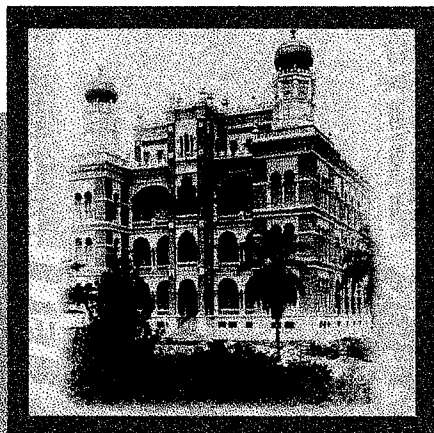


Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Aggeu Magalhães

Departamento de Saúde Coletiva

Maria Jucineide
Lopes Borges

ESPAÇO URBANO, ESPAÇO HUMANO: BARREIRAS E DEFICIÊNCIAS

ORIENTADOR:
Prof. André Monteiro Costa

(043.41)"1999"
B732e
Ex.1

Recife 1999

MARIA JUCINEIDE LOPES BORGES

Espaço Urbano, Espaço Humano: Barreiras e Deficiências

Monografia apresentada no XV Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Estudos em Saúde Coletiva – Nesc / CPqAM / Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública, sob a orientação do Professor André Monteiro Costa.

Recife, dezembro de 1999.

MARIA JUCINEIDE LOPES BORGES

Espaço Urbano, Espaço Humano: Barreiras e Deficiências

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu a nível de* Especialização em Saúde Pública do Departamento de Estudos em Saúde Coletiva – Nesc / CPqAM / Fiocruz, pela Comissão formada pelos professores:

Orientador:

Prof. André Monteiro Costa

Debatedor:

Prof.^a Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife, dezembro de 1999.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABNT:	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APODEC:	Associação dos Portadores de Deficiência de Caruaru
CAGE:	Coordenação de Atenção a Grupos Especiais
CAIC:	Centro de Apoio Integrado à Criança
CAOP:	Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça em Defesa da Cidadania
CEDIM:	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CELPE:	Companhia Energética de Pernambuco
CORDE:	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DIRES:	Diretoria Regional de Saúde
FAE:	Fração de Assistência Especializada
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS:	Lei Orgânica de Assistência Social
MPAS:	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS:	Ministério da Saúde
NOB:	Normas Operacionais Básicas
OIT:	Organização Internacional do Trabalho
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan Americana da Saúde
PAB:	Piso de Atenção Básica
PACs:	Programa de Agentes Comunitários
PAPPD:	Programa de Atenção a Pessoa Portadora de Deficiência
PPD:	Pessoa Portadora de Deficiência
PSF:	Programa de Saúde da Família
SESC:	Serviço Social do Comércio
SES/PE:	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS:	Sistema Único de Saúde
TELPE:	Telefônica de Pernambuco
TDF:	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

Agradecimentos

1. Introdução.....	08
2. Objetivos.....	12
2.1. Geral	
2.2. Específicos	
3. Pessoas Portadoras de Deficiências: Condições de vida e saúde.....	14
3.1. Espaço, ação e inserção social	
3.2. A face da saúde	
3.3. Ser pessoa portadora de deficiência	
3.4. Ultrapassando barreiras	
4. A Saúde Pública e a Assistência aos Portadores de Deficiência.....	25
4.1. As conquistas no tempo	
4.2. A atenção à saúde dos portadores de deficiência no SUS	
5. Caruaru: uma cidade amistosa ?.....	31
5.1. Ações e intenções	
5.2. Vivenciando a questão	
5.3. O acesso às edificações	
6. Considerações finais	47
7. Bibliografia.....	51

Anexos

Agradecimentos

Aos Professores do Nesc, que contribuíram para a definição e construção deste trabalho;

A André Monteiro, pela orientação;

A Carlos Pontes, pelo apoio e contribuições;

Aos funcionários do Nesc, em especial a Nilda e Sônia, pela colaboração;

Aos representantes das Secretarias Municipais de Caruaru, pelo acesso às informações;

A Apodec, pela colaboração para a realização deste trabalho;

Às companheiras de curso, pela força e amizade;

A Flora Raquel, pela amizade e incentivo;

A Amilcar, meu companheiro de estrada, que me impulsiona a crescer;

Aos meus pequenos, Gabriela e Eduardo, pelo carinho e alegria ao verem "mamãe na escola";

1. Introdução

Na vida de todos nós
Existe limitação
Ser capaz ou incapaz
Depende da ocasião
Em cada momento temos
Limites à nossa ação.

Os homens são diferentes
A vida os fez assim
Hoje supero a você
Ou você supera a mim
Conviver com os limites
Crescendo, é o nosso fim.

1. Introdução

Os seres humanos possuem necessidades e características biológicas, sociais, psicológicas e espirituais às quais buscam satisfazer a partir da sua interação com o meio ambiente. A influência de um meio ambiente agressivo causa impactos sobre a saúde que levam ao surgimento de doenças e agravos, havendo “um reconhecimento do papel-chave que o acesso a comodidades básicas desempenham na promoção da saúde ambiental” (OMS, 1998).

A saúde, numa concepção mais ampla, resulta da experiência social de cada indivíduo, mantendo-se a atenção às suas diferenças e singularidades. A saúde se produz a partir da organização da vida cotidiana, social, produtiva, cultural e afetiva que se dá nas relações com o meio ambiente (Vaitsman, 1992).

A preocupação com o meio ambiente e a saúde humana no processo de urbanização tem ocupado o interesse e a preocupação internacionais, diante da estimativa de que três bilhões de pessoas estarão vivendo em cidades no ano 2000, e que este número, no ano 2025, aumentará para cinco bilhões de pessoas (OMS, 1998).

No campo da saúde ambiental, os estudos englobam aspectos da saúde humana, doenças e agravos, determinados não apenas pelos efeitos patológicos dos agentes químicos, físicos e biológicos, mas dos efeitos sobre a saúde e o bem-estar do ambiente físico e social mais amplo (OMS, 1998).

Um problema freqüentemente observado no espaço urbano é a dificuldade que um grande número de pessoas apresenta para mobilizar-se com independência no espaço urbano. Não poder desfrutar da liberdade de ação e utilização de bens e serviços sociais constitui-se na negação de um direito universal, o direito de ir e vir.

Segundo Gregori (1997), Secretário Nacional dos Direitos Humanos, “de acordo com pesquisas realizadas, cerca de 80% da população foge ao pré-concebido modelo ‘do homem padrão’. São pessoas com capacidade física reduzida, idosas, obesas, excessivamente altas ou baixas”. Estas pessoas ao se depararem no espaço urbano com obstáculos muitas vezes construídos pelo homem, têm dificuldades para desempenharem suas funções e, conseqüentemente, exercerem a sua liberdade de escolha. Um segmento representativo da população que enfrenta este problema são as pessoas portadoras de deficiência.

A Organização Mundial de Saúde estima que a população de qualquer país é constituída por 10% de pessoas com algum tipo de deficiência. No Brasil, estima-se que esse número chegue a 15 milhões de pessoas. Em Pernambuco são 700.000 pessoas, distribuídas entre vários tipos de deficiência.

Considerando que a família média brasileira é composta por 3,9 pessoas, estima-se que 45 milhões de pessoas estão envolvidas diretamente com portadores de deficiência (Brasil, 1996). Em Pernambuco esse número corresponde a 2.100 milhões de pessoas, que de forma indireta vivenciam as desvantagens geradas pela dificuldade de acesso ao meio ambiente.

Nossa formação como terapeuta ocupacional nos leva a refletir a questão, considerando o cotidiano das pessoas portadoras de deficiência e suas necessidades específicas a partir de uma concepção ampliada de saúde, e a perceber o problema como uma limitante na melhoria das condições de vida e saúde dessa população, desta forma, caracterizando-o no âmbito da Saúde Ambiental.

Abordar o problema sob este ângulo é abrir a possibilidade de rever o papel da Saúde Pública, cuja omissão tem sido historicamente clara, no que tange à saúde das pessoas portadoras de deficiência, em termos de política nacional de saúde. É comprometer-se com a melhoria das condições de vida dessas pessoas, resgatando a sua saúde e dignidade.

As políticas públicas no Brasil têm desprezado a questão da assistência à saúde, reabilitação e integração social dos portadores de deficiência. Estes encontram-se numa situação de quase total desassistência, que decorre de um processo histórico, onde tais políticas ocupam um lugar de destaque. Segundo a Opas, apenas 2% dessa população recebe algum tipo de atendimento (Brasil-MS 1993).

Em relação às barreiras arquitetônicas, a preocupação do setor saúde tem se limitado ao acesso dos portadores de deficiência aos serviços de saúde. Preocupação que deveria ampliar-se ao meio ambiente, a partir da compreensão do ser humano integral e de um conceito de saúde que vai muito além da mera ausência de doenças.

Trata-se de um problema complexo que necessita de uma abordagem abrangente e integrada da qual participem todos os setores e atores envolvidos, na busca de uma solução. "Esforços intersetoriais são importantes para se tratar mais efetiva e eficientemente problemas complexos, inter-relacionados e transversais, cujos determinantes ou soluções estão fora do controle direto do setor saúde (OMS, 1998)

A atuação da Saúde Pública sobre este tema tem sido parcial como podemos observar no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde (1993), que norteia as ações de saúde implementadas no SUS. No texto relacionado ao acesso arquitetônico encontra-se: "a

adequação arquitetônica das unidades de saúde é a explicitação, no nível espacial e concreto, do esforço de garantir às pessoas com deficiência a acessibilidade aos serviços de saúde, quer como usuários ou como profissionais”.

Este estudo foi realizado na cidade de Caruaru. Abordamos a questão da acessibilidade ao espaço urbano considerando a cidade enquanto o lugar também das pessoas portadoras de deficiência, um espaço onde a qualidade de vida seja relacionada à participação social, e portanto, a impossibilidade de uma locomoção independente é um bloqueio para o desenvolvimento saudável. As adaptações feitas ao meio ambiente para a remoção das barreiras arquitetônicas atendem às necessidades de acesso, não apenas dos portadores de deficiência, mas de todas as pessoas que apresentam problemas de locomoção.

Este trabalho será apresentado em quatro capítulos. No primeiro, intitulado **“Pessoas portadoras de deficiência: Condições de vida e saúde”**, apresentaremos o marco conceitual sobre o qual edificamos nosso estudo. No segundo capítulo, intitulado **“A Saúde Pública e a Assistência aos Portadores de Deficiência”**, apresentaremos aspectos históricos e políticos que envolvem a atenção às pessoas portadoras de deficiência. O terceiro capítulo, **“Caruaru, uma cidade amistosa?”**, refere-se a avaliação da atual situação de Caruaru em relação ao tema em estudo. Nele apresentaremos as observações feitas durante entrevistas com representantes de diversos setores públicos e a avaliação do espaço urbano realizada com a participação da Apodec. E, no quarto capítulo tecemos **“Considerações Finais”** sobre o desenvolvimento do estudo, os resultados encontrados, e sugerimos algumas medidas a fim de melhorar a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ao espaço urbano.

2. Objetivos

Olhe para mim, seu moço
Sou pessoa diferente
Me movo bem devagar
Mas tenha sempre presente
Que apesar da desvantagem
Minha vida segue em frente.

Tenho planos prá o futuro
Pois sempre quero crescer
Mas a cidade é cruel
Parece, quer me deter
Por isso chamo atenção
Ao meu direito de viver

2. Objetivos

Geral

- Analisar o papel da Saúde Pública nas ações intersetoriais necessárias à organização do espaço urbano, como parte do processo de reabilitação e integração social das pessoas portadoras de deficiência.

Específicos

- Identificar as atividades intersetoriais desenvolvidas em Caruaru que visam a integração social das pessoas portadoras de deficiência.
- Conhecer os projetos de urbanização que incluem a questão da remoção das barreiras arquitetônicas ambientais em Caruaru.
- Identificar as ações da saúde voltadas à acessibilidade dos portadores de deficiência no espaço urbano de Caruaru.

3. Pessoas Portadoras de Deficiência: Condições de Vida e Saúde

Eu quero agir, cidade
Prá mim, saúde é ação
Minha vida é lutar
Para minha integração
Ultrapassar as barreiras
Para ser um cidadão

Eu não quero caridade
Isso posso assegurar
Eu tenho os meus limites
Mas, quero participar
E tenho habilidades
Nas quais devo me apoiar

3. Pessoas portadoras de deficiência: Condições de vida e saúde

O tema deste trabalho não tem sido objeto de muitos estudos na área de saúde. Porém, debruçando-nos sobre conceituações de meio ambiente, atividade humana e saúde, encontramos aspectos significativos no estudo das condições de vida e saúde humanas, que nos impulsiona a explorar este tema, vinculando-o ao contexto da Saúde Pública.

3.1. Espaço, Ação e Inserção Social

No seu intercâmbio constante com a natureza, o homem busca suprir as suas necessidades através da utilização de sua capacidade para mobilizar os materiais ambientes (Moraes, 1997). A liberdade de ação permite ao homem agir com intencionalidade, deixando para trás a condição única de busca da sobrevivência, que se dá através de atos meramente animais como comer, beber e dormir, para possibilitar atividades que o transformam em um ser diferenciado, como a educação, o trabalho, o lazer, a liberdade, o acesso a serviços de saúde, a habitação, a busca de um meio ambiente saudável. Segundo Santos (1998), as formas da cidade se constroem a partir de sua história, sendo portanto, um processo ativo na elaboração do presente e do futuro. Este autor (1997) apresenta a distinção entre as categorias espaço e paisagem. Considera que a **paisagem** trata da configuração territorial, sendo um sistema material formado por um conjunto de formas e objetos. Trata-se de uma representação congelada da história, onde as formas e objetos, sejam naturais ou artificiais, possuem funções sociais, exprimindo as relações entre o homem e a natureza.

O **espaço** é formado pela paisagem mais a vida que a anima. É nele que as formas e objetos transformam-se permanentemente em resposta às necessidades e valores da sociedade. O espaço humano sintetiza a dinâmica entre a paisagem e a sociedade.

A ação da sociedade sobre o espaço não se dá como realidade física, mas como realidade social. A evolução da organização do espaço decorre de uma dialética entre os movimentos da sociedade e as formas geométricas, a fim de atribuir a estas novas funções e valores sociais. Não podemos estudar o espaço como se o sistema material, a paisagem, tivesse vida própria, pois é a sociedade que lhe confere vida. Portanto, a dialética se dá entre a sociedade e o espaço (Santos, 1997).

A construção de espaços a serem usados apenas por pessoas que estão dentro de um padrão idealizado, levando à segregação das pessoas que fogem a este padrão, por serem consideradas “exceções” para as quais as cidades não precisam estar adaptadas, é resultado da dialética entre a sociedade e o espaço. É o caso das pessoas com dificuldade de locomoção, entre as quais encontram-se as pessoas portadoras de deficiência (Brasil-Ministério da Justiça, 1998). Por pessoa portadora de deficiência nos referimos “àquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (Brasil-MS, 1993).

O espaço urbano é um espaço de convívio humano, de ação, onde o homem constrói seu valor a partir de sua inserção na sociedade. “Uma boa imagem do seu meio ambiente dá a quem a possui um sentimento profundo de segurança afetiva. A partir daí, ele pode estabelecer uma relação harmoniosa com o mundo exterior” (Lynch, 1992: 310). É a este sentimento, à sensação de pertencer a determinado espaço, que Santos refere-se, ao abordar a categoria **lugar**. Afirma que o lugar é intermediário entre o indivíduo e o mundo. “É o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (Santos, 1997: 258).

Buscando fazer uma associação entre o exposto anteriormente e as condições de vida e saúde das pessoas portadoras de deficiência questionamos: O que significa ter o acesso ao espaço urbano interditado? Qual a importância deste fato para a saúde do ser humano?

3.2. A face da Saúde

Antes de abordar os problemas enfrentados pelas pessoas portadoras de deficiência num meio ambiente frequentemente hostil ante suas necessidades especiais, queremos refletir sobre o conceito de saúde.

Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil-MS, 1987).

Segundo Ferreira (1994), a noção de saúde e doença é uma construção social, pois a sociedade fixa critérios e modalidades criando uma classificação de doença. O corpo é então um reflexo da sociedade e, alterações na qualidade de vida como não poder trabalhar, comer, dormir ou realizar outras atividades habituais implica em estar doente.

Alves (1998) refere-se ao corpo como responsável por nossa inserção no mundo, pois é através dele que convertemos as coisas segundo nossas necessidades, sendo portanto, a dimensão do nosso próprio ser.

Nesse ponto, creio ser pertinente fazer referência a um médico alemão citado por Boff (1999: 144) que afirmou: "Saúde não é ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos". Segundo Boff, "saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana (...) é uma atitude face às várias situações que podem ser doências ou sãs. Ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde".

Para Castellanos (1997), durante toda a existência, nós apresentamos um perfil de saúde/doença que varia de acordo a nossa possibilidade de ação para alcançar nossos projetos pessoais ou coletivos. Assim, sentimo-nos saudáveis quando podemos realizar nossos propósitos e sentimo-nos doentes quando essa realização é impossibilitada. Este autor afirma que essa forma de perceber saúde/doença não corresponde invariavelmente aos critérios clínicos, mas é relevante na mobilização de atores sociais e definição de ações em Saúde Pública.

Ao falarmos em saúde, tratamos do resultado da experiência social, pessoal e física vivenciada por cada ser nas suas relações com o outro e com o mundo. "Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases, onde a instituição da sociedade pudesse atender o mais plenamente à atenção das diferentes e singulares necessidades humanas" (Vaitsman, 1992: 171).

Segundo Cohn (1997), qualidade de vida deve ser relacionada com a capacidade do homem para desempenhar funções, ou seja, a capacidade de realizar atividades valorizadas pelos indivíduos. Dessa forma, a concepção de qualidade de vida estaria associada à liberdade desfrutada pelas pessoas entre vários modos de ser e não apenas como a concepção que prevalece até o momento, que considera a disponibilidade de bens primários como norteadores desse indicador.

"A investigação das condições de vida, a que estão sujeitos distintos segmentos da população nas diversas localidades que constituem o espaço urbano, tende a contribuir para a análise da situação de saúde e das suas tendências" (Paim, 1997: 16). Queremos tomar emprestada esta afirmação de Paim

e localizar enquanto “distintos segmentos da população”, as pessoas portadoras de deficiência e, a partir de um conceito ampliado de saúde, aprofundar o tema em estudo.

3.4. Ser pessoa portadora de deficiência

O Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, da ONU, 1982, refere os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, relacionados à esta população:

“Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”.

Incapacidade é toda restrição ou falta (devido a uma deficiência) da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal a um ser humano.

Desvantagem é a perda ou a limitação das oportunidades de participar na vida da comunidade na igualdade de condições com os demais.” Diante destes conceitos, percebemos que a deficiência é um fato biológico, enquanto a incapacidade relaciona-se às seqüelas que restringem o desenvolvimento de atividades e a desvantagem é produto das variáveis sociais e espaciais, referindo-se ao impedimento a ação gerado por limites externos (Brasil-Ministério da Justiça, 1998).

No Brasil, a expressão pessoa portadora de deficiência é resultado da evolução da nomenclatura, pois caracteriza que a deficiência está na pessoa, não é a pessoa. Distintamente à palavra deficiente, que reduzia a pessoa a sua deficiência, ao ser incapaz, não eficiente. O novo termo foi incorporado à Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1998).

As deficiências podem apresentar-se como consequência a vários problemas. Muitos dos quais têm se constituído em importantes problemas de Saúde Pública. Quadro 1.

Quadro 1 - Causas das Deficiências

Causas	Durante a gravidez	No nascimento	Depois do nascimento
Genéticas	Mongolismo Problemas visuais e auditivos – familiares Outras malformações hereditárias		
Infecciosas	Rubéola Sífilis Toxoplasmose	Infecção hospitalar	Meningite Sarampo Paralisia Infantil Caxumba Hanseníase DST/ AIDS
Mecânicas	Quedas Traumatismos Tentativa de aborto Partos prematuros Sangramentos	Traumas cranianos, musculares ou ósseos Lesões nervosas	Acidentes de trânsito Agressões física Quedas Acidentes de trabalho
Físicas	Raio X Radioterapia		Fogo, soda Instrumentos pontiagudos e cortantes Acidente de trabalho
Tóxicas	Medicamentos Drogas Álcool Cigarros	Medicamentos Oxigenioterapia não controlada (cegueira)	Medicamentos (surdez) Produtos de limpeza Agrotóxicos Alimentos contaminados Gases tóxicos Poluição ambiental, incluindo ruído Acidente de trabalho
Má alimentação	Desnutrição Anemia	Desnutrição Anemia Problemas metabólicos	Desnutrição Retardo do desenvolvimento físico e mental Infecções
Outras	Hipertensão Problemas Cardíacos Diabetes Rh negativo	Prematuridade Dificuldade respiratória Icterícia Problemas metabólicos	Diabetes Hipertensão Hiperlipemias Afeções pelo uso de álcool, drogas, cigarros

Fonte: Divisão de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – SES / PE. Foram incluídas nas causas "depois do nascimento", as causas de deficiências na adolescência, na idade adulta e terceira idade (Brasil-MS, 1994).

Existem vários tipos de deficiências. A OMS estima que no Brasil existem 15 milhões de pessoas portadoras de deficiência. (Quadro 2).

Quadro 2.
Distribuição da População Portadora de Deficiência no Brasil e Pernambuco
por Tipo de Deficiência

Tipo de deficiência	%	Brasil	Pernambuco
Mental	5,0	7,5 milhões	350.000
Física	2,0	3,0 milhões	140.000
Auditiva	1,5	2,5 milhões	105.000
Múltipla	1,0	1,5 milhões	70.000
Visual	0,5	0,5 milhões	35.000
Total	10,0	15 milhões	700.000
População	-	150 milhões	7 milhões

Fonte: CAGE - SES/PE, 1992.

A atenção que tem sido oferecida às pessoas portadoras de deficiência baseia-se na criação de ambientes especiais que as segregam, impedindo sua interação com a sociedade.

O portador de deficiência é muitas vezes tratado como se a sua deficiência específica afetasse todas as suas demais funções. Por exemplo, uma paraplégica numa cadeira de rodas pode sentir-se tratada como se fosse uma portadora de deficiência mental, enquanto um cego é tratado em voz alta numa conversação normal, mesmo quando se sabe que não é, de modo algum, surdo (OIT, 1994).

Atitudes paternalistas, caridosas, contribuem para reduzir a auto-estima dos portadores de deficiência, que querem, sobretudo, ser pessoas ativas. Tais atitudes, que consideram a deficiência acima da pessoa, são uma forma de degradação (Rio de Janeiro-Cedim, 1992).

Os portadores de deficiência encontram-se numa situação singular: apresentam um quadro de redução de suas funções fisiológicas, anatômicas ou psicológicas, com o qual poderão conviver por toda vida e, paralelamente, apresentam um potencial a ser desenvolvido, necessitando para isso de um ambiente

favorável, livre de barreiras sociais e barreiras arquitetônicas ambientais, que levam à exclusão do convívio e, conseqüentemente, à desinformação que gera o preconceito.

As pessoas portadoras de deficiência querem ser independentes e nem sempre quem tem problema de locomoção necessita da ajuda de outras pessoas. O problema muitas vezes encontra-se no ambiente construído, que as leva à sensação de total dependência (Kotaka, 1998).

Segundo Gregori (1997), “a experiência tem demonstrado que é o meio, em parte, que determina efeito de uma deficiência ou incapacidade sobre a vida diária de uma pessoa e não tanto a sua especificidade física”.

3.5. Ultrapassando barreiras

Segundo as Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas Portadoras de Deficiência, é necessário reconhecer a importância da acessibilidade como meio para se conquistar a igualdade de oportunidade na nossa sociedade (Brasil-Ministério da Justiça, 1996). Ao falarmos sobre **acessibilidade** nos referimos a *“característica del urbanismo, la edificación, el transporte y los sistemas de comunicación sensorial, que permite a cualquier persona su libre utilización y disfrute, con independencia de su condición física, psíquica o sensorial”* (Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, 1998). Nossa preocupação, portanto, não deve voltar-se unicamente às diferentes situações e circunstâncias pessoais que afetam o desenvolvimento, mas considerar também a importância do meio ambiente.

As pessoas portadoras de deficiência traduzem bem as necessidades relativas à acessibilidade, já que apresentam características que fogem ao padrão social dominante. No entanto, os idosos, obesos, cardíacos, pessoas com problemas respiratórios, mulheres grávidas, pessoas com carrinhos de bebê ou de compras e todos que têm a sua capacidade de locomoção e acesso limitados podem beneficiar-se das medidas de adequação do ambiente coletivo, permitindo a participação plena e evitando a marginalização e segregação sociais (Brasil-Ministério da Justiça, 1998).

As cidades brasileiras, na sua grande maioria, cresceram desordenadamente, sem nenhuma planificação urbanística. Dessa forma, é freqüente a presença tanto de barreiras físicas ou visíveis como de barreiras sociais ou invisíveis, que acentuam as limitações apresentadas pelas pessoas portadoras de deficiência, impedindo-as de exprimirem as suas habilidades (Brasil-Ministério da Justiça, 1998).

Um ambiente livre de **barreiras físicas ou visíveis** deve voltar-se à superação das barreiras arquitetônicas, das barreiras urbanísticas, das barreiras de transporte e das barreiras nas telecomunicações.

As **barreiras arquitetônicas** são as existentes em edifícios públicos e privados, locais de trabalho e moradias. Por exemplo: portas e circulações estreitas, desníveis, balcões de atendimento elevados, sanitários em altura inadequada e sem barras de apoio, interruptores fora do alcance, bebedouros e lavatórios inacessíveis, torneiras e maçanetas que exigem preensão, ausência de sinais sonoros e em Braille para deficientes visuais, ausência de sinais luminosos para deficientes auditivos.

As **barreiras urbanísticas** referem-se às dificuldades de circular pelas calçadas e ruas de uma cidade, por exemplo, desníveis e revestimentos inadequados nas calçadas, pavimento deteriorado, inexistência de vagas especiais nos estacionamentos, obstáculos difíceis de detectar pelos deficientes visuais. As dificuldades encontradas na utilização de mobiliário urbano também são barreiras urbanísticas. Entendendo-se como mobiliário urbano “todos os objetos, elementos e pequenas construções integrantes da paisagem urbana, de natureza utilitária ou não” (Brasil-Ministério da Justiça, 1997). São exemplos de mobiliário urbano: telefone público, caixas de correio, cestos de lixo, bancas de revistas, semáforos, placas de orientação.

As **barreiras de transporte** referem-se ao sistema de mobilidade tanto público quanto privado. São exemplos destas barreiras, a inexistência de equipamentos como elevadores-hidráulicos e plataformas rebaixadas para acesso a transporte coletivo, as catracas.

E as **barreiras nas telecomunicações** são os impedimentos ao acesso aos diferentes tipos de informação (Brasil-Ministério da Justiça, 1996).

Existem pontos-chave para a superação das barreiras físicas, que são eliminadas através de soluções técnicas (Brasil-Ministério da Justiça, 1998):

- Eliminar escadas substituindo-as por rampas, ou conjugar as duas opções;
- Largura suficiente de portas e corredores;
- Mudanças de níveis com rampas que tenham inclinação adequada;
- Vagas especiais de estacionamento;
- Elevadores amplos;
- Banheiros com dimensões adequadas, bem localizados e que tenham barras de apoio;
- Pisos diferenciados;
- Sinalização sonora;

- Sinalização em Braille;
- Mobiliário urbano em altura adequada;
- Comunicação visual;
- Elevadores elétrico-hidráulicos, plataformas rebaixadas ou outros equipamentos já existentes no mercado para o acesso a ônibus, trens e metrô.

Segundo a Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha (1998), os principais requerimentos para a acessibilidade ao meio urbano são:

- Integração entre o meio arquitetônico e o transporte;
- Acessibilidade para qualquer pessoa;
- Equilíbrio estético-funcional;
- Diminuir os percursos do usuário;
- Garantir a segurança no percurso;
- Soluções integradas e normatizadas;
- Área de estacionamento próxima e bem sinalizada;
- Facilitar o acesso aos transportes públicos;
- Facilitar o acesso a edifícios e meio construído;
- Atenção especial ao mobiliário urbano: desenho e localização;
- Organização clara e sistemática dos distintos fluxos de circulação (pedestres, veículos, bicicletas);
- Adequada conservação, manutenção e limpeza
- Desenho antivandálico;
- Estrutura que evite zonas escondidas;
- Sinalização clara e completa
- Níveis de iluminação adequados.

Existem outros tipos de barreiras, mais complexas e difíceis de ultrapassar. São as **barreiras sociais ou invisíveis**, que traduzem as relações entre as pessoas portadoras de deficiência e a sociedade. Para Santos (1997) nós não podemos apreender uma situação objetiva, se não buscamos compreender as relações intersubjetivas que a caracterizam. O mundo é o objeto comum aos homens,

no qual se dão as relações de reciprocidade e a comunicação. É através da comunicação, da interação, que se estabelecem e desenvolvem os vínculos sociais e a sociabilidade entre as pessoas ou entre os grupos. Quanto maior a proximidade entre as pessoas, mais intensa será a sociabilidade.

A distância espacial que se estabelece entre os portadores de deficiência e a sociedade dificulta a interação e, conseqüentemente, o estabelecimento de vínculos sociais, empobrecendo o cotidiano destas pessoas e impedindo que tornem-se "objeto no campo prático do outro". Portanto, ao olharmos a arquitetura concreta do mundo atual, estamos diante de três momentos básicos: o Eu-para-mim mesmo; o outro-para-mim; o Eu-para-o outro. Ou seja, as coisas são construídas e os seus valores refeitos, a partir da interação entre os indivíduos (Santos, 1997). A paisagem que apresenta barreiras físicas ao portador de deficiência é a fotografia da interação destas pessoas com a sociedade.

Podemos afirmar que a superação das barreiras sociais levaria à superação das barreiras físicas, pois a segregação causada pelas construções do homem, refletem a visão de que a participação das pessoas que possuem alguma diferença em relação ao padrão social dominante, é dispensável.

As mudanças de atitude poderão ocorrer a partir do processo de integração dos portadores de deficiência em nossas comunidades, desde que tal processo baseie-se no desenvolvimento de suas habilidades. Favorecer a participação, inclusive em relação às atividades produtivas, é fundamental para tornar essas pessoas auto confiantes e realizadas, distanciando-as da posição de isoladas, esquecidas e dependentes (OIT, 1994).

4. A Saúde Pública e a Assistência aos Portadores de Deficiência

O grupo das PPDs
Tem história prá contar
No Brasil nosso trajeto
Há tempo que quer mudar
E já temos alguns avanços
Nas leis para nos guiar.

A saúde tem também
Um trajeto percorrido
Mas parece que ela tem
No caminho, adormecido
Vamos despertar, saúde
Vencer o tempo perdido.

4. A Saúde Pública e a Assistência aos Portadores de Deficiência

A atual política de atenção às pessoas portadoras de deficiência é resultado de uma longa evolução, refletindo as condições de vida e políticas públicas de diferentes períodos. Historicamente, as políticas públicas no Brasil têm desprezado a questão da assistência à saúde, reabilitação e integração social dos portadores de deficiência. A iniciativa do Estado frente à situação limitou-se, durante anos, ao repasse de recursos financeiros para instituições filantrópicas que assumiam parcialmente esse papel.

4.1 As conquistas no tempo

Os últimos anos da década de 70 marcaram o início de um período importante na evolução do processo de luta para a conquista do espaço das pessoas portadoras de deficiência enquanto cidadãos. Com a abertura do regime político, os movimentos pelos direitos civis e humanos começaram a ser organizados, entre esses o movimento das pessoas portadoras de deficiência.

A ONU decretou 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e, em 1982 foi aprovado também pela ONU o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. Tais eventos constituíram-se em um incentivo para os avanços nessa área. Nesse período, o movimento organizado das pessoas portadoras de deficiência passou a exercer pressão junto aos órgãos governamentais, a fim de se fazerem ouvir as suas reivindicações, na busca da conquista do seu espaço como cidadãos, observando-se vários avanços na legislação.

A Constituição da República de 1988, apresenta em seu texto diversos avanços sobre os direitos de todos os cidadãos, havendo referências diretas aos portadores de deficiência, inclusive no que diz respeito à eliminação das barreiras físicas. A legislação federal inclui no seu conteúdo várias providências neste sentido (Anexo).

Tratando especificamente da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência, importantes iniciativas foram tomadas, como:

- ♦ O programa de remoção de barreiras ao portador de deficiência, Projeto "Cidade para Todos", da Corde – Ministério da Justiça - Brasília/ 1994. Este programa tem como objetivo geral "tornar a cidade acessível às pessoas portadoras de deficiência, garantindo-lhes o direito de ir e vir de forma independente".

- ♦ A NBR 9050 – Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamento Urbanos – da ABNT, publicada em 1985, sendo de 1997 a sua revisão mais recente. Estas normas tem por objetivo fixar “os padrões e critérios que visam a propiciar às pessoas portadoras de deficiência condições adequadas e seguras de acessibilidade, autônoma a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos”.
- ♦ A Coletânea de Normas de Acessibilidade ao Transporte Coletivo da Pessoa Portadora de Deficiência – ABNT / 1997. Onde constam: a NBR 14.021 (acessibilidade a trem metropolitano; a NBR 14.020 (acessibilidade a trem de longo percurso); a NBR 14.022 (acessibilidade a ônibus e trólebus, para atendimento urbano e intermunicipal).

Ainda a nível federal, encontra-se atualmente em discussão o projeto de Lei n.º 4.767, de 1998, que “estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida”.

A nível estadual sinalizamos dois programas que consideramos importantes no contexto em discussão:

- O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde / PE (1993), que tem como objetivo “implantar na rede do SUS a atenção integral à pessoa portadora de deficiência através de medidas e ações de prevenção de deficiência, detecção, diagnóstico e intervenção precoces, assim como procedimentos básicos de reabilitação e integração social”. Neste programa não encontramos nenhuma referência explícita ao problema das barreiras físicas no espaço urbano, sendo considerado apenas o acesso aos serviços de saúde.
- Outro programa no estado de Pernambuco, é o Projeto “O portador de deficiência e a cidadania”, do Caop – Ministério Público do Estado de Pernambuco, 1998. Seu objetivo geral é “assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da pessoa portadora de deficiência, segundo a lei 7.853, de 24/10/89”. Neste projeto, encontramos entre os objetivos específicos: “Fiscalizar o cumprimento das normas técnicas existentes quanto às barreiras arquitetônicas e ambientais”. E uma das suas estratégias refere-se a “zelar pelo cumprimento das normas técnicas referentes à acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência aos prédios, logradouros públicos e veículos de transporte coletivo”.

Em relação à cidade de Caruaru, queremos destacar que a “Lei Orgânica do Município” (1990) faz referências diretas aos portadores de deficiências ou referências que dizem respeito aos direitos dos cidadãos em geral e que vão de encontro ao tema em discussão (Anexo).

4.2. A atenção à saúde dos portadores de deficiência no SUS

Antes de abordarmos a questão específica aos portadores de deficiência, consideraremos dois Campos de Atenção à Saúde contemplados na NOB – SUS / 96:

(...) o das intervenções ambientais, no sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho (...); o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos (NOB – SUS / 96).

Em seguida, destacaremos alguns pontos abordados no Programa de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência (PAPPD), do Ministério da Saúde (1993).

Antes da implantação do SUS, havia uma divisão de competências no setor público configurando-se uma dicotomia na saúde pública / saúde individual e prevenção / cura. Nesse contexto, a reabilitação, nível terciário de assistência, foi tangenciada, não sendo considerada de competência de nenhuma esfera governamental, havendo algumas exceções de serviços públicos que realizavam esse atendimento.

Diante desse espaço não preenchido pela Saúde Pública, a sociedade mobilizou-se e o atendimento às pessoas portadoras de deficiência, particularmente aos portadores de deficiência mental, passou a ser realizado por instituições filantrópicas, tomando-se como responsabilidade do poder público o repasse de recursos financeiros para aquelas instituições.

Uma das principais reivindicações era que a assistência às pessoas portadoras de deficiência fosse incorporada como prática de saúde pública. Visando atender a essa reivindicação, o Ministério da Saúde (1993) propôs a implantação nacional do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, cujo objetivo é “implantar na rede do SUS a atenção integral à pessoa portadora de deficiência, que inclua ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social”.

A **Prevenção** pode se dar em dois níveis: prevenção primária, onde são empregadas medidas para impedir a ocorrência de deficiências e prevenção secundária, que são as medidas para impedir as conseqüências físicas, psicológicas e sociais das deficiências já instaladas. A competência do programa em relação à prevenção "reside no incentivo, apoio e implementação de ações de prevenção, através da rede de serviços do SUS, bem como solicitar e incentivar a participação de outros órgãos e instâncias na complementação destas ações, quando assim se fizer necessário".

A **Reabilitação** é referida como o desenvolvimento das capacidades adaptativas do indivíduo, nos seus aspectos funcionais, psíquicos, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais, competindo ao programa "o apoio, a criação e implementação de serviços de reabilitação em seus diferentes níveis de complexidade e segundo a divisão de competências entre as esferas governamentais. Compete ainda a orientação e encaminhamento da clientela aos demais serviços especializados necessários para a complementação do processo de reabilitação".

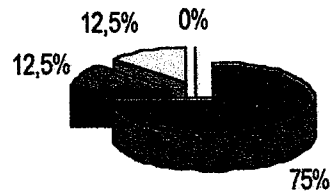
Em relação à **Integração**, encontramos que trata-se do "processo mediante o qual a sociedade em geral, o meio urbano, as moradias e transportes, assim como os serviços de saúde e educação, as dependências de trabalho, os locais de lazer, cultura e esportes tornem-se acessíveis para todas as pessoas e também às pessoas deficientes". Quanto à competência deste programa (PAPPD) na integração social das pessoas portadoras de deficiência, encontramos que cabe "assegurar que a assistência a esse segmento da população se dê da mesma forma e na mesma rede de serviços que os demais cidadãos são atendidos".

Em relação ao acesso arquitetônico, o programa considera a importância da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência aos serviços de saúde e aponta que, quando se planeja a remoção de barreiras todo o restante dos usuários é beneficiado. Tece considerações sobre a importância da NBR 9050, da ABNT (1997), para a planificação de edificações ou reformas de serviços de saúde.

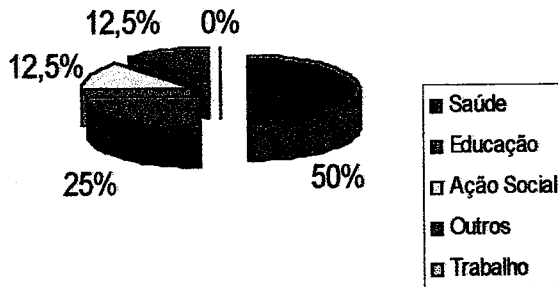
Nesse ponto, queremos chamar a atenção para a participação do setor saúde representada graficamente no programa do Ministério de Saúde, demonstrando a participação dos vários setores na garantia das políticas de prevenção, reabilitação e integração.

**Participação dos vários setores na garantia das políticas de
Prevenção, Reabilitação e Integração Social
(Brasil-MS, 1993)**

REABILITAÇÃO

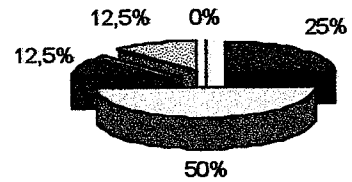


PREVENÇÃO



- Saúde
- Educação
- Ação Social
- Outros
- Trabalho

INTEGRAÇÃO



5. Caruaru: uma cidade amistosa ?

A vida é desigual
Prá cada ser, uma dor
E a cidade segue em frente
Alheia ao dissabor
De quem busca a saúde
Na ação e no labor

E você, Caruaru ?
Que será quando crescer ?
Uma cidade amistosa,
Aberta ao meu viver ?
Ou repleta de barreiras,
Que lutarei prá vencer ?

5. Caruaru: uma cidade amistosa ?

A cidade de Caruaru localiza-se a 130 km de Recife, no agreste do Estado. É considerada a principal cidade do interior de Pernambuco. Com uma população de 240.328 habitantes (IBGE, dez/98), trata-se de um importante ponto de convergência regional, em termos de comércio, turismo, educação e saúde. Em relação à saúde, a cidade possui uma rede de atenção, tanto a nível público, quanto a nível privado, que a faz um centro de referência regional. É sede da IV Dires, e o município implementa uma gestão plena.

Os portadores de deficiência da cidade contam com uma atuante associação, a Apodec, que tem representação no Conselho Municipal de Saúde.

Apresentaremos a seguir, informações obtidas nas três etapas que constituíram este estudo, nas quais buscamos descrever as atuais condições de Caruaru, no que diz respeito às ações municipais voltadas às pessoas portadoras de deficiência e a sua acessibilidades ao meio urbano.

Na primeira etapa, "Ações e intenções", entrevistamos representantes das secretarias municipais, a fim de conhecermos as ações desenvolvidas, o planejamento em relação à questão e as atividades intersetoriais.

Na segunda etapa, "Vivenciando a questão", foi feita uma avaliação de algumas ruas centrais da cidade, sobre as condições de acesso e barreiras urbanísticas, através de um percurso pré-estabelecido, registrado por fotografias, contando com a participação de integrantes da Apodec.

Na terceira etapa, "O acesso às edificações", visitamos locais públicos, principalmente edificações, a fim de conhecermos as suas atuais condições de acessibilidade, atividade que também foi registrada por fotografias.

5.1. Ações e intenções

Considerando que, legalmente, o município é responsável pela implementação de políticas públicas voltadas aos portadores de deficiência, assim como da organização do processo de urbanização, cremos que é fundamental, dentro da abordagem sobre barreiras arquitetônicas, conhecer as ações das diversas secretarias municipais, o planejamento existente e as condições apresentadas pela cidade em relação à adaptação do ambiente para facilitar a acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida. Neste sentido, entrevistamos os responsáveis pelos seguintes setores:

- Secretaria de Ação Social
- Secretaria de Saúde
- Secretaria de Educação
- Secretaria de Obras
- Secretaria de Transportes
- Secretaria de Turismo
- Apodec

Na Secretaria Municipal de Ação Social, as informações foram obtidas através de entrevista com a assistente social Cristiane Dayse Lima, segundo a qual, a partir de 1998, após a municipalização, esta secretaria passou a supervisionar as atividades de quatro clínicas filantrópicas que têm convênio com o Fundo Municipal de Assistência Social. Trata-se de um trabalho de fiscalização, realizado por uma equipe formada por assistente social, pedagoga e psicóloga.

As entidades fiscalizadas trabalham em reabilitação e apenas uma delas realiza estimulação precoce. Segundo a assistente social, não existe integração do trabalho das clínicas fiscalizadas com a comunidade.

O trabalho da equipe na supervisão das clínicas, tem o objetivo de adequar e manter a assistência às pessoas portadoras de deficiência, dentro do padrão exigido pela Secretaria de Ação Social, inclusive no que diz respeito à adaptação da estrutura física desses serviços, para a acessibilidade dos usuários.

A equipe de supervisão ressenete-se da ausência de outros profissionais como médico, fonoaudiólogo e fisioterapeuta na sua composição, para facilitar e aprofundar o trabalho de fiscalização. Esta supervisão é a única ação específica na área de atenção às pessoas portadoras de deficiência, não

existindo portanto, na Secretaria Municipal de Ação Social, programas voltados para a população em estudo. Também não foram referidas atividades integradas a outros setores, na atenção aos portadores de deficiência.

A Apodec é apontada como a instituição da cidade que busca realizar tais atividades, inclusive em relação à integração ao mercado de trabalho.

Segundo o vice-presidente da Apodec, Esnande Quirino, através da Secretaria de Ação Social, a associação obtém cestas básicas para alguns associados, transporte para eventos e reuniões e, através do secretário de Ação Social, estão reivindicando a doação de um terreno para a construção da sede da Apodec.

O secretário de Obras, Roberto Freitas, comentou a atual situação da cidade e o trabalho da Secretaria de Obras no sentido de melhorar a acessibilidade dos portadores de deficiência. Referiu que a reforma dos prédios públicos já existentes e as adaptações nas ruas e calçadas se dá a partir de solicitações feitas a esta secretaria. Quanto às novas construções públicas existe a preocupação de incluir as adaptações necessárias. Refere a construção de duas escolas municipais onde estão sendo consideradas as necessidades de acesso dos portadores de deficiência.

Na Secretaria Municipal de Educação, entrevistamos a Supervisora Geral do Departamento de Ensino, Maria Luíza Alves Bezerra, que nos informou que existem na zona urbana 20 escolas municipais, duas destas em construção. Com exceção das duas construções atuais, não existem escolas municipais com adaptações para as pessoas portadoras de deficiência. A supervisora comenta que apenas o Caic tem uma estrutura diferenciada, tratando-se de uma construção federal. Foi sugerido que visitássemos aquela escola, assim como a escola de educação especial do Rotary Club.

A supervisora falou sobre a inexistência de recursos humanos capacitados para o trabalho em educação especial, dificultando a integração dos alunos que apresentam necessidades especiais. Refere que existe um projeto sobre esportes especiais, mas não há verbas para a sua implementação. Em relação às atividades intersetoriais, informa que a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde realizam juntas um trabalho de prevenção e atenção básica, contando freqüentemente com a presença da unidade móvel da saúde nas escolas. Também há a participação de técnicos da saúde em palestras, solicitadas a partir da observação da necessidade da comunidade. No entanto, no que se refere à atenção da pessoa portadora de deficiência, nenhuma atividade é executada.

Em visita ao Caic, pudemos conhecer a sua estrutura, com o apoio da vice-diretora, Inalda Cordeiro Braga. A escola é ampla, plana, com corredores largos. As portas permitem o livre acesso de cadeiras de rodas. No térreo localizam-se os banheiros, havendo um banheiro adaptado, o qual encontra-se

desativado. O prédio possui estrutura para elevador, para uso dos portadores de deficiência, mas nunca foi instalado. (Foto 1) A vice diretora refere que atualmente a escola não tem alunos com problema de locomoção. No ano anterior havia um aluno que usava cadeira de rodas e diariamente era ajudado pelos companheiros para chegar às salas de aula, que estão localizadas no primeiro andar. Este ano o aluno abandonou os estudos.

No prédio do Caic funciona a Clínica da Criança, do SUS, com acesso ao interior da escola. O acesso externo da Clínica não tem rampa, formando-se uma barreira para a livre circulação de pessoas com problema de locomoção. (Foto 2)

Visitamos a escola especial do Rotary Club, onde a professora Márcia Ramos, especializada em Educação Especial, nos falou sobre o trabalho da escola, cujos funcionários são estaduais. A escola prepara alunos para integração no ensino regular e também oferece estimulação precoce. A professora nos falou sobre a dificuldade em integrar alunos, pela deficiência em recursos humanos capacitados, referindo problemas de discriminação e exclusão dos alunos que apresentam alguma deficiência. Quanto à estrutura física, as portas e circulação possuem largura adequada, permitindo o acesso de cadeira de rodas. Está sendo concluída uma reforma que incluiu a construção de rampas no interior da escola. O problema apresenta-se em relação aos banheiros: recém-reformados, não permitem o acesso de cadeira de rodas e não possuem nenhuma adaptação. (Foto 3)

Na secretaria de Turismo, entrevistamos o secretário de turismo, José Pereira Sousa. O mesmo não referiu nenhum projeto relativo ao turismo para portadores de deficiência. Disse que nos eventos da cidade, os grupos existentes são convidados a participar. Falou sobre a existência, na Fundação de Cultura de Caruaru, de uma biblioteca em Braille e de aulas para deficientes visuais.



Foto 1 – Instalações do Caic

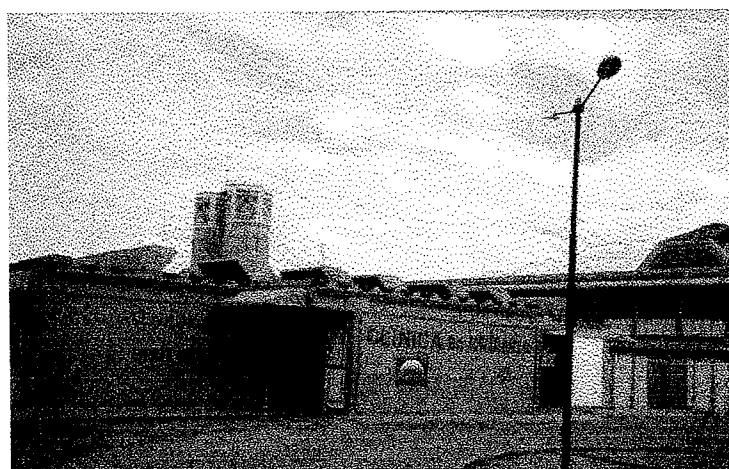


Foto 2 – Unidade de Saúde do SUS



Foto 3 – Banheiro da Escola de Educação Especial

O secretário de transportes, Sérgio Cardoso, nos informou que, atualmente não há projetos para transportes coletivos adaptados, adaptações nas paradas de ônibus para permitir o acesso das pessoas portadoras de deficiência ou transporte alternativo. (Foto 4) Referiu que há uma solicitação da Apodec que diz respeito a vagas especiais em estacionamentos, em pontos estratégicos da cidade, com a colocação da sinalização adequada. Falou sobre a lei municipal n. 3888, de 1998, que modificou a lei n. 3751, de 1996, ampliando a gratuidade no uso de transporte coletivo municipal, nas zonas urbana e rural, aos portadores de deficiência. Anteriormente esse direito havia sido estabelecido apenas para as pessoas maiores de 65 anos.

Na Secretaria de Saúde, entrevistamos a Diretora de Assistência e Promoção à Saúde, Edilene de Castro Chaves, que nos informou que atualmente não existe nenhum programa local voltado aos portadores de deficiência, seja a nível de prevenção, de tratamento ou de reabilitação. Comenta que a Secretaria Municipal de Saúde teve uma participação ativa no censo das pessoas portadoras de deficiência, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde. Foram contratados entrevistadores e feita uma intensa mobilização. Infelizmente, até o momento, as informações do censo não foram publicadas. Diz que a população portadora de deficiência é desconhecida e considera-se a existência de uma demanda reprimida. No entanto, não refere a possibilidade de ser implementado um Núcleo de Reabilitação na cidade.

Outra informação dada pela diretora foi que atualmente existem, na zona urbana, 9 centros de saúde. Nenhum deles permite o acesso de pessoas portadoras de deficiência de forma independente, pois a estrutura física não possui adaptações que atendam às suas necessidades especiais. (Foto 5) O mesmo ocorre nas 10 unidades urbanas do PSF, que cobre aproximadamente 40% da população. Estas unidades funcionam em casas alugadas, as quais não sofreram nenhuma adaptação. O problema inviabiliza a implementação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no que se refere a integração social desta população, já que impossibilita que a assistência a estas pessoas se dê na mesma rede de serviços e da mesma forma que os demais usuários do SUS.

A Diretora de Assistência e Promoção à Saúde referiu que encontra-se em construção de uma policlínica, onde foram incluídas adaptações para possibilitar o acesso das pessoas com mobilidade reduzida. Durante o registro fotográfico, observamos que o acesso externo à policlínica não contemplou, até o momento, a construção de rampas. Não foi possível conhecer o interior do edifício pois na ocasião encontrava-se fechado. (Foto 6)



Foto 4 – Terminal de Ônibus Urbano

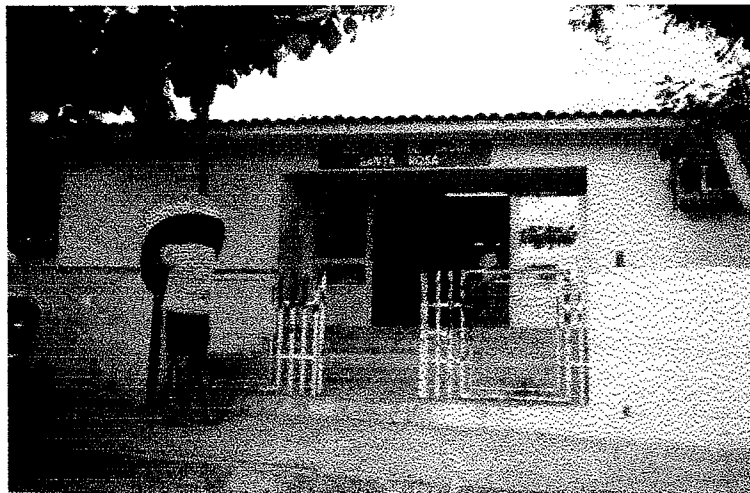


Foto 5 – Inacessibilidade a um Centro de Saúde

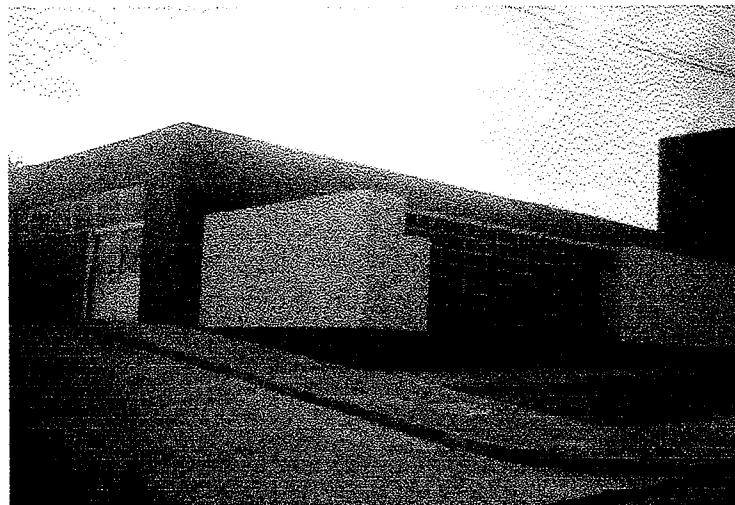


Foto 6 – Policlínica recém-construída

O atendimento a nível de reabilitação no município se dá através de uma clínica privada, o Instituto de Medicina Física, que é conveniado ao SUS. A Secretaria Municipal de Saúde repassa recursos àquela unidade da rede complementar, que oferece fisioterapia a 60 pacientes por mês, sendo estes, excedentes referidos pela unidade de reabilitação da Secretaria Estadual de Saúde, que realiza atendimentos a nível regional, preferencialmente aos usuários de outros municípios. O Instituto de Medicina Física conta com dois fisioterapeutas, atendendo à clientela referenciada nos turnos da manhã e da tarde, realizando os seguintes procedimentos:

- Atendimento de Fisioterapia em Patologias Traumatológicas e Ortopédicas
- Atendimento de Fisioterapia em Patologias Reumáticas
- Atendimento de Fisioterapia em Patologias Neurológicas
- Atendimento de Fisioterapia em Patologias Respiratórias

Em entrevista com a Assessora de Recursos Financeiros do Fundo Municipal de Saúde, Flora Raquel de Freitas, obtivemos dados sobre as despesas da Secretaria de Saúde: No período de janeiro a agosto de 1999, a despesa da Secretaria de Saúde com assistência e promoção à saúde foi de R\$ 4.694.956,46. No mesmo período, a despesa com reabilitação foi de R\$ 14.444,42, correspondendo a 0,31% do total da despesa com assistência e promoção à saúde. Percentual semelhante foi gasto no ano de 1998, estimado em 0,32% do total. A estimativa mensal da despesa por programas/ ações de saúde da Secretaria Municipal de Saúde revela os seguintes dados:

• PSF	220.000,00
• PACs	20.000,00
• Manutenção das unidades de saúde	70.000,00
• Vigilância Sanitária	4.716,81
• Custeio TFD (Tratamento Fora do Domicílio)	4.472,86
• Prestad. de Serviço Rede Complementar (PAB)	2.650,00
• Prestad. Serviço Rede Complementar (FAE)	101.583,20
• Reabilitação (FAE)	1.416,80

Em relação ao FAE Ambulatorial, de janeiro a agosto de 1999, os serviços da Rede Complementar foram de R\$ 82.699,98. Destes, 14.444,42 foram gastos com Reabilitação, correspondendo a 17,46% do total.

Entrevistamos a presidente da Apodec, Rosimary Maria da Silva, que nos informou que esta associação foi fundada em novembro de 1995, tendo como objetivo inicial "tirar os portadores de deficiência de casa, colocando-os em contato com o meio e, quando possível, possibilitando a sua inserção no mercado de trabalho". Atualmente, (dez./99) conta com 253 sócios ativos, recebendo em média, 10 novos sócios por mês.

A associação vem se fortalecendo na cidade através do seu trabalho, sendo apontada por diversos setores como um órgão ativo no desenvolvimento de atividades voltadas às pessoas portadoras de deficiência. A presidente relatou as atividades realizadas na área de assistência, na área esportiva e as solicitações aos diversos setores públicos e privados na busca de melhorar a receptividade da sociedade em relação a essa população. Comenta as dificuldades enfrentadas, e a necessidade de contar com o apoio de técnicos especializados para orientar as atividades. Recentemente, conseguiram o apoio voluntário de um professor de educação física para o treinamento dos atletas, que está sendo realizado no espaço do SESC.

A Apodec desenvolve um importante papel na assistência, apoio e estímulo aos seus associados. Existe um reconhecimento da comunidade em relação ao seu trabalho junto às instituições públicas e privadas, sendo um espaço importante a ser explorado, a fim de modificar a visão preconceituosa da sociedade sobre estas pessoas e transformar a situação.

5.2. Vivenciando a questão

Visando realizar uma avaliação das condições da cidade em termos da acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida, convidamos dois integrantes da Apodec para realizar um percurso pré-estabelecido por algumas ruas centrais da cidade, registrado por fotografias, incluindo os seguintes locais:

- Sede da Apodec, que localiza-se no centro da cidade e ruas circunvizinhas
- Avenida central, onde realizam-se eventos culturais,
- Ruas centrais, onde localizam-se lojas, hotel, estação ferroviária, terminal de ônibus urbano, bancos, igrejas, praça, locais comerciais.

A avaliação realizou-se no dia 03.12.99, às 16:00 horas, tendo como ponto de partida e retorno a sede da associação. Participaram da atividade:

- Esnande Quirino da Silva, 24 anos. Portador de seqüela de poliomielite. Mobiliza-se em cadeira de rodas, mas utiliza preferencialmente um skate: “ Só uso cadeira de rodas nas atividades da Apodec, ou nas reuniões. Com skate é muito mais fácil me locomover. Eu o utilizo há 12 anos”. Concluiu o segundo grau e teve algumas experiências laborais. Trabalhou como sapateiro, e também em artesanato. Foi telefonista de um posto da Telpe. Atualmente é vice-presidente da Apodec, um trabalho voluntário. É um dos atletas da associação.
- Antônio Cardoso da Rocha, 54 anos. Apresenta seqüela de poliomielite. Mobiliza-se em um modelo de cadeira de rodas elétrica, maior que uma cadeira de rodas comum, necessitando mais espaço para o seu manejo. Concluiu o segundo grau. Trabalhou em escritórios de contabilidade e foi proprietário de uma banca de revistas por seis anos: “Eu vendi a banca de revistas pensando em botar um negócio em casa, mas não deu...” Relatou suas atividades em casa, onde vive com a mãe, já idosa e que também mobiliza-se em cadeira de rodas: “Quando a empregada falta eu faço de tudo. Não me sinto doente e cuido da minha mãe. Ela já está velha e é muito braba”.

Iniciada a avaliação apresentou-se o primeiro problema: não foi possível circular pelas calçadas, pois estas apresentam sérios problemas em relação à sua estrutura e conservação: Calçadas estreitas, inclinadas, com pisos rachados, com vegetação, caixas de visita do saneamento sem tampas, grelhas mal posicionadas ou inexistentes, além de lixo acumulado e veículos estacionados nas áreas de circulação de pedestres. Ademais existem desníveis e nem sempre há rampas nos principais acessos e esquinas, para possibilitar a travessia às outras quadras. Tais problemas tornam as calçadas inacessíveis aos portadores de deficiência física, assim como dificulta a mobilização dos portadores de deficiência visual e outras pessoas com mobilidade reduzida. O percurso foi feito em grande parte entre os carros: “Temos que competir com os carros”, comentou Esnande. (Foto 7)

O trajeto selecionado contava com rampas construídas recentemente. A maior parte com estrutura inadequada, fora dos padrões das normas da ABNT. (Foto 8) O secretário de obras informou que o problema, em muitos casos, se deu porque os empreiteiros não seguiram as normas e as rampas deverão ser reconstruídas. Em outros casos, disse tratar-se de um problema estrutural, pois algumas calçadas são muito estreitas, não permitindo a construção dentro das normas. Existem problemas em relação à manutenção das obras já que, com o recapeamento asfáltico das ruas, forma-se uma nova barreira diante das rampas construídas. Segundo o secretário de obras, o problema se dá porque a Prefeitura não possui o equipamento necessário para manter tais adaptações, fazendo-se necessária a sua aquisição para solucionar o problema.



Foto 7 – Inacessibilidade às calçadas



Foto 8 – Rampa com dimensão inadequada

Muitas barreiras no percurso foram ultrapassadas por Esnande, por tratar-se de uma pessoa com muita habilidade no manejo da cadeira de rodas, não apresentar problemas de controle de tronco e apresentar a força de membros superiores conservada. Porém as rampas dificilmente seriam utilizadas de forma independente por um portador de deficiência que não apresentasse tais características.

Pela estrutura da sua cadeira, e pelas barreiras físicas encontradas nas calçadas, Antônio fez a maior parte do percurso junto aos carros, sendo cuidadoso na mobilização, buscando seguir as normas do trânsito, realizando percursos mais longos a fim de evitar a circulação em sentido proibido.

Observamos que no terminal de ônibus urbanos não há nenhuma adaptação. Também não existem ônibus adaptados na cidade. Várias agências bancárias construíram rampas de acesso ao seu interior. São estruturas adequadas. Contudo, segundo a presidente da Apodec, há problemas porque, como não podem usar a porta giratória, sempre dependem da presença do segurança para abrir uma porta lateral, "muitas vezes eles nem estão com a chave, ou não se encontram no momento".

No percurso, fomos ao Banco do Brasil e o problema se apresentou quanto à inexistência de rampa entre a rua e a calçada. "O banco fez sua parte, mas a rampa na rua deve ser feita pela prefeitura", comentou Esnande. (Foto 9)



Foto 9 – Acesso parcial ao banco

Observamos que não há uma preocupação quanto à distribuição e desenho do mobiliário urbano, dificultando tanto o seu uso pelos portadores de deficiência física e visual, quanto a mobilização destas pessoas. Não há referências para que os portadores de deficiência visual detectem os

obstáculos, nem semáforos sonoros para possibilitar a travessia das ruas de forma independente. Não encontramos telefones públicos adaptados nos locais visitados, nem vagas especiais de estacionamento nas ruas percorridas. Também não há sinalização que favoreça a comunicação e informação urbanas aos portadores de deficiências físicas, visuais ou auditivas.

O trajeto de regresso à sede da Apodec foi concluído sob condições semelhantes: desviando-se dos carros, realizando percursos mais longos e inseguros para alcançar os locais propostos. A reação das pessoas durante o percurso variou desde olhares curiosos, de interesse, de admiração, até a indiferença. Foram feitos comentários sobre as dificuldades, tentativas de ajudar e observações bem humoradas, ressaltando que a presença das pessoas portadoras de deficiência no espaço urbano não faz parte do cotidiano da comunidade.

5.3. O acesso às edificações.

Após a atividade junto aos representantes da Apodec, visitamos vários locais públicos como supermercados, bancos, praças, igrejas, correios, fórum, centros de compras, hospitais e outros serviços de saúde, feira livre, restaurantes, entre outros, observando que, atualmente há um movimento positivo, por parte tanto do setor público como do setor privado, no sentido de possibilitar o acesso das pessoas com problema de locomoção aos seus edifícios.

Algumas edificações, em sua maioria construções recentes, possuem adaptações como portas e circulações largas, pisos diferenciados, banheiros adaptados, rampas com inclinação adequada e corrimão, comunicação visual. Não constatamos a existência de sinalização em Braille em nenhum local. Só são encontrados elevadores amplos em alguns serviços de saúde.

Observamos algumas conquistas da Apodec junto a Secretaria de Obras, no que diz respeito a construção de adaptações nos principais pontos turísticos da cidade.

A Vila do Forró é um visitado ponto turístico localizado no Pátio de Eventos. Retrata uma pequena cidade do interior, onde funcionam restaurantes, lojas de artesanato, banheiros e outros serviços públicos. Na entrada foi construída uma rampa e, numa das primeiras casas, onde funcionam os banheiros públicos, foi adaptado um banheiro. No entanto, nas outras casas da vila turística, não há acesso para pessoas com mobilidade reduzida. (Foto 10) Na feira de artesanato foi construído um banheiro adaptado. (Foto 11) No centro da cidade, na avenida onde se realizam os principais eventos turísticos, foram construídas rampas.

Grande parte das edificações mais antigas não possuem adaptações. Como várias lojas, igrejas, a entrada ao edifício onde está localizada a Fundação de Cultura de Caruaru onde também funciona o Museu do Forró, o escritório da Celpe, a entrada principal da agência central dos Correios, e vários outros locais de interesse público, impossibilitando o livre acesso das pessoas com mobilidade reduzida.

Em algumas construções mais antigas foram construídas adaptações, sobretudo rampas, como na Secretaria de Ação Social (Foto 12), na Secretaria de Saúde, no Forum, no Ministério Público. O número de banheiros adaptados na cidade é insignificante, mesmo nas unidades de saúde mais complexas, como hospitais, sendo esta uma queixa sempre referida pelos portadores de deficiência, principalmente os usuários de cadeira de rodas.



Foto 10 – Acesso à Vila do Forró

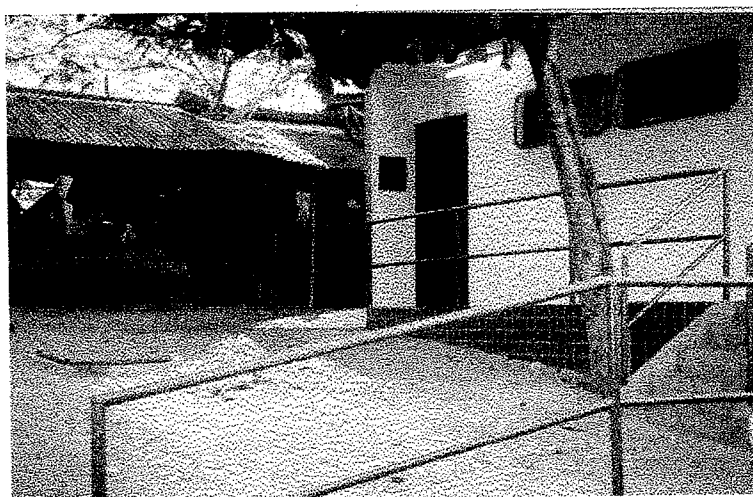


Foto 11 – Banheiro adaptado na feira livre



Foto 12 – Secretaria de Ação Social

6. Considerações Finais

Agora, setor Saúde:
Qual será a sua ação ?
Olhar só para doenças
Ou buscar a solução
Dos problemas ambientais
Também é sua missão ?

Levanto essa pergunta
Para Caruaru, cidade:
Por que não ter intenção
De melhorar qualidade
De vida das PPDs
Que sofrem iniquidade ?

6. Considerações Finais

As cidades brasileiras, na sua grande maioria, possuem uma estrutura que impossibilita a locomoção com independência das pessoas que apresentam mobilidade reduzida. Caruaru, em suas atuais condições, retrata a situação de exclusão a que foram submetidos os portadores de deficiência no contexto histórico do nosso país.

Caruaru não possui um meio urbano que favoreça o convívio e a liberdade de ação das pessoas portadoras de deficiência. Estas encontram-se destituídas do seu direito de ir e vir. Não podem frequentar escolas, usar transportes coletivos, ir ao cinema, ao supermercado, à igreja, visitar amigos ou participar de outras atividades que fazem parte do cotidiano da comunidade.

Não há um reconhecimento do portador de deficiência como cidadão, o que leva à negação do seu espaço humano na sociedade. Esta negação é claramente percebida na desconsideração das suas necessidades especiais no espaço urbano, retratada na atual paisagem da cidade. As barreiras físicas construídas são a mais pura expressão das deficiências do ambiente que, por sua vez, acabam por acentuar as deficiências anatômicas, fisiológicas ou psicológicas de um segmento considerável da população.

As entrevistas realizadas junto aos representantes das diversas secretarias municipais de Caruaru revelaram que as intervenções voltadas para a atenção aos portadores de deficiência e para a remoção de barreiras físicas têm sido segmentadas e isoladas, tornando-se soluções parciais, que não alteram de forma significativa o cotidiano dessas pessoas.

Inexistem atuações intersetoriais, a fim de que possam ser consideradas as particularidades locais econômicas, culturais, sociais, na implementação de uma política urbana que vá de encontro às necessidades especiais dos portadores de deficiência.

Não existem políticas públicas a nível municipal voltadas para o processo de assistência à saúde, reabilitação e integração social das pessoas portadoras de deficiência. O município não avançou nesta área e repete as ações historicamente conhecidas no Brasil de repasse de recursos financeiros às instituições privadas. Não existem perspectivas em relação à implementação de projetos no sentido de transformar tal situação.

A ausência destas ações contradiz a legislação vigente, inclusive a Lei Orgânica do Município (1990), que apresenta consideráveis avanços no seu texto, os quais, concretizados, contribuiriam grandemente para a melhoria da qualidade de vida da população em estudo.

Trata-se de uma situação cíclica, com raízes históricas, fundamentada na relação destas pessoas com a sociedade. A falta de proximidade física tem impedido a interação e, conseqüentemente, a comunicação, que são as armas para vencer o preconceito. Por sua vez, o preconceito tem levado à negação do espaço urbano, enquanto lugar dos portadores de deficiência.

Neste contexto, qual é o papel das políticas públicas locais?

Ao Município compete ordenar o desenvolvimento das funções sociais, assegurando saúde, transporte, educação, lazer, habitação, trabalho à população como um todo. O papel do Município diante das pessoas portadoras de deficiência está definido na legislação federal, estadual e municipal.

A intervenção do Poder Público local diante da problemática em estudo é fundamental para romper o ciclo, dando lugar ao convívio e possibilitando a transformação da situação.

A saúde concebida a partir da visão dos autores referidos neste trabalho (Ferreira, 1994; Alves, 1998; Boff, 1999; Castellanos, 1997; Vaitsman, 1992; Cohn, 1997; Paim, 1997; Anais, 1987), tem ampliada a sua área de atuação. E, diante dessa ampliação, ocorre uma interseção entre saúde e o processo de integração social, não sendo possível omitir o papel do setor Saúde neste processo. A partir do momento em que este setor propõe enquanto objetivo da reabilitação, o desenvolvimento da capacidade adaptativa do indivíduo nos seus mais variados aspectos, não pode deixar de voltar o seu olhar para a questão ambiental, para o meio ao qual está remetendo a população assistida no processo de reabilitação. Por mais preparada que esteja tal população, certamente ver-se-á diante de barreiras físicas e sociais intransponíveis, que impedirão a concretização da integração social.

O problema demanda um trabalho integrado e abrangente, onde as instituições envolvidas intervenham, através de uma abordagem intersetorial, da qual a saúde é parte integrante e ativa. É necessário unir esforços, a fim de alcançar soluções que incluam fatores ambientais, de saúde, da economia e da comunidade, envolvendo os grupos de interesse e os usuários dos serviços no planejamento dos projetos a fim de que estes possam participar das decisões que afetam as suas vidas.

A articulação entre os setores, inclusive o setor Saúde, não deve buscar simplesmente a transformação da paisagem. A cidade deve ser vista como um espaço dinâmico, onde uma rede de serviços seja planejada conjuntamente, para permitir aos portadores de deficiência, atuarem sobre o meio, exercendo seus direitos e deveres sociais, convivendo com a comunidade, desenvolvendo

habilidades, superando os preconceitos e o sentimento de desvalorização gerado pela exclusão social. É através dessa participação que os portadores de deficiência poderão tornar-se parte do lugar, pois é essa interação que gera a transformação social que se refletirá sobre a paisagem da cidade.

Confrontando a abordagem sobre a atuação do homem na transformação do espaço e o conceito de saúde apresentado no desenvolvimento deste estudo, ao quadro de isolamento, inatividade, privação de direitos e iniquidade encontrado, firmamos nossa convicção acerca da contribuição que pode ser dada pela Saúde Pública, a fim de amenizar o impacto negativo à saúde das pessoas portadoras de deficiência, causado pela qualidade de vida a que têm sido submetidas.

Uma contribuição relevante e pertinente que pode ser dada pela Saúde Pública é trabalhar no sentido de conscientizar a sociedade, inclusive os diversos setores públicos e privados, sobre os potenciais das pessoas portadoras de deficiência, sobre as suas necessidades especiais e sobre a importância para a melhoria das suas condições de vida e saúde, de interagir num espaço urbano que favoreça a sua livre mobilização e, conseqüentemente, possibilite a sua integração social.

Outra medida importante a ser considerada pela Secretaria Municipal de Saúde, é a implementação do Programa de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência no SUS, desenvolvendo ações voltadas à prevenção, reabilitação e integração social. Para viabilizar a implementação deste programa, cabe ao setor Saúde, a adaptação da estrutura física da rede pública de saúde. É preciso viabilizar o acesso às suas edificações, para que a assistência aos portadores de deficiência se dê no mesmo local que os demais usuários do SUS, conforme estabelecido no referido programa. Para isso é necessário buscar soluções que possibilitem a integração entre o meio construído e o transporte, criando percursos mais curtos e seguros, através da planificação de trajetos acessíveis, que considerem o percurso do portador de deficiência desde a sua residência até o interior dos serviços de saúde, que devem estar adaptados às necessidades dos portadores de deficiência visual, física ou auditiva.

Favorecendo a ação dos portadores de deficiência no espaço urbano, estaremos abrindo uma via de comunicação com a sociedade que, seguramente, influenciará na reestruturação do espaço humano, levando-os a encontrar o seu lugar.

7. Bibliografia

7. Bibliografia

Alves, Paulo Cesar, Rabelo, Miriam Cristina. **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Relume Dumará, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.

Boff, Leonardo. **Saber Cuidar**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999. P. 131-156.

Brasil. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 4.767**. Brasília, 1998. Mimeo.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1998.

Brasil. Ministério da Justiça. **Os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência**. Brasília: Corde, 1994. 18 p.

_____. **Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 1997. Mimeo.

_____. **Coletânea de Normas de Acessibilidade ao Transporte Coletivo da Pessoa Portadora de Deficiência**. Rio de Janeiro: ABNT, 1997.

_____. **Município e Acessibilidade**. Brasília: Corde, 1998. 68 p.

_____. Normas uniformes sobre a igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência. In: **Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência**. Brasília: Corde, 1996. P 9-53.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. **A atenção à pessoa portadora de deficiência na área da Assistência Social**. Brasília: Secretaria de Ação Social, 1996. 24p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - NOB / SUS**. Brasília, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Orientação à Prevenção de Deficiências**. Brasília: Cage, 1994. P. 20.

_____. **Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**.
Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 48 p.

Brasil. Ministério do Bem-Estar Social. **Programa de Remoção de Barreiras ao Portador de Deficiência**. Brasília: Corde, 1994. 12 p.

Caruaru. **Lei Orgânica do Município de Caruaru**. Caruaru: Câmara Municipal, 1990. 65p.

_____. **Lei n. 3888**. Caruaru: Câmara Municipal, 1998.

Castellanos, Pedro Luiz. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: Barata, Rita Barradas (Org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. P. 31-75.

Cohn, Amélia. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: Barata, Rita Barradas (Org.) **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. P. 77-93.

Ferreira, Jaqueline. O corpo signico. In: Alves, Paulo Cesar e Minayo, Maria Cecilia de Souza. **Saúde e Doença. Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. P. 101-112

Gregori, José. In Brasil. Ministério da Justiça. **Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos**. Rio de Janeiro: 1997. Mimeo.

Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha. **Manual de Accesibilidad Integral**. Castilla – La Mancha: Socytec, 1998. Mimeo.

- Kotaka, Filomena, Favero, Manildo. **Barreiras Arquitetônicas em Hospitais: a (in)adequação dos ambientes para as pessoas portadoras de deficiência física.** *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, V. 1, – n. 3, p 17 – 22, jul. / set. 1998.
- Lynch, Kevin. Antrópolis apud Choay, Françoise. **O Urbanismo.** 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992. P. 307-319
- Moraes, Antônio Carlos Robert. **Meio Ambiente e Ciências Humanas.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 100p.
- OMS. Indicadores para o estabelecimento de políticas e a tomada de decisão em saúde ambiental.** Genebra, 1998. Mimeo.
- ONU. Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência.** Assembléia Geral das Nações Unidas, 1982.
- Organização Internacional do Trabalho - OIT. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência: um guia para as organizações de empregadores.** Brasília: Ministério da Justiça, 1994. 35 p.
- Paim, Jairnilson Silva. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde. Notas para reflexão e ação.** In: Barata, Rita Barradas (Org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. P. 7 – 29.
- Pernambuco. Ministério Público. **O portador de deficiência e a cidadania.** Recife: Caop, 1998. 16p.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Recife: Cage, 1993. Mimeo.
- Rio de Janeiro. Conselho Estadual dos Direitos da Mulher – Cedim. **Reflexão sobre a condição da Mulher Portadora de Deficiência.** Rio de Janeiro: Cedim 1992. 49 p.

Santos, Milton. **Técnica e Tempo. Razão e Emoção.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 307 p.

_____. **Técnica, Espaço, Tempo. Globalização e meio Técnico-Científico Informacional.**
4 ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 109 p.

Vaitsman, Jeni. Saúde, Cultura e Necessidades. In: Fleury, Sônia (Org.). **Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do Social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. P 157-173.

Anexos

Anexos

Constituição da República – 1988

- Art. 23:** II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;
- X – combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.
- Art. 24:** XIV – proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;
- Art. 37:** VIII – a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão;
- Art. 203:** IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.
- Art. 208:** III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;
- IV – atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade.
- Art. 227:** II – criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como para integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.
- § 2º. – A lei disporá sobre normas de construção de logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

Lei n.º 7.853, de 24/10/89 – Dispõe sobre:

- o apoio à pessoa portadora de deficiência;
- sua integração social;
- sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência Corde
- institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos e difusos;
- disciplina a atuação do Ministério Público;
- define crimes contra o preconceito e dá outras providências.

Lei n.º 8.080, de 19/09/90 – **Lei Orgânica da Saúde**

institui procedimentos de reabilitação médica e concessão de órteses e próteses.

Decreto n.º 129, de 22/05/91

Promulga a Convenção n.º 159, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas portadoras de deficiência.

Lei n.º 8.213, de 08/12/91 1991

Dispõe sobre habilitação e reabilitação profissional e fornecimento de órteses e próteses para segurados da previdência social.

Portaria n.º 116, de 09/09/93, e n.º 146, de 14/10/93

Dispõe sobre concessão de órteses e próteses.

Decreto n.º 914, de 06/07/93

Institui a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Lei n.º 8.742, de 07/12/93 – **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**

Dispõe sobre a organização da Assistência Social, institui o benefício de prestação continuada e o apoio à habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência.

Decreto n.º 1.744, de 08/12/95

Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência de família com renda mensal familiar per capita de até ¼ (um quarto) do salário mínimo e incapacitado para a vida independente e para o trabalho.

Lei Orgânica do Município de Caruaru, 1990.

Título 1 – da Organização Municipal

Capítulo II – da Competência

Art. 6: II – Cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Título V – do Desenvolvimento Econômico e Social

Capítulo II – das Políticas Municipais

Seção I – da Política Urbana

Subseção 1 – do Desenvolvimento Urbano

Art. 118:

§ 2.º No estabelecimento de diretrizes e normas relativas ao desenvolvimento urbano, o nível Municipal deverá assegurar:

VI – O acesso adequado das pessoas portadoras de deficiência física aos edifícios públicos, logradouros e meios de transporte coletivo.

Art. 119: A política urbana será condicionada às funções sociais da cidade, entendidas, na forma da lei, como o direito do cidadão ao acesso à moradia, ao transporte coletivo, ao saneamento básico, à energia elétrica, à iluminação pública, ao trabalho, à educação, à saúde, ao lazer e à segurança, bem como a preservação do patrimônio ambiental e cultural.

Subseção II – dos Transportes Urbanos e do Sistema Viário

Art. 122: O sistema viário e o meio de transporte subordinar-se-ão à preservação da vida, à segurança e conforto dos cidadãos, à defesa da ecologia, do patrimônio arquitetônico e paisagístico, bem como das diretrizes do uso do solo.

Seção II – da Política de saúde

Art. 128: A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à preservação, a eliminação dos risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 129: Para atingir esses objetivos o Município promoverá:

I – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

II – ações que garantam o respeito ao meio ambiente e o controle da poluição ambiental;

IV – acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação.

Seção III – da Política de Assistência Social

Subseção I – da Assistência Social Geral

Art. 138: A assistência social será prestada tendo por finalidade:

III – a habilitação, reabilitação e profissionalização das pessoas portadoras de deficiência, para sua melhor integração social;

IV – a garantia às pessoas portadoras de deficiência visual completa, a gratuidade nos transportes coletivos;

V – a execução, com a participação de entidades representativas da sociedade civil, de ações de prevenção, tratamento e reabilitação de deficiências físicas, mentais e sensoriais.

Subseção II – da Criança, do Adolescente e do Idoso

Art. 140: O município incentivará entidades particulares e comunitárias, atuantes na política de defesa dos direitos da criança, do adolescente, das pessoas portadoras de deficiência e do idoso, devidamente registradas nos órgãos competentes, subvencionando-as com amparo técnico e auxílio financeiro.

Art. 142: O município promoverá programas de assistência integral à criança e ao adolescente, com participação deliberativa e operacional de entidades não governamentais, através das seguintes ações estratégicas:

II – Criação e implantação de programas de prevenção, de atendimento e de integração social dos portadores de deficiências físicas, mentais e sensoriais, facilitando o acesso destes aos bens e serviços coletivos, pela eliminação de preconceitos e de obstáculos arquitetônicos;

III – Concessão de incentivos fiscais às atividades relacionadas com pesquisa, tecnologia e produção de materiais e equipamentos especializados para uso das pessoas portadoras de deficiência.

Seção IV – da Política de Educação, da Cultura, do Desporto, do Lazer e do Turismo

Subseção I – da Educação

Art. 147: O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I – Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

Subseção III – do Desporto e do Lazer

Art. 156: É dever do Município com a colaboração das escolas, associações e agremiações desportivas, promover, estimular e apoiar a prática e a difusão da cultura física e dos desportos, oferecendo tratamento especial às pessoas portadoras de deficiência física.

Seção V – da Política do Meio Ambiente

Art. 159: O Município deverá atuar no sentido de assegurar a todos os cidadãos o direito ao meio ambiente ecologicamente saudável, como bem de uso comum do povo e essencial a qualidade de vida.