nacional de Transporte Públicos. São Paulo: ANTP, 2003.

ARISTOTELES. **A Política**. Trad. Nestor Silveira Chaves. Rio Janeiro: Tecnoprint, 1969.

BAHIA, Sergio Rodrigues; COHEN, Regina; VERAS, Valéria. **Município e Acessibilidade**. Rio de Janeiro: IBAM/DUMA, 1998.

BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Edição Revista e Atualizada no Brasil. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil. 1988.

BONDUKI, Nabil. **Habitar São Paulo: reflexões sobre a gestão urbana**. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

BORGES, Luciana Suckow. **O Mapa da Pobreza Urbana de São José dos Campos – S.P. – 2000**. 399f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade Vale do Paraíba, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BUCHALLA, Cássia Marialla, A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Sentidos**, n.17, p.16-17, 2003.

CAOHURB: **Temas de direito urbanísticos 3**. São Paulo: Ministério Público – Imprensa Oficial, 2001.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. As novas contradições do espaço. In: DAMIANI, Amélia Luisa, et. al. (org.), **O espaço no fim do século: a nova raridade**. São Paulo: Contexto, 2001. p 62-74.

_____. **Espaço Urbano: Novos escritos sobre a cidade**. São Paulo: Contexto, 2004. 160 p.

CARVALHO, A. M. **Aprendendo metodologia científica: uma orientação para os alunos de graduação**. São Paulo: O Nome da Rosa, 2001.

CLEMENTE, Carlos Aparício (coord.), **Vencendo Barreiras**. 2.ed. Osasco, SP.: Espaço e Cidadania, 2002.

_____. **Trabalho e inclusão social de portadores de deficiência**. Osasco, SP: Gráfica e Editora Peres, 2003.

_____. **Trabalhando com a diferença: responsabilidade social, inclusão de portadores de deficiência**. Osasco, SP: Espaço da Cidadania, 2004.

CORDE: Coordenadoria Nacional para Integração de Pessoas Portadoras de Pessoas de Deficiência. **Elementos básicos para a eliminação de barreiras arquitetônicas e ambientais**. Brasília, 1989. 59p.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito chave da Geografia. In: CASTRO, Iná Elias de. **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995. p.15-47.

_____. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática, 1995.

DÉAK, Csaba. Acumulação travada no Brasil e a crise dos anos 80. In: Déak , Csaba; Schiffer, Sueli Ramos. **O processo de urbanização no Brasil** ,São Paulo EDUSP 1999.

DURANT, Will. **História da Civilização: César e Cristo**. Tomo 1º, 3ª parte, São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1946a. 456 p.

_____. **História da Civilização: Romana e do Cristianismo até o ano 325 D.C.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1946b.394 p.v.3.

_____. **Nossa Herança Clássica – A vida na Grécia**. Tomo 1º, 2ª parte, São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1957. 474 p.

FEIJÓ, Alexsandro R.A.. **Direitos Humanos e Proteção Jurídica da Pessoa Portadora de Deficiência**: Normas Constitucionais de acesso e efetivação da cidadania à luz da Constituição Federal de 1988. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2003.

FERRAZ, Hermes. **Cidade e Vida**. São Paulo: João Scortecci Editora. 1996.

FERREIRA, Luiz Antonio Miguel. Os loteamentos e a pessoa portadora de deficiência. In: **Temas de Direito Urbanístico 3**. São Paulo:Procuradoria Geral de Justiça, Ministério Público –Imprensa Oficial, 2001. p. 347 – 364.

FLETCHER, Agnes. **Idéias práticas em apoio ao Dia Internacional das pessoas com deficiência**: 3 de Dezembro. São Paulo: Eletropaulo ,1996.

FONTES, José Américo Silva. **Lesão Cerebral: Causas e Prevenção**. Brasília DF.: CORDE. 2002.

GERARDI, L.H.O; SILVA, B; NENTWIG, C. **Quantificação em Geografia**. São Paulo: Difel, 1981.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Base de Informações por**

Setor Censitário – Censo Demográfico 2000 – Cidade de São José dos Campos
– 3549904. Rio de Janeiro : IBGE, 2002. 1 CD-ROM.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. 2a ed, São Paulo: Centauro Editora, 2001. 152p.

LOJKINE, Jean. **O Estado capitalista e a questão urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MARICATO, Ermínia, Brasil, **Cidades: alternativas para a crise urbana**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 208p.

MAZZEO, Nicolle de Bragança , **Anteprojeto de um parque infantil para crianças com necessidades especiais em Jacareí – SP**, Monografia do curso de Arquitetura e Urbanismo da UNIVAP - Universidade do Vale do Paraíba, 2003.1 CD-ROM.

OLIVEIRA, José Oswaldo Soares de, **Anotações em sala de aula da disciplina: Processo Histórico da Urbanização no Brasil**, Mestrado (Planejamento Urbano e Regional)- Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, 2004.

OLIVEIRA, Carlos Afonso da Silva. **Cidadania e Inclusão - Módulo 1: Os direitos das pessoas portadoras de deficiência**. Brasília, DF.: CORDE, 2001.

PAVIANI, Aldo, A Construção Injusta do Espaço Urbano. In. PAVIANI, Aldo (org.). **A Conquista da cidade: Movimentos populares em Brasília**. Brasília: Editora UnB, 1991.

PESSOTTI, Isaías. **Deficiência Mental: Da superstição à ciência**. São Paulo: EDUSO, 1994.

PERGOLA, Giuliano Della, **Viver a cidade: orientações sobre problemas urbanos**. São Paulo: Paulinas, 2000. 136p.

PLATÃO. **A República**. trad. Corvisieri, Eurico. São Paulo: Editora Nova Cultural. 1997. 352p.

PLUTARCO. **As vidas dos homens ilustres de Plutarco: Licurgo**. Trad. Do grego por Amyot. Trad. Brasileira por Aristides da Silveira Lobo. São Paulo: Américas. 1951. 468p. Tomo Primeiro.

POCHMANN, Marcio (org.), **Desenvolvimento, trabalho e solidariedade: Novos caminhos para a inclusão social**. São Paulo: Cortez, 2002. 256p.

PMSJC - Prefeitura Municipal de São José dos Campos. **Informações sobre a cidade de São José dos Campos** . São Jose dos Campos, SP.: Secretaria de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2001. 58p.

_____. Plano Diretor: **Todos decidindo o futuro da cidade - Diagnóstico**. São José dos Campos, SP.:Secretaria de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2006. 106p.

_____. **São José dos Campos em dados**. São José dos Campos, SP.: Secretaria de Planejamento Urbano e Meio Ambiente. 1998. 95p.

_____. **Região Administrativa de São José dos Campos**, Fórum São Paulo Governo presente, São Paulo: Imprensa Oficial. 2002, 48p.

PPDI – **Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado**: Um Plano da Cidade para a Cidadania. São José dos Campos, SP: Prefeitura Municipal, 1994.

_____. **Plano Diretor: Todos decidindo o futuro da cidade**. Diagnóstico – Versão Preliminar. São José dos Campos, SP: Prefeitura Municipal, 2006.

PRADO JUNIOR, Caio. **História Econômica do Brasil**, São Paulo: Brasiliense, 2000.

RESENDE, Denis Alcides; CASTOR, Belmiro Valverde Jobim. **Planejamento estratégico municipal**: Empreendedorismo participativo nas cidades, prefeituras e organizações públicas. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

RIBAS, João Baptista Cintra, **O que são pessoas deficientes**. 2ª reimpr. da 6ª ed. de 1994. São Paulo: Brasiliense, 2003. 104p.

RIBEIRO, Lauro Luiz Gomes: Meio Ambiente artificial e pessoa portadora de deficiência – aspectos relevantes dessa convivência. In: **Temas de Direito Urbanístico 3** – São Paulo: Ministério Público do Estado de S. Paulo – Procuradoria Geral de Justiça– Imprensa Oficial, 2001. p. 123 – 142.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa Social – Métodos e Técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

RUDIO, Franz Victor, **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis, RJ.: Ed. Vozes, 1986. 144p.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**. 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 2000. 237p.

_____. **Pensando o espaço do homem**. 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 1991. 68p.

_____. **Metamorfose do espaço habitado**. 4ª ed., São Paulo: Hucitec, 1996. 119p.

_____. **Espaço e Método**. 4ª ed., São Paulo: Nobel, 1997.

_____. **O espaço do cidadão**. 4ª ed., São Paulo: Nobel, 1998. 143p.

_____. **País Distorcido: O Brasil, a globalização e a cidadania**. São Paulo: Publifolha, 2002. 224p.

SANTINI, Rita de Cássia Giralde. **Dimensões do Lazer e da Recreação: Questões espaciais, sociais e psicológicas**. São Paulo. Editora Angelotti, 1993.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. 4ª ed. Rio Janeiro: WVA, 2002. 176p.

_____. **Integração e Inclusão**. São Paulo, 2003. Entrevista concedida para

Tatiana Wittman em 1º de Agosto de 2003 para o Jornal da AME. Disponível em: <http://www.cidadania-e.com.br>. Acesso em: 20 jul.2005.

_____. **Inclusão no Lazer e Turismo: Em busca da qualidade de vida.** São Paulo: Áurea Editora. 2003.

Secretaria de Planejamento Urbano e Meio Ambiente (SPMA). **São José em Dados 2004:** Informações sobre a cidade de São José dos Campos em dados. Prefeitura Municipal, 1998. 1 CD-ROM

SILVA, Otávio Marques, **A Epopéia Ignorada: A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e hoje.** São Paulo: CEDAS, 1986. 470p.

SOARES, Anamaeve Alves. A construção dos conceitos de deficiência e de educação especial: uma análise histórico-cultural. **Virtus, Revista Científica em Psicopedagogia**, Tubarão, S.C.,v.2., n1., p. 241-265, jul.2002.

SOUZA, Ana Maria Santos; SOARES, Luiz Laerte. **Modernidade e Urbanismo Sanitário** – São José dos Campos: A trajetória da aldeia. São José dos Campos, SP: Papercrom Editora Gráfica Ltda, 2002.

SOUZA, Marcelo Lopes de, **Mudar a cidade:** Uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos. 2ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003. 560p.

SOUZA, Ubiratan Ribeiro de (coord.) **"Política Municipal para a Pessoa Portadora de Deficiência"**. Brasília: Ministério da Justiça CESPP/IBAM/CORDE; 2004.

TASSARA, Eda Terezinha ded Oliveira. Avaliação de Projetos Sociais:uma alternativa de inclusão. In.: SOUZA, Lídio de; TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs). **Violência e Exclusão:** Convivendo com paradoxos. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

SPOSITO,Maria Encarnação B. **Capitalismo e Urbanização.** 13ed., S. Paulo: Contexto, 2001. 80 p.

VASCONCELOS, Eduardo A. **Transporte Urbano nos países em desenvolvimento – Reflexões e propostas.** São Paulo: Editoras Unidas, 1996. 284p.

_____. **Transporte Urbano, espaço e eqüidade:** Análise das políticas públicas. São Paulo: Editoras Unidas, 1996. 176p.

_____. **Circular é Preciso, Viver não é preciso:** A história do trânsito na cidade de São Paulo. São Paulo: Annablume: FAPESP; 1999. 326p.

VAZ, José Carlos, Os muitos centros de uma cidade. In: PAULICS, Veronika (org). **Dicas: Idéias para a ação Municipal** São Paulo: Polis, 2000, p-183 – 184.

VILLAÇA, Flávio. **Espaço Intra-Urbano no Brasil.** São Paulo:Studio Nobel - FAPESP: Lincoln Institute, 2001.

_____. **O que todo cidadão precisa saber sobre habitação,** São Paulo: Global Editora. 1986.

Sítios consultados

Acessibilidade Brasil – **Leis de Acessibilidade - Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Disponível em: <http://www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=43> , Acesso em 26Jan2004.

AMIGOS METROVIÁRIOS DOS EXCEPCIONAIS – AME, AME faz parceria com o Instituto de Controle do Espaço Aéreo–ICEA. **Jornal da AME**. Disponível em: <http://www.ame-sp.org.br/noticias/jornal/novas/tejornal79.shtml>. Acesso em: 10jul.2005.

ADA - **Guide for Small Businesses**, 4th Printing, 1999. Disponível em: <http://www.usdoj.gov/crt/ada/smbusgd.pdf>. Acesso em 21Nov2003.

ADA..**Regulation and Technical Assistance Materials**: ADA Guide for Small Towns. A 21-page guide that presents an informal overview of some basic ADA requirements and provides cost-effective tips on how small towns can comply with the ADA.. Disponível em : <http://www.usdoj.gov/crt/ada/publicat.htm#Anchor-ADA-14210>. USA 2000. Acesso em 25 Jul. 2003.

ADAAG - **Accessibility Guidelines for Buildings and Facilities**. 2002. Disponível em : <http://www.access-board.gov/indexes/accessindex.htm>. Acesso em 25 Jul.2004.

ALMEIDA, Ana Carolina Coelho de; et. al. **Direitos das pessoas portadoras de deficiência e dos idosos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/oficinas/dhparaiba/5/deficiente.html#5>. Acesso em 14 abr.2005.

BENCINI, Roberta. Inclusão: Uma longa história em defesa de oportunidade iguais para todos. **Revista: Escola on-line**, n 139, Jan/Fev de 2001. Disponível em: http://novaescola.abril.com.br/indexhtml?ed/139_fev01/html/inclusão. Acesso em: 03mai2005.

BRASIL. Presidência da República do Brasil: Subsecretaria Direitos Humanos, Legislação. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/sedh/>. Acesso em 18ago2005.

BRASIL.. Presidência da República: Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos.Lei nº 10098/00, de 19 de dezembro de 2000: **Normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L10098.htm>. Acesso em: 25ago2005.

COCCARO, Celso Augusto Filho. **Usucapião especial de imóvel urbano: instrumento da política urbana**. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5709>. Artigo elaborado para o Jus Navigandi em 2004. Acesso em: 15out2005.

COHEN, Regina. Estratégias para a Promoção dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência. **Seminário Direitos Humanos no Século XXI**, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/artigos37.htm>. Acesso em 18Set2005.

DEFICIENTE ONLINE. **Deficiência: Perguntas gerais sobre a deficiência.** Disponível em: <http://www.deficiente.com.br/download-arquivo-15.html>. Acesso em 21Jun.2005.

DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br>. Acesso em: 05mai2006.

FERNANDES, Florestan. O roteiro da pobreza. **Jornal Folha de S.Paulo**, sexta-feira, 11 de agosto de 1995. Disponível em: http://www.iff.org.br/Upload/PlanoDiretor/florestan_fernandes/publicacoes/o_roteiro_da_pobreza.pdf. Acesso em: 03set 2004.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. O Trabalho Protegido do Portador de Deficiência, **Revista Âmbito Jurídico**, Publicado em 5março2001. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/aj/dtrab0022.htm>. Acesso em: 21abril2005.

FONSECA, **Normas da ABNT.** Disponível: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp. Acesso em: 10out.2005

GUGEL, Maria Aparecida, et. Al., **Manual: A inserção da PPD e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho.** Brasília/D.F: 2001. Disponível em http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/manual_ppd.pdf. Acesso em 15nov2006.

GUIMARÃES, Marcelo Pinto. **Acessibilidade: Direito para a Inclusão.** A eliminação de barreiras possibilita aos portadores de deficiência agirem na sociedade. Publicado na CVI-BH em 17julho2002. Disponível em: www.acadef.org/texto/html. Acesso em:27abril2005.

IBC – Instituto Benjamim Constant. **Fique por dentro: Leis Federais que contemplam as pessoas portadoras de deficiência.** Disponível em http://www.ibc.gov.br/Texto/PORDENTROTXT/Leis_Federais.htm. Acesso em: 22abril2005.

IBGE. **Censo Demográfico 2000.** Características Gerais da População. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 Ago 2004.

IBGE **Tabulação Avançada: Características da população**-Tabela 1.1.3– População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo o tipo de deficiência Censo Demográfico 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabulacao_avancada/tabela_brasil.shtm. Acesso em 15abr2005.

LAUFER, Adriana Mariana, **Recomendações para projetos de brinquedos de recreação e lazer adaptados á criança com paralisia cerebral.** Tese (Mestrado), UFSC: Universidade de Santa Catarina, 2001, Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/Resumo.asp?1992>. Acesso em: 27 jul 2004.

Lei Orgânica do município. São José dos Campos, Boletim do município Nr 720 - Suplemento, 1990.

LESÃO MEDULAR: Disponível em <http://www.lesaomedular.com.br/acessi.htm>. Acesso em 10jul2004.

LIMA, Renato da Silva. **Expansão Urbana e Acessibilidade** – O caso das cidades médias brasileiras, dissertação de Mestrado, 1998, Universidade de São Paulo-Escola de Engenharia de São Carlos. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18137/tde-25062002-155026/>. Acesso em 05Jul.2004.

LOIOLA, Mariana. **Acessibilidade: uma chave para a inclusão social**. Rio de Janeiro, 07jun2004, Disponível em: <http://www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=262>, Acesso em 31Jul.2004.

MAIOR, Izabel Loureiro. **Acessibilidade, 2004**. Rio de Janeiro. Entrevista concedida para Mariana Loiola em 07Jun2004. Disponível em : <http://www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=262>. Acesso em 30jul.2004.

NERI, M. et al., **Retratos da Deficiência no Brasil realizada em Outubro de 2003**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS. Disponível em : http://www.fgv.br/cps/Deficiencia_BR/inicio.htm. Acesso em 15 Out.2003.

Normas sobre equiparação de oportunidades para pessoas com deficiências. Publicação APADE e CVI-NA. São Paulo,1996, 50p.

OLIVEIRA, Helena. As Políticas Públicas e os Desafios para o Município. In:**VI Conferência Nacional de Direitos Humanos** –Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.ibam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>. Acesso em 22jul.2005.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil: **Relatório de Desenvolvimento Humano 2001**. Disponível: www.pnud.org.br. Acesso em 18Dez.2005.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil: **Relatório de Desenvolvimento Humano 2003**. Disponível: www.pnud.org.br. Acesso 20Jan.2006.

PROWAAC - Public Rights-of-way access advisory. **Building a true community**. Final Report. Jan 2001. Disponível em : <http://www.access-board.gov/prowac/commrept/index.htm>. Acesso em 20 Jul. 2003.

RATTNER, Henrique. Sobre exclusão social e políticas de inclusão. **Revista Espaço Acadêmico**. V.2, n.18, Novembro de 2002 – Mensal. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/018/18rattner.htm>. Acesso em 20jul.2005.

REDE SACI: **As deficiências**. Disponível em: <http://www.saci.org.br>. Acesso em 18set2003.

RESENDE, Ana Maria de; Viotti, Renato Baumgratz , Retrato da Pessoa com Deficiência no Brasil Segundo o Censo de 1991- **Texto para discussão** ,n.975, 39p. Brasília, 2003, Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 05 Out. 2003

RIBEIRO, Matilde, **Mestre de Verdade**. Discurso no Seminário Internacional Universidade do Século XXI - lançamento do Programa Universidade Milton Santos em 27nov.2003. Disponível em : <http://www.presidencia.gov.br/seppir/not/nt40.htm>. Acesso em 08ago2004.

REVISTA DOS TRANSPORTES PÚBLICOS - ANTP, Edição especial: **Desenvolvimento urbano, transporte e trânsito**. v.25, n.100, 3o e 4o Trim. 2003.

ROZICKI, Cristiane. **Deficiente e a participação nas esferas da vida em sociedade**. **Revista Espaço Acadêmico**- v.2, n.22, Março 2003, Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/022/22crozicki.htm>. Acesso em 14abr.2005.

REDE SARAH de Hospitais de Reabilitação. **Mapa da Mortalidade por causas externas**. Disponível em: <http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/p-02.htm>. Acesso em: 23jan2006.

SEADE: **Pesquisa de condições de Vida no Estado de S. Paulo (PCV)** realizada em 1998, Portadores de Deficiência, Disponível em: http://www.seade.gov.br/cgi-bin/pcvv98/opcao_pcv_01.ksh?ano=1998. Acesso em 16 Set. 2003

SICORDE: Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência: **Estudos Censitários. Censo 2000**. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/censo2000.asp>. Acesso em 10Jul.2005.

SICORDE. O Portador de Deficiência no Brasil 1991. Brasília: CORDE, 1997. **Série Estatística Especializada, Volume 7** Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/estudos_cens.asp. Acesso em 12Jul.2005.

UNICEF - **Situação da Infância Brasileira 2006**. Disponível em: www.unicef.org. Acesso: 20dez2005.2006a.

UNICEF **.Situação Mundial da Infância 2006**. Disponível em: www.unicef.org.br. Acesso em 20 dez2005.2006b.

U.S. Department of Justice: **ADA Standards for Accessible Design**. 1994. Disponível em : <http://www.usdoj.gov/crt/ada/stdspdf.htm>. Acesso em 15 Jul. 2003.

- **Quanto a deficiência:**

Tenho deficiência mental permanente Não tenho problema Mental

- **Com relação a atendimento médico, você possui:**

Convênio particular Depende do SUS Outros _____

- **Escolaridade do entrevistado: cadeirante:**

- Devido ao meu problema mental não consigo me alfabetizar
- Não tem idade para ir à escola Tem idade para ir à escola, mas ainda não foi.
- 1º grau incompleto 1º grau completo
- ensino médio incompleto Ensino médio completo
- curso superior incompleto curso superior completo
- curso superior completo e pós-graduação

- **Se estiver ainda estudando qual o nome da Escola?**

- **Qual o bairro onde está a Escola?:**

- **Possui outros cursos extras? Assinale todos que possui.**

Corte e costura Informática básica Língua Inglesa
Pintura

Outros cursos (escrever)

- **Qual o grau de instrução do chefe de família do cadeirante?**

- Primário incompleto ou nunca estudou
- Primário completo ou ginásial incompleto
- Ginásial completo ou colegial incompleto
- Colegial completo ou universitário incompleto
- Universitário completo e pós- graduação

- **Número de pessoas na família (que moram juntos, incluir o portador de deficiência):**

1 2 3 4 5 6 mais de 6

- **Moradia:** Casa Própria Aluguel de familiares ou amigos

- **Se for casa alugada, qual o valor do aluguel mensal? Valor do Aluguel**

- **Renda Familiar Total:**

- Até R\$300,00 R\$301,00 a 600,00 R\$601,00 a 900,00
 R\$901,00 a 1200,00 R\$ 1201,00 a 1500,00 R\$1501,00 a 1800,00
 R\$ 1801,00 a 2100,00 R\$ 2101 a 3000,00 R\$ 3001,00 a 4500,00
 R\$ 4501,00 a 6000,00 R\$6001,00 a 9000,00 Mais de R\$9001,00

- **O entrevistado portador de deficiência física tem dificuldade em conseguir emprego?:**

- Sim Não Exerce trabalho voluntariado sem remuneração

- **Renda do Entrevistado: Portador de Deficiência Física:**

- Trabalho voluntário sem remuneração
 Até R\$300,00 R\$301,00 a 600,00 R\$601,00 a 900,00
 R\$901,00 a 1200,00 R\$ 1201,00 a 1500,00 R\$1501,00 a 1800,00
 R\$ 1801,00 a 2100,00 R\$ 2101 a 3000,00 R\$ 3001,00 a 4500,00
 R\$ 4501,00 a 6000,00 R\$6001,00 a 9000,00 Mais de R\$9001,00

- **Como o portador de deficiência física consegue a sua renda (fonte):**

- Trabalha em empresa/industria Trabalha por conta própria
 Auxílio pensão do INSS Auxílio da Prefeitura
 Recebe auxílio de Empresa/industria Outros

- **Transporte: Tem condução própria (carro)? :**

- Sim Não Depende da Van da Prefeitura Depende de amigos

- **Quantas vezes você utiliza ou precisa da VAN da Prefeitura?**

- 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 ou 5 dias por semana
- 1 vez por mês 2 a 5 vezes por ano Nenhuma vez
- Só uso para colônia de férias

- **Quanto a lazer: Quais dos locais abaixo que você mais frequenta?:** (Pode assinalar até 3)

- Raramente saio de casa
- Festas (Vale rodeio – Fapija)
- Shopping (para passeio, cinema ou compras)
- Colônia de Férias em Janeiro
- Colônia de Férias em Julho
- Praças públicas Visita à colegas Igreja
- Outros _____

- **Quais as dificuldades que você encontra para as atividades de lazer acima:**

- Falta de transporte público Falta de acompanhamento de familiares ou amigos
- Dificuldades financeiras Outras _____

- **Se quiser fazer algum comentário sobre o item anterior:**

- **O entrevistado – Portador de Deficiência Física pratica algum esporte?**
(pode colocar mais de um)

Basquete Natação corrida de cadeira de rodas

Outros _____

- Em que lugar o PNE realiza fisioterapia?

Não faz fisioterapia UNIVAP URS URL URCN
 Clínica particular/convênio (UNIMED, FIRFAL, outros)

- **Para fazer seus tratamentos (psicologia – fisioterapia e T. O.) você depende de:**

Carro próprio Van da Prefeitura Ônibus/Van circular

Outros _____

- **Quais dos equipamentos abaixo você possui em sua casa? (Colocar um X na quantidade correspondente)**

Televisão em cores Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

TV por assinatura ----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Computador ----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Aparelho de som----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Rádio ----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Geladeira sem freezer -- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Geladeira Duplex/Freezer Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Aspirador de pó ----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Vídeo cassete ou DVD - Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Máquina de lavar roupa-- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Telefone de mesa----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Telefone celular ----- Nenhum ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Carro ----- Nenhum - ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

Banheiros na casa ----- Nenhum - ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Mais de 6

- **O Cadeirante Possui Internet em casa?**

Sim Não

ANEXOS

Anexo A – Acessibilidade: Lei nº 10.098

Esta Lei, de 19 de Dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Capítulo I

Disposições gerais

Art. 1º. - Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Art. 2º. - Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

- a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
- b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;
- c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;
- d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou

impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa;

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

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

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

VI - ajuda técnica: qualquer elemento que facilite a autonomia pessoal ou possibilite o acesso e o uso de meio físico.

Capítulo II

Dos elementos da urbanização

Art. 3º. - O planejamento e a urbanização das vias públicas, dos parques e dos demais espaços de uso público deverão ser concebidos e executados de forma a torná-los acessíveis para as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 4º. - As vias públicas, os parques e os demais espaços de uso público existentes, assim como as respectivas instalações de serviços e mobiliários urbanos deverão ser adaptados, obedecendo-se ordem de prioridade que vise à maior eficiência das modificações, no sentido de promover mais ampla acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 5º. - O projeto e o traçado dos elementos de urbanização públicos e privados de uso comunitário, nestes compreendidos os itinerários e as passagens de pedestres, os percursos de entrada e de saída de veículos, as escadas e rampas, deverão

observar os parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT.

Art. 6º. - Os banheiros de uso público existentes ou a construir em parques, praças, jardins e espaços livres públicos deverão ser acessíveis e dispor, pelo menos, de um sanitário e um lavatório que atendam às especificações das normas técnicas da ABNT.

Art. 7º. - Em todas as áreas de estacionamento de veículos, localizadas em vias ou em espaços públicos, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção.

Parágrafo único - As vagas a que se refere o “caput” deste artigo deverão ser em número equivalente a dois por cento do total, garantida, no mínimo, uma vaga, devidamente sinalizada e com as especificações técnicas de desenho e traçado de acordo com as normas técnicas vigentes.

Capítulo III

Do desenho e da localização do mobiliário urbano

Art. 8º. - Os sinais de tráfego, semáforos, postes de iluminação ou quaisquer outros elementos verticais de sinalização que devam ser instalados em itinerário ou espaço de acesso para pedestres deverão ser dispostos de forma a não dificultar ou impedir a circulação, e de modo que possam ser utilizados com a máxima comodidade.

Art. 9º. - Os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que emita sinal sonoro suave, intermitente e sem estridência, ou com mecanismo alternativo, que sirva de guia ou orientação para a travessia de pessoas portadoras de deficiência visual, se a intensidade do fluxo de veículos e a periculosidade da via assim determinarem.

Art. 10º. - Os elementos do mobiliário urbano deverão ser projetados e instalados em locais que permitam sejam eles utilizados pelas pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Capítulo IV

Da acessibilidade nos edifícios públicos ou de uso coletivo

Art. 11º. - A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único - Para os fins do disposto neste artigo, na construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser observados, pelo menos, os seguintes requisitos de acessibilidade:

I - nas áreas externas ou internas da edificação, destinadas a garagem e a estacionamento de uso público, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção permanente;

II - pelo menos um dos acessos ao interior da edificação deverá estar livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

III - pelo menos um dos itinerários que comuniquem horizontal e verticalmente todas as dependências e serviços do edifício, entre si e com o exterior, deverá cumprir os requisitos de acessibilidade de que trata esta Lei; e

IV - os edifícios deverão dispor, pelo menos, de um banheiro acessível, distribuindo-se seus equipamentos e acessórios de maneira que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 12º. - Os locais de espetáculos, conferências, aulas e outros de natureza similar deverão dispor de espaços reservados para pessoas que utilizam cadeira de rodas, e de lugares específicos para pessoas com deficiência auditiva e visual, inclusive acompanhante, de acordo com a ABNT, de modo a facilitar-lhes as condições de acesso, circulação e comunicação.

Capítulo V

Da acessibilidade nos edifícios de uso privado

Art. 13º. - Os edifícios de uso privado em que seja obrigatória a instalação de elevadores deverão ser construídos atendendo aos seguintes requisitos mínimos de acessibilidade

I - percurso acessível que una as unidades habitacionais com o exterior e com as dependências de uso comum;

II - percurso acessível que una a edificação à via pública, às edificações e aos serviços anexos de uso comum e aos edifícios vizinhos;

III - cabine do elevador e respectiva porta de entrada acessíveis para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 14º. - Os edifícios a serem construídos com mais de um pavimento além do pavimento de acesso, à exceção das habitações unifamiliares, e que não estejam obrigados à instalação de elevador, deverão dispor de especificações técnicas e de projeto que facilitem a instalação de um elevador adaptado, devendo os demais elementos de uso comum destes edifícios atender aos requisitos de acessibilidade.

Art. 15º. - Caberá ao órgão federal responsável pela coordenação da política habitacional regulamentar a reserva de um percentual mínimo do total das habitações, conforme a característica da população local, para o atendimento da demanda de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida

Capítulo VI

Da acessibilidade nos veículos de transporte coletivo

Art. 16º. - Os veículos de transporte coletivo deverão cumprir os requisitos de acessibilidade estabelecidos nas normas técnicas específicas

Capítulo VII

Da acessibilidade nos sistemas de comunicação e sinalização

Art. 17º. - O Poder Público promoverá a eliminação de barreiras na comunicação e estabelecerá mecanismos e alternativas técnicas que tornem acessíveis os sistemas

de comunicação e sinalização às pessoas portadoras de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação, ao trabalho, à educação, ao transporte, à cultura, ao esporte e ao lazer

Art. 18º. - O Poder Público implementará a formação de profissionais intérpretes de escrita em braile, linguagem de sinais e de guias-intérpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa portadora de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação.

Art. 19º. - Os serviços de radiodifusão sonora e de sons e imagens adotarão plano de medidas técnicas com o objetivo de permitir o uso da linguagem de sinais ou outra subtítuloção, para garantir o direito de acesso à informação às pessoas portadoras de deficiência auditiva, na forma e no prazo previstos em regulamento.

Capítulo VIII

Disposições sobre ajudas técnicas

Art. 20º. - O Poder Público promoverá a supressão de barreiras urbanísticas, arquitetônicas, de transporte e de comunicação, mediante ajudas técnicas.

Art. 21º. - O Poder Público, por meio dos organismos de apoio à pesquisa e das agências de financiamento, fomentará programas destinados

I - à promoção de pesquisas científicas voltadas ao tratamento e prevenção de deficiências;

II - ao desenvolvimento tecnológico orientado à produção de ajudas técnicas para as pessoas portadoras de deficiência;

III - à especialização de recursos humanos em acessibilidade.

Capítulo IX

Das medidas de fomento à eliminação de barreiras

Art. 22º. - É instituído, no âmbito da Secretaria de Estado de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, o Programa Nacional de Acessibilidade, com dotação orçamentária específica, cuja execução será disciplinada em regulamento.

CAPÍTULO X

Disposições finais

Art. 23º. - A Administração Pública federal direta e indireta destinará, anualmente, dotação orçamentária para as adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas existentes nos edifícios de uso público de sua propriedade e naqueles que estejam sob sua administração ou uso.

Parágrafo único - A implementação das adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas referidas no caput deste artigo deverá ser iniciada a partir do primeiro ano de vigência desta Lei

Art. 24º. - O Poder Público promoverá campanhas informativas e educativas dirigidas à população em geral, com a finalidade de conscientizá-la e sensibilizá-la quanto à acessibilidade e à integração social da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 25º. - As disposições desta Lei aplicam-se aos edifícios ou imóveis declarados bens de interesse cultural ou de valor histórico-artístico, desde que as modificações necessárias observem as normas específicas reguladoras destes bens.

Art. 26º. - As organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar o cumprimento dos requisitos de acessibilidade estabelecidos nesta Lei

Art. 27º. - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 19 de dezembro de 2000; 179º da Independência e 112º da República

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Anexo B - Declaração dos Direitos das PPD - Resolução ONU N° 2.542/75²¹ .

A Assembléia Geral, consciente que os Estados Membros assumiram em virtude da Carta das Nações Unidas, em obter meios, em conjunto, ou separadamente, para cooperar com a Organização das Nações Unidas, a fim de promover níveis de vida mais elevados, trabalho permanente para todos, condições de progresso, desenvolvimento econômico e social. proclama a presente DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS e solicita que se adotem medidas em planos nacionais e internacionais para que esta sirva de base e referência comuns, para o apoio e proteção destes direitos".

1) O termo pessoa portadora de deficiência identifica aquele indivíduo que, devido a seus "déficits" físicos ou mentais, não está em pleno gozo da capacidade de satisfazer, por si mesmo, de forma total ou parcial, suas necessidades vitais e sociais, como faria um ser humano normal.

2) Os direitos proclamados nessa declaração são aplicáveis a todas as pessoas com deficiências, sem discriminação de idade, sexo, grupo étnico, nacionalidade, credo político ou religioso, nível sócio-cultural, estado de saúde ou qualquer outra situação que possa impedi-la de exercê-las, por si mesmas ou através de seus familiares.

3) Às pessoas portadoras de deficiências, assiste o direito, inerente a todo a qualquer ser humano, de ser respeitado, sejam quais forem seus antecedentes, natureza e severidade de sua deficiência. Elas têm os mesmos direitos que os outros indivíduos da mesma idade, fato que implica desfrutar de vida decente, tão normal quanto possível.

4) As pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos civis e políticos que os demais cidadãos. O § 7° da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes mentais, serve de pano de fundo à aplicação desta determinação.

5) As pessoas portadoras de deficiências têm o direito de usufruir dos meios destinados a desenvolver-lhes confiança em si mesmas.

6) As pessoas portadoras de deficiências têm direito a tratamento médico e

²¹ Resolução ONU N° 2.542/75. Resolução adotada pela Assembléia Geral da Nações Unidas 9 de dezembro de 1975 Comitê Social Humanitário e Cultural Disponível no site do Portal do Deficiente; em: <http://www.deficiente.com.br/download-arquivo-42.html>. Acesso em 15maio2005.

psicológico apropriados, os quais incluem serviços de prótese e órtese, reabilitação, treinamento profissional, colocação no trabalho e outros recursos que lhes permitam desenvolver ao máximo suas capacidades e habilidades e que lhes assegurem um processo rápido e eficiente de integração social.

7) As pessoas portadoras de deficiências têm direito à segurança econômica e social, e, especialmente, a um padrão condigno de vida. Conforme suas possibilidades, também têm direito de realizar trabalho produtivo e remuneração, bem como participar de organizações de classe.

8) As pessoas portadoras de deficiências têm direito de que suas necessidades especiais sejam levadas em consideração, em todas as fases do planejamento econômico-social do país e de suas instituições.

9) As pessoas portadoras de deficiências têm direito de viver com suas próprias famílias ou pais adotivos, e de participar de todas as atividades sociais, culturais e recreativas da comunidade. Nenhum ser humano em tais condições, deve estar sujeito a tratamento diferente de que for requerido pela sua própria deficiência e em benefício de sua reabilitação. Se for imprescindível sua internação em instituições especializadas, é indispensável que estas contem com ambiente e condições apropriadas, tão semelhante quanto possível aos da vida normal das demais pessoas da mesma idade.

10) As pessoas portadoras de deficiências têm direito à proteção contra qualquer forma de exploração e de tratamento discriminatório, abusivo ou degradante.

11) As pessoas portadoras de deficiência têm direito de beneficiar-se da ajuda legal qualificada que for necessária, para proteção de seu bem-estar e de seus interesses.

12) As organizações em prol das pessoas portadoras de deficiência, devem ser consultadas em todos os assuntos referentes aos direitos que concernem a tais indivíduos.

13) As pessoas portadoras de deficiência, seus familiares e a comunidade devem estar plenamente informados através de meios de comunicação adequados, dos direitos proclamados nesta declaração.

(United Nations Secretariat, 1975)

Anexo C – Carta do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVAP

CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º L095/2005/CEP, sobre *“Organização social do espaço urbano e acessibilidade da pessoa portadora de deficiência (PPD) no município de São José dos Campos”*, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Friedhide M. K. Manolescu, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi **aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Informamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

São José dos Campos, 24 de junho de 2005

PROF. DR. LANDULFO SILVEIRA JUNIOR
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap