

DANIELE BATISTA BRANDT

MOBILIDADE URBANA PARA QUEM?

Considerações sobre a política de mobilidade urbana e transporte para pessoas com restrição de mobilidade e doenças crônicas na cidade do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Política e Planejamento Urbano do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Kleiman

Rio de Janeiro
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que lutam contra o câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Mauro Kleiman, pelo aprendizado, contribuições e, principalmente, pela confiança.

Ao professores do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ), pela contribuição fundamental e de excelência à minha formação.

Aos meus colegas da turma de especialização, em especial a Nívea e Natália, pelo companheirismo nesta jornada.

À equipe multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em especial a Lucia, Sandra, Kássia, Luciana, Luzia e Flávia, pelo compromisso com a assistência de qualidade às usuárias com câncer de mama.

Aos meus pais Carlos e Ana, aos meus irmãos Eliana e Carlos Alberto e às sobrinhas Ana Caroline e Julia, pelo amor incondicional e por suportarem tantas ausências. Minha gratidão por tanto investimento, incentivo e acolhimento.

Aos meus amigos, que contribuem para que a vida tenha cotidianamente sentido, em especial àquelas que deram sugestões ou incentivaram este trabalho: Priscila, Érika, Silvia, Juliana, Rose, Elaine e Graziela.

Incenso fosse música

Isso de querer ser exatamente aquilo que a gente é ainda nos
vai levar além.

(Paulo Leminski)

RESUMO

Este trabalho apresenta algumas considerações sobre a política de mobilidade urbana e transporte na cidade do Rio de Janeiro, quanto ao acesso amplo e democrático ao espaço urbano e aos serviços de saúde pessoas com restrição de mobilidade por doença crônica. A partir da análise da legislação vigente, com enfoque na oferta de serviços e gratuidades nos transportes, pretende verificar se há garantias ao exercício do direito à cidade e à saúde para este segmento da população. Como procedimento metodológico, foi realizado levantamento da legislação e de documentos do Ministério das Cidades, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e do INCA, analisados à luz da bibliografia recente sobre o tema. Os resultados apontam que na legislação carioca: 1. são ignoradas diferenças entre níveis de restrição, dependência e necessidade dos usuários dos transportes públicos; 2. são estabelecidas diferenciações entre as doenças crônicas para definição dos beneficiários; 3. são definidos outros critérios para concessão de gratuidades; 4. são inexistentes mecanismos de controle social. Apesar de incorporar os conceitos de mobilidade e de acessibilidade do Ministério das Cidades, verificamos que a legislação carioca apresenta limites ao exercício do direito das pessoas com restrição de mobilidade em razão de doença crônica e, em especial, das mulheres com câncer de mama. É preciso avançar na discussão, formulação, implementação de políticas públicas que contemplem as necessidades destes sujeitos. Por este motivo, é premente a articulação da sociedade civil para participação efetiva na definição da política municipal e metropolitana neste setor.

Palavras-chave: Mobilidade Urbana. Política de Transporte. Rio de Janeiro. Doenças Crônicas. Câncer de Mama.

ABSTRACT

This paper presents some considerations about the politics of urban mobility and transport in the city of Rio de Janeiro, as the wide and democratic access to urban space and health services people with restricted mobility due to chronic disease. From the analysis of the current legislation, focusing on the provision of transport services and gratuities, you want to check if there are guarantees the exercise of the right to the city and health for this population. Methodological procedure was conducted survey of legislation and documents of the Ministry of Cities, the Municipality of Rio de Janeiro and INCA, analyzed in light of the recent literature on the topic. The results show that the legislation Rio: 1. are ignored differences between levels of constraint, dependence and need for users of public transport, 2. differences are established between chronic diseases to define the beneficiaries 3. others are defined criteria for granting gratuities 4. are nonexistent social control mechanisms. While incorporating the concepts of mobility and accessibility of the Ministry of Cities, found that the legislation Rio presents limits to the exercise of the right of persons with restricted mobility due to chronic illness, and in particular, women with breast cancer. It is necessary to advance the discussion, formulation, implementation of public policies that address the needs of these individuals. For this reason, there is a pressing joint civil society for effective participation in the definition of metropolitan and municipal policy in this sector.

Keywords: Urban Mobility. Transport Policy. Rio de Janeiro. Chronic Diseases. Breast Cancer.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTP – Associação Nacional de Transportes Públicos

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

MCidades – Ministério das Cidades

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

PNDU – Política Nacional de Desenvolvimento Urbano

SEMOB – Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
I - MOBILIDADE URBANA, TRANSPORTE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	14
1.1 – Conceito de mobilidade urbana, transporte e acessibilidade	14
1.2 – Breve Histórico sobre a Política de Mobilidade Urbana no Brasil	20
II – A RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE NO COTIDIANO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E CÂNCER DE MAMA	24
2.1 – Restrição de Mobilidade: deficiência, funcionalidade, incapacidade e saúde.....	24
2.2 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Câncer de Mama	28
III – POLÍTICA DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE NO RIO DE JANEIRO PARA PESSOAS COM RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE E DOENÇA CRÔNICA	33
3.1 – Análise do Plano Diretor e Plano Estratégico com relação à política de transporte e mobilidade urbana	33
3.2 – Análise da legislação carioca sobre transporte e mobilidade urbana para pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve origem a partir da minha experiência profissional em uma unidade de saúde de alta complexidade, referência na área de assistência, ensino e pesquisa em oncologia, situada na cidade do Rio de Janeiro: o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)¹. Desde o ano de 2011, venho atuando como assistente social em uma das unidades do Instituto, o Hospital do Câncer III, especializada em câncer de mama, cujos usuários são, em sua maioria, mulheres.

O câncer de mama é uma doença crônica não transmissível, que exige tratamento continuado, podendo envolver diferentes modalidades terapêuticas, dentre as quais a cirúrgica, a radioterápica, a hormonioterápica e a quimioterápica, sendo recomendável sua abordagem por equipe multidisciplinar, da qual poderá fazer parte o assistente social. O estadiamento² da doença, a modalidade terapêutica, o perfil socioeconômico, a rede de apoio (familiar e social), assim como o acesso aos direitos sociais mediante diferentes políticas públicas, são fatores que poderão afetar a qualidade de vida³ destas mulheres.

Durante o desenvolvimento das atividades de assistência às usuárias com câncer de mama em tratamento no INCA, pude observar que umas das problemáticas que atravessam o cotidiano da maioria dessas mulheres é a restrição de mobilidade. Em um extremo, há mulheres com doença controlada, cujo tratamento demanda frequência semestral ou anual à unidade de saúde, mas que apresentam limitações socioeconômicas que dificultam o seu deslocamento. Em

¹ O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde, no desenvolvimento e na coordenação de ações integradas para a prevenção e controle do câncer, com o objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

² O estadiamento consiste na avaliação do grau de disseminação da neoplasia maligna, através de sistemas internacionais de classificação. O estadiamento mais utilizado atualmente é o Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, preconizado pela União Internacional contra o Câncer (UICC), que baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M) (INCA, 2010?).

³ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP apud FLECK et al, 1999).

outro extremo, há mulheres com doença avançada, cujo tratamento demanda frequência mensal à unidade de saúde, mas que apresentam limitações funcionais que, igualmente, dificultam o seu deslocamento.

Dessa forma, compreende-se que a restrição de mobilidade tem importantes repercussões para a possibilidade de uso e ocupação dos espaços urbanos, impondo limites ao exercício do seu direito à cidade. E para a superação deste quadro, são necessárias políticas públicas voltadas para a garantia do direito à mobilidade urbana e para as condições para seu exercício. Entretanto, a política de mobilidade e transporte em curso na cidade do Rio de Janeiro vem apresentando importantes limites, no tocante à garantia dos direitos das pessoas com restrição de mobilidade, dentre as quais as com doença crônica.

Esta política não vem levando em consideração a realidade destes sujeitos, tanto na oferta de serviços de transporte, quanto na concessão de gratuidades. Encontra-se restrita à oferta de serviços em uma modalidade de transporte (ônibus convencionais com duas portas) e ancorada na concessão de gratuidades para esta modalidade, segundo critérios específicos. E no caso das pessoas com câncer, as gratuidades são concedidas apenas às pessoas hipossuficientes, que necessitem de tratamento continuado, limitadas ao número de viagens necessárias ao deslocamento até as unidades de saúde para o tratamento de sua patologia, com periodicidade não inferior a duas vezes por mês.

Tal perspectiva vai de encontro à concepção ampliada de saúde, presente na Lei Orgânica da Saúde, que a compreende enquanto resultado de diferentes fatores, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990). E, também, de encontro à concepção de mobilidade urbana sustentável, que consiste no acesso amplo e democrático ao espaço urbano, de forma segura, socialmente inclusiva e ambientalmente sustentável, baseado nas pessoas em lugar dos veículos, através da articulação de políticas de transporte, circulação, acessibilidade e trânsito com a política de desenvolvimento urbano (BRASIL, 2004c).

A mobilidade urbana das pessoas com doença crônica, dentre as quais as mulheres com câncer de mama, vem se destacando enquanto uma importante problemática urbana, frente à qual torna-se necessário um olhar mais atento dos gestores e profissionais de saúde, tendo em vista as dificuldades encontradas por

estes usuários para a garantia do exercício dos seus direitos fundamentais. Para tanto, torna-se premente que a criação de políticas públicas, como também de relações humanizadas nos serviços de saúde, que venham a contribuir efetivamente para seu acesso à infraestrutura, aos serviços urbanos, aos espaços e prédios públicos e privados e, sobretudo, aos meios de transporte na cidade.

O objetivo deste trabalho consiste em analisar a política de transporte e mobilidade conduzida na cidade do Rio de Janeiro, no tocante à garantia dos direitos e das condições de exercício das pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica, dentre as quais as mulheres com câncer de mama.

Está fundamentado em estudos sobre a produção capitalista do espaço, a acumulação por espoliação e as práticas do neoliberalismo, realizados por autores contemporâneos de inspiração marxista. Como também, em estudos recentes na área da política e do planejamento urbano e da saúde coletiva, a fim de relacionar os fatores de risco das cidades, seus efeitos sobre a saúde e as relações sociais urbanas historicamente e espacialmente construídas.

A partir desta perspectiva, foi realizada pesquisa a partir da convergência de dois tipos distintos de fontes de dados: bibliográfica e documental. Com a pesquisa bibliográfica foi realizado levantamento e análise de livros, artigos, teses e dissertações que tratam dos seguintes eixos temáticos: mobilidade urbana, transporte, acessibilidade, funcionalidade, incapacidade, doença crônica e câncer de mama. Com a pesquisa documental foi realizado levantamento e análise da legislação federal, estadual e municipal, bem como dos documentos do Ministério das Cidades, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e do INCA.

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro, serão apresentados os conceitos de *Mobilidade Urbana*, *Transporte* e *Acessibilidade* utilizados, bem como um breve histórico sobre a política de mobilidade urbana e transporte no país. No segundo, será abordada a problemática da restrição de mobilidade e sua relação com a doença crônica e o câncer de mama. No terceiro, será apresentada a análise da legislação carioca, no tocante aos direitos das pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica (grupo no qual estão inseridas as mulheres com câncer de mama). E, por último, serão apresentadas as considerações finais.

O tema das políticas públicas de saúde nos aglomerados urbanos vem ganhando bastante atenção no meio acadêmico, a partir da compreensão de que as

condições de saúde das populações urbanas são expressão das condições de vida, de trabalho e das políticas públicas implementadas em um dado território. Neste sentido, estudos sobre a política de mobilidade urbana, no tocante aos transportes para pessoas com doença crônica, têm grande relevância para o exercício do direito à cidade e à saúde destes cidadãos.

A Universidade deve contribuir com análises sobre a realidade social que venham concretizar sua função social de produzir conhecimento que responda aos interesses da sociedade que a mantém. Com este estudo, procurei materializar tal compromisso, ao relacionar a problemática da mobilidade urbana e transporte à saúde, enquanto expressões das relações sociais historicamente e espacialmente construídas. Ao mesmo tempo, procurei verificar os limites e possibilidades de uma política social se relacionar com as desigualdades territoriais, com vistas à garantia de direitos; neste caso, o direito à saúde e à mobilidade urbana.

Além disso, busquei analisar o campo da política saúde, a partir da problemática das relações sociais que sustentam a dinâmica de produção do espaço urbano. Com tal recorte, procurei contribuir para a ampliação do enfoque sobre os processos de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, através da análise dos processos socioespaciais desiguais, do ponto de vista do direito à saúde e à cidade.

Também procurei contribuir para a melhoria da atuação profissional dos assistentes sociais no campo da saúde, importante espaço de inserção destes profissionais, tendo em vista a multiplicidade de expressões da questão social que se manifestam no cotidiano, que exigem uma atuação multi e interdisciplinar. Espero que este estudo possa subsidiar o fazer profissional do assistente social, de modo com possa fornecer ainda mais instrumentos à população, no enfrentamento das expressões da questão urbana no seu cotidiano. E, ainda, contribuir para o alcance e consolidação de uma maturidade teórica e política dos assistentes sociais brasileiros diante da problemática do direito à cidade, ou nos termos de Lefebvre (2008): “à vida urbana, condição de um humanismo e de uma democracia renovados”.

I – MOBILIDADE URBANA, TRANSPORTE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

No debate sobre política e planejamento urbano, é comum observar os conceitos de *mobilidade urbana* e *transporte* utilizados como equivalentes ou sinônimos. Ambos dizem respeito ao uso do solo e, embora estejam diretamente relacionados, tais conceitos guardam importantes diferenças entre si.

Ao mesmo tempo, o conceito de *acessibilidade* ainda necessita de maior aprofundamento pela literatura. Em geral, tem se limitado a considerações sobre as necessidades das pessoas com deficiência, em lugar de uma leitura abrangente, que venha contemple o conjunto das pessoas com restrição de mobilidade.

O resultado desta imprecisão vem sendo a elaboração de políticas públicas de mobilidade urbana e transporte no país com escopo ainda muito restrito, uma vez que centradas no transporte individual motorizado. Assim, há que se avançar rumo a elaborações que contemplem as necessidades dos diferentes sujeitos sociais.

Considerando que a questão dos deslocamentos socioespaciais constitui-se em um dos elementos de estruturação do território e dos movimentos da população, bens e serviços (KLEIMAN, 2011), será apresentada a abordagem conceitual sobre *mobilidade urbana*, *transporte* e *acessibilidade* adotada no presente trabalho, bem como um breve histórico das políticas públicas brasileiras neste setor.

1.2 – Conceito de *mobilidade urbana*, *transporte* e *acessibilidade*

Há diversas abordagens do conceito de *mobilidade urbana*, em diferentes áreas do conhecimento. Lemos (2004) destaca a dificuldade de compreensão do conceito, tendo em vista a polissemia resultante dos variados enfoques a partir dos quais vem sendo construído. Com base na contribuição de Hagerstrand (1985), a autora sintetiza esta imprecisão:

No contexto econômico, a relocação dos fatores de produção em geral e do trabalho em particular é tratada como mobilidade. Já os cientistas sociais tendem a entender mobilidade como o movimento de indivíduos ou grupos entre posições sociais ou entre lugares de residência (migração), enquanto planejadores urbanos e engenheiros associam mobilidade com locomoção e viagem. Num nível puramente abstrato pode-se até falar de mobilidade de pensamento como uma pré-condição para o desenvolvimento cultural e um aspecto essencial da liberdade política (HAGERSTRAND, 1985 apud LEMOS, 2004).

Considerando as diferentes construções sobre o conceito encontradas na literatura, no presente trabalho optou-se pela utilização do conceito ampliado de *mobilidade urbana*, enquanto deslocamento condicionante e/ou resultante das relações socioespaciais em um dado contexto histórico, no qual o deslocamento espacial, através do transporte, constitui uma de suas expressões.

Poder-se-ia assim pensar que existiria uma sinonímia entre transporte e mobilidade, pois o fato de mover-se de um ponto a outro implica em deslocamento no espaço. Contudo, apesar de serem dois conceitos que evidentemente guardam articulação constante, pois para ter mobilidade necessita-se de transportes, eles não aparecem como sinônimos: transporte como deslocamento rotineiro implica em fluxos, ou seja, deslocamentos somente no espaço físico-geográfico, enquanto que mobilidade trata dos deslocamentos também no espaço físico-social, implica em interações sociais, implica na possibilidade e efetividade de deslocamentos no espaço, vira mobilidade quando possibilita uma implicação com a possibilidade de movimentar-se em âmbitos sociais diferentes até uma mobilidade social (como na passagem de uma classe social a outra). Neste sentido, a capacidade de mobilidade é uma condição de participação no mundo urbano, mas que para efetivar-se precisa de um conjunto de fatores, como entre outros o nível de renda, a existência de modais de transportes coletivos e particulares e sua acessibilidade segundo o nível de renda. De modo que podem existir deslocamentos sem mobilidade (KLEIMAN, 2011, p.2-3).

Este conceito ampliado está em sintonia com o pensamento de Harvey (1982), pelo qual as concepções do tempo e do espaço são criadas através de práticas e processos materiais que servem à reprodução da vida social, em permanente mudança no modo de produção capitalista. Neste sentido, compreende-se espaço urbano a partir da ação dos diferentes agentes sociais na posse e controle de uso da terra urbana (CORRÊA, 1995) e, portanto, condição, meio e produto da reprodução das relações sociais capitalistas (CARLOS, 2011).

Para Telles (2007) o conceito de *mobilidade urbana* ou, como prefere a autora, de *mobilidades urbanas* (no plural), ou seja, “trajetórias habitacionais, percursos ocupacionais, deslocamentos cotidianos nos circuitos que articulam trabalho, moradia e serviços urbanos”, expressam a dinâmica das transformações

urbanas que definem (e redefinem) as condições de acesso à cidade, seus espaços, bens e serviços.

Se é que ainda hoje é possível propor a questão das relações entre cidade e cidadania, se esse é, ao menos, um horizonte ético que ainda nos interpela, então isso define o plano em que as questões podem ser colocadas. Ter a cidade em perspectiva e como perspectiva significa situar as práticas nos seus espaços e territórios, colocá-las em relação com as formas e a materialidade da cidade, o jogo dos atores e a trama das relações e suas conexões. Não se trata apenas de recursos materiais e formas urbanas. Trata-se sobretudo, de considerar a trama dos atores, as modalidades de apropriação dos espaços e as possibilidades (e bloqueios) para os indivíduos transformarem bens e recursos em “formas valiosas de vida”. Talvez seja justamente nisso que esteja cifrada toda a complicação atual, e que será preciso auscultar, pois aí estão em jogo os sentidos da vida e das formas de vida (TELLES, p. 30).

A partir desta compreensão, é possível situar a importância do *transporte* na *mobilidade urbana* e na estruturação do território. Segundo Silva (1992), o *transporte* constitui um dos modos de uso do solo mais intensos, tendo em vista que as leis urbanísticas de parcelamento do solo reservam um mínimo de 20% da área em urbanização somente para as vias de circulação. Assim, o problema do *transporte* consiste em um problema do uso do solo, que atravessa a estrutura e o ambiente urbanos. Segundo Kleiman (2011):

Os transportes estão associados aos processos de organização territorial em suas diferentes escalas-intra-urbana, metropolitana, regional, nacional, internacional e articulados aos processos econômicos em geral e a seus impactos na urbanização, metropolização e formação e desenvolvimento dos fenômenos da periferização e peri-urbanização. O objetivo dos transportes trata-se de, por meio de movimentos, reduzir as distâncias, vencer discontinuidades, sejam físico-geográficas ou econômicas, pois o modo de produção capitalista impõe movimentos de deslocamentos rotineiros e superpostos permanentes entre todos seus movimentos de produção e consumo. A atividade de transporte, aquilo que ele vende, é reduzir distâncias conectando, aproximando pontos, articular atividades e ações, distribuir mercadorias, serviços, prover a possibilidade de necessária da força de trabalho ao Capital, propiciar deslocamentos para as áreas de residência, comércio e entre estas. Mas seu objetivo de reduzir distâncias só se completa se os transportes o fazem no mais curto espaço de tempo, onde para tal permanentemente, por meio de inovações tecnológicas e correlação espaço-temporal, para cumprir seu papel na economia de aproximar produção de consumo; reduzir o tempo de circulação de mercadorias; dar movimento a força de trabalho. Enfim, transportar é deslocar-se no espaço (KLEIMAN, 2011, p. 2).

De acordo com o Censo 2010, a população brasileira é majoritariamente urbana, representando 84,4% da população total (IBGE, 2011). São Paulo e Rio de Janeiro, nesta ordem, são as duas maiores cidades brasileiras em termos de área urbana, população, frota total de veículos, frota de transporte coletivo e passageiros desta modalidade de transporte. Em cidades como estas, com mais de 1 milhão de habitantes, a maior parte das viagens é realizada por transporte coletivo, que atingem 36% dos total de deslocamentos (ANTP, 2010).

A partir destes dados, verifica-se que a maior parte dos deslocamentos no país, em diferentes escalas, vem sendo realizada através do transporte motorizado. Configura-se uma situação de dependência do transporte motorizado coletivo (ônibus) e individual (automóvel e motocicleta) para os movimentos de circulação. Esta opção vem trazendo sérias conseqüências para a *mobilidade urbana* no tocante às condições de seu exercício, diferenciadas conforme a classe social. Verifica-se de um lado, possibilidades de mobilidade para os setores da população com renda mais alta e, de outro, restrições de mobilidade para os setores com renda baixa.

A mobilidade urbana está diretamente relaciona às possibilidades do cidadão ter acesso aos direitos sociais tais como educação, saúde, lazer e ao trabalho, assim como aos meios para acessar os serviços e os equipamentos coletivos dos quais necessita. Ela consiste em uma combinação entre os meios pessoais e os sistemas de circulação e os modais de transporte à sua disposição no lugar e no contexto de suas vidas (KLEIMAN, 2011).

A mobilidade pode, então, ser atribuída como um recurso social importante e integrante da sociedade, isto é, diretamente relacionado ao deslocamento de pessoas entre as diferentes hierarquias sócio-espaciais. Assim os fatores principais que vão interferir diretamente na mobilidade que envolve, principalmente, a renda, mas também o tipo de ocupação laboral, gênero, idade, e, igualmente o tipo de modal de transporte existente em cada lugar. Tais fatores socioeconômicos diferenciam e determinam as condições de cada pessoa ou grupo social de se movimentar pelo espaço urbano (KLEIMAN, 2011, p.5).

Neste sentido, destaca-se a importância da centralidade do conceito de *mobilidade urbana* para a produção de cidades mais justas e acessíveis para todos, com vistas ao desenvolvimento urbano e, sobretudo, ao desenvolvimento humano. Assim ganha importância do conceito de *transporte*, entendendo-o como meio de

acesso aos equipamentos e serviços (dentre os quais o de saúde) e, sobretudo, como um dos mecanismos para a garantia do direito à cidade.

Além disso, cabe destacar o conceito de *acessibilidade* que, historicamente, vem sendo tratado a partir de uma ótica reducionista, voltada para a eliminação de barreiras físicas e a adaptação do transporte coletivo para as pessoas com deficiência. Tal ótica, ainda presente na formulação de políticas públicas no setor, vem impedindo uma abordagem mais adequada da questão, pois desconsidera outros tipos de restrições e necessidades da população.

Para Kleiman (2011, p. 4), “quando se faz referência a ‘acessibilidade’ esta expressa a capacidade de ter um lugar de ser alcançado a partir de lugares com diferentes localizações geográficas e configurações sociais”. A partir da contribuição de Castiello e Scippacerola (1998), o autor acrescenta: “em outras palavras, a acessibilidade seria a qualidade de deslocar-se de um ponto ou de uma área sem ou com redução de barreiras na comunicação dos componentes de um sistema espacial” (KLEIMAN, p.4).

A *acessibilidade*, enquanto um dos elementos fundamentais para o exercício da *mobilidade urbana*, não se resume na possibilidade de se entrar em determinado local ou veículo, mas na capacidade de se deslocar pela cidade, através da utilização dos vários meios existentes de transporte, organizados em uma rede de serviços e, por todos os espaços públicos, de maneira independente (BRASIL, 2006a).

Assim, o conceito de *acessibilidade* diz respeito a todas as pessoas, sobretudo àquelas que não possuem acesso ou apresentam restrições de acesso às infraestruturas urbanas, no sistema viário e no transporte público. Com ele, busca-se um tratamento abrangente da questão, objetivando o acesso amplo e democrático à cidade, a universalização do transporte público, a acessibilidade universal e a valorização dos deslocamentos em diferentes modalidades, que não apenas através dos modos motorizados. Entretanto, a acessibilidade pode ser constrangida por barreiras físicas, sociais e econômicas que, em geral, atingem de forma mais contundente a população mais pobre e menos protegida.

Tanto a mobilidade quanto a acessibilidade estão relacionadas às condições de classe. Este enfoque mais amplo privilegia, além disto, a pessoa e não o deslocamento em si, ao refletir o seu ponto de vista. Leva em consideração, portanto, as diferenças sociais, políticas e econômicas entre as classes e como o deslocamento realiza-se no tempo e no espaço.

(...) a baixa mobilidade dos pobres na metrópole decorre não só da insuficiência da renda, mas, também, do desigual acesso aos meios de transportes. Esta desigualdade reproduz-se na forma de obstáculos ao acesso às oportunidades de trabalho e de educação e, até mesmo, no isolamento social. (LOURENÇO, 2006, p.99).

Além disso, pode ser afetada por fatores como idade, deficiência, estado de saúde, funcionalidade, dependência, entre outros e resultar em restrição de mobilidade, de caráter definitivo ou temporário. Assim, convencionou-se denominar as pessoas que experimentam constrangimentos à *mobilidade urbana* e à *acessibilidade* em seu cotidiano como *pessoas com restrição de mobilidade*, ou *pessoas com mobilidade reduzida*, grupo no qual estão inseridas as pessoas com deficiência, como também as pessoas com doença crônica.

Com base nesta compreensão, vem ganhando destaque o conceito do *desenho universal*, utilizado na produção de espaços ou de objetos, que busca a igualdade no seu emprego por todos, inclusive pelas pessoas com restrição de mobilidade. De acordo com seus defensores, este conceito vai além do pensamento de eliminação de barreiras, pois busca evitar a produção de ambientes ou elementos especiais para atenderem públicos diferentes (BRASIL, 2006a). Por outro lado, cabe pontuar que esta ainda é uma visão restrita da questão, já que responde a apenas ao seu aspecto físico, cabendo a busca de soluções que contemplem os seus aspectos sociais e econômicos.

Finalmente, cabe destacar a elaboração teórica que fundamentou a construção da Política de Mobilidade Urbana pretendida durante a primeira gestão do Ministério das Cidades e que, pelo menos no plano formal, ainda permanece em vigor no Governo Dilma. O conceito de *mobilidade urbana* defendido pelo Ministério foi apresentado através da publicação dos Cadernos MCidades, em uma edição específica sobre a Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável.

Por ele, a *mobilidade urbana* é compreendida como um atributo das pessoas e dos bens e corresponde às ações dos indivíduos e agentes econômicos (agentes sociais) diante das suas necessidades de deslocamento, tendo em vista as dimensões do espaço urbano e as atividades neles desenvolvidas. Neste sentido, é parte integrante do processo histórico-cultural de uma sociedade e traduz as relações dos indivíduos com o espaço, com os objetos e meios empregados para seu deslocamento aconteça, bem como as relações dos indivíduos entre si. E, portanto, pode ser afetada por diferentes fatores, tais como: renda, idade, sexo,

capacidade para compreender mensagens, utilizar veículos e equipamentos do transporte, entre outras podem implicar em restrição de mobilidade, permanente ou temporária. (BRASIL, 2004c).

Ao conceito ampliado de *mobilidade urbana*, o MCidades buscou agregar a discussão do desenvolvimento sustentável, através da formulação do conceito de *mobilidade urbana sustentável*. Por este novo conceito, compreende-se o acesso amplo e democrático ao espaço urbano, de forma segura, socialmente inclusiva e ambientalmente sustentável, baseado nas pessoas em lugar dos veículos, através da articulação de políticas de transporte, circulação, acessibilidade e trânsito com a política de desenvolvimento urbano (BRASIL, 2004c).

Além disso, o MCidades buscou dar respostas à questão da *acessibilidade*, através da criação do Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana em 2004, com o objetivo de estimular e apoiar os governos municipais e estaduais a desenvolver ações que garantam a *acessibilidade* para pessoas com restrição de mobilidade e deficiência aos sistemas de transportes, equipamentos urbanos e a circulação em áreas públicas.

Para o MCidades, a *acessibilidade* deveria ser vista como parte de uma política de *mobilidade urbana* que promovesse a inclusão social, a equiparação de oportunidades e o exercício da cidadania das pessoas com restrição de mobilidade, com o respeito aos seus direitos fundamentais. Entretanto, apesar de considerar que a *acessibilidade* pode ser atravessada por aspectos físicos, sociais e econômicos, observa-se a predominância de conceitos e recomendações centrados apenas no aspecto físico da questão.

1.2 – Breve Histórico sobre a Política de Mobilidade Urbana no Brasil

As ações implementadas pelo governo federal ao longo das últimas décadas relativas à mobilidade urbana e transporte demonstram que nunca se chegou a estabelecer uma política consistente para o setor. O modelo de desenvolvimento econômico baseado no crescimento da indústria automobilística, impôs uma cultura rodoviarista, baseada no transporte motorizado individual. Segundo Souza (2011):

A prioridade do veículo particular de transporte de passageiros é evidente o Brasil; ela reflete tanto distorções de mentalidade e defeitos de planejamento, quanto, sem dúvida, a influência da poderosíssima indústria automobilística e seus interesses. Mesmo o transporte coletivo intra-urbano, que tem como clientela básica a população pobre, se baseia quase que exclusivamente em ônibus (SOUZA, 2011, p.85).

Esta política de Estado, somada à criação de programas e projetos pontuais, definidos em função da conjuntura e sem integração ou continuidade entre os modos e necessidades da população, resultou na crise da mobilidade urbana presente na atualidade.

De acordo com Gomide (2008 apud IPEA, 2010), a ausência de uma atuação federal sistemática no tratamento da mobilidade e do transporte urbano resultou em forte crescimento do transporte individual e coletivo informal, queda da demanda pelos serviços de ônibus urbano, sobrecarga do sistema viário das cidades, com diversas conseqüências em termos de aumento dos congestionamentos e deterioração dos serviços de transporte coletivo.

Dessa maneira, a mobilidade assume importância na questão urbana, haja vista que consome cada vez mais tempo, energia, espaço e dinheiro, comprometendo a saúde e a qualidade de vida nas cidades. De acordo com Souza (2011):

A flexibilidade de deslocamento proporcionada pelo transporte sobre rodas não deve nos cegar quanto ao alto custo econômico (os trens transportam mais gente a um custo menor) e ecológico (poluição atmosférica e sonora maior) associado a essa modalidade de transporte. Isso não significa que o transporte sobre rodas deva ser draconianamente condenado; significa, tão somente, que a ênfase não deve ser dada a ele, e sim ao transporte de massa sobre trilhos, e que o resultado deve ser uma solução de compromisso, na base de uma combinação inteligente de várias modalidades de transporte (SOUZA, 2011, p.86).

A Constituição Federal de 1988 e o Código de Trânsito Brasileiro de 1998, apesar de introduzirem avanços neste setor, não representaram a construção de uma política nacional integrada, mas a transferência de responsabilidades do governo federal aos municípios. Porém, é inegável que inauguraram um processo de retomada da estabilidade institucional da política urbana federal e de uma nova abordagem no tratamento do transporte urbano, em uma concepção de desenvolvimento urbano mais integrada, sustentável e democrática.

Destaca-se nesse processo a promulgação do Estatuto da Cidade em 2001, a criação do Ministério das Cidades (MCidades), no qual se insere a Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana (SEMOB) em 2003, a definição do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como o órgão de financiamento do transporte público urbano no país, a criação do Conselho Nacional de Integração de Políticas de Transporte (CONIT) em 2003 e regulamentado em 2008, e a criação do Projeto de Lei nº 1.687¹ que buscou instituir as diretrizes da política de mobilidade urbana em 2007 (IPEA, 2010).

Dentre as medidas citadas, a criação do MCidades pelo Governo Lula representou um avanço para o enfrentamento dos problemas urbanos no país, através de políticas públicas. Buscou a construção de uma Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (PNDU) sob as bases de um projeto democrático, descentralizado e com participação popular. Para tanto, realizou conferências, elegeu o Conselho das Cidades, definiu os princípios e as diretrizes da PNDU e elaborou propostas de políticas urbanas setoriais, subsidiárias e integrantes da PNDU, uma delas a Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável.

O conjunto da política de desenvolvimento urbano pretendida pelo Ministério foi apresentado através dos Cadernos MCidades, com uma edição específica à Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável. Este caderno evidenciou uma mudança, ao menos formal, no tratamento da questão, sendo visível o deslocamento de uma concepção de mobilidade urbana voltada para a estrutura viária para uma nova concepção enquanto função social e econômica essencial para o desenvolvimento urbano (SOUZA, 1992 apud IPEA, 2010).

A Política de Mobilidade Urbana Sustentável estava ancorada nos princípios da gestão democrática, distribuição dos benefícios e dos ônus do processo de urbanização, recuperação dos investimentos públicos e direito a cidades sustentáveis, à moradia, à infraestrutura urbana e aos serviços públicos. Foi formulada enquanto um instrumento de universalização do acesso à cidade, do controle da expansão urbana, da qualidade ambiental e da democratização dos espaços públicos, priorizando os modos de transporte coletivos e não motorizados. Além disso, estava centrada no deslocamento das pessoas em lugar dos veículos, privilegiando as pessoas com restrição de mobilidade.

¹ Este projeto foi arquivado e, em seu lugar, promulgada a Lei nº 12.587 em 2012, com semelhante teor.

Apesar do MCidades simbolizar uma importante iniciativa de resgate da questão urbana, embasada pelo conhecimento acumulado pelos movimentos sociais urbanos, sua criação ocorreu em uma conjuntura marcada pela retração do Estado quanto aos investimentos em políticas setoriais, segundo os ditames neoliberais. A expectativa dos sujeitos políticos que se aglutinaram em torno do Ministério não era uma grande e rápida mudança, haja vista os limites colocados pela democracia burguesa, mas a abertura de um canal de diálogo e de influência da sociedade civil organizada sobre o Governo, na construção da PNDU.

Entretanto, Maricato (2011) considera que a questão urbana não está entre os avanços do Governo Lula, já que a política macroeconômica de continuidade com o governo anterior teve impacto direto sobre a sociedade e o território. Compreende que as conquistas institucionais não contribuíram para a mudança das forças que conduzem as cidades brasileiras para a “condição de tragédia social e ambiental” (2011, p.78).

Segundo a autora, os investimentos em habitação e saneamento foram retomados, porém permaneceu a ausência de controle sobre o uso e a ocupação do solo. Por outro lado, o transporte urbano não mereceu do governo federal a mesma importância da habitação, apesar de constituir um dos setores mais importantes para estruturação das cidades, juntamente com a regulação para o uso e a ocupação do solo. Além disso, continuou a ser orientado por um modelo rodoviarista, baseado no transporte individual em detrimento do transporte coletivo. Dessa maneira, considera que o Governo Lula abandonou uma visão mais sistêmica da Política Urbana e Metropolitana.

Recentemente, no Governo Dilma, foi instituída a Política Nacional de Mobilidade Urbana, através da Lei nº 12.587 de 03 de janeiro de 2012. Até o momento da elaboração deste trabalho, não foi possível efetuar um balanço de sua criação, analisando seu impacto sobre o setor. Contudo, espera-se que venha inaugurar um novo patamar para a mobilidade urbana, com vistas à garantia de condições para o exercício do direito às cidades, pelo conjunto de seus cidadãos brasileiros.

II – A RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE NO COTIDIANO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E CÂNCER DE MAMA

Atualmente, cerca de um terço da população brasileira pode apresentar algum tipo de restrição de mobilidade, considerando-se apenas os aspectos físicos da questão (IBGE, 2010; 2011). Neste universo, estão as pessoas com deficiência, idosas e com doença crônica, às quais convencionou-se denominar como *peças com restrição de mobilidade*.

Além disso, as doenças crônicas, sobretudo as não transmissíveis tais como o câncer, quando não acarretam a morte, podem resultar em deficiência, perda de funcionalidade e incapacidade, afetando diferentes dimensões da vida dos doentes, de suas famílias e da sociedade em geral.

Apesar dos avanços na legislação e nas ações do governo com relação ao tema, verifica-se uma lacuna com relação às necessidades das pessoas com doença crônica, que podem experimentar a restrição de mobilidade, de caráter permanente ou temporária, devido à evolução da doença ou ao tratamento realizado.

Assim, no presente capítulo será apresentada a abordagem conceitual sobre restrição de mobilidade, a partir do debate sobre deficiência e funcionalidade, e também um panorama sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e câncer de mama, buscando dar relevo às suas implicações para a mobilidade.

2.1 – Restrição de Mobilidade: deficiência, funcionalidade, incapacidade e saúde

Os dados do Censo Demográfico de 2010 revelam que as pessoas com pelo menos uma deficiência representam 23,9% da população do país, dos quais 67,7% são pessoas com 65 anos ou mais. Já os idosos com mais de 65 anos representam 7,4% da população do país (IBGE, 2011).

Já os dados do levantamento suplementar de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 revelam que as pessoas com pelo menos uma doença crônica correspondem a 31,3% da população, enquanto que as pessoas com três ou mais doenças crônicas correspondem a 5,9% da população (IBGE, 2010).

Este levantamento também apresenta dados sobre a mobilidade física¹ das pessoas com 14 anos ou mais, que revelam que 4,5% têm dificuldades em realizar atividades básicas dentre as quais alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda; 14,9% têm dificuldades em empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; 18,4% têm dificuldades para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; e 7,6% têm dificuldades para andar 100 metros (IBGE, 2010).

Além disso, em todas estas atividades relacionadas, à medida que aumenta a idade, cresce o percentual de pessoas com dificuldades. Assim, os dados relativos à mobilidade física das pessoas com 60 anos ou mais revelam que 15,2% têm dificuldades em realizar atividades básicas dentre as quais alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda; 46,9% têm dificuldades em empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; 53,9% têm dificuldades para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; 27,0% têm dificuldades para andar 100 metros (IBGE, 2010).

Estes dados ilustram a magnitude do problema, revelando que grande parte da população brasileira convive com a restrição de mobilidade em seu cotidiano. Ela afeta a relação das pessoas com seus próprios corpos (autocuidado), com as pessoas, com os espaços (públicos e privados) e, fundamentalmente, a relação das pessoas com a cidade.

Essas pessoas encontram obstáculos com relação ao gozo dos seus direitos humanos e liberdades fundamentais, tais como, acesso aos serviços de saúde e reabilitação, equipamentos urbanos, locomoção e transporte e liberdade de movimento em edifícios públicos; falta de oportunidades profissionais; a exclusão dessas pessoas nos sistemas educacionais; a participação em experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento informado. As restrições à participação social incluem falta de instrumentos de apoio para que as pessoas com incapacidades possam votar e participar de várias esferas da vida social (MANGIA et al, 2008, p.122).

¹ No levantamento suplementar de saúde da PNAD de 2008 foi inserido um bloco de perguntas buscando mensurar o grau de dificuldade com que uma pessoa exerce determinada tarefa, aplicado às pessoas com 14 anos ou mais, com o objetivo de conhecer e analisar o estágio de limitação física de saúde em que se encontra (IBGE, 2011).

Historicamente, a restrição de mobilidade vem sendo abordada através do viés biomédico, que considera somente a patologia e o sintoma associado que dá origem a uma incapacidade. Em geral, ela vem sendo abordada através da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, este instrumento não permite avaliar o impacto da doença sobre o sujeito em uma perspectiva global, sobretudo no tocante à funcionalidade e incapacidade.

Neste sentido, cabe destacar o conceito de pessoa com deficiência e o de pessoa com mobilidade reduzida, em vigor na legislação federal, e que vem orientando as políticas públicas voltadas para este segmento da população. Segundo o Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, considera-se pessoa portadora de deficiência:

[...] a que possui "limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,5 no melhor olho, com a melhor correção óptica, os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativa, tais como:

- 1.comunicação;
- 2.cuidado pessoal;
- 3.habilidades sociais;
- 4.utilização dos recursos da comunidade;
- 5.saúde e segurança;
- 6.habilidades acadêmicas;
- 7.lazer; e
- 8.trabalho;

e) deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004a).

E, segundo o citado Decreto Federal, considera-se como pessoa com mobilidade reduzida:

[...] aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção (BRASIL, 2004a).

De acordo com Pires (2009), há diversas definições de deficiência, baseadas na variação de dadas funcionalidades e capacidades, consideradas como restrições. Entretanto, não há consenso sobre quais funcionalidades e capacidades evidenciam a deficiência, já que, como destaca a autora, “existem pessoas com impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais que não experimentam a deficiência, assim como pessoas com expectativa de impedimentos que são consideradas deficientes” (PIRES, 2009, p.396).

Nos últimos anos, vem ganhando relevo abordagens que, buscando superar o viés biomédico, consideram a influência dos fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos e ambientais para a saúde e a qualidade de vida. Estas abordagens articulam-se ao que se denomina por concepção ampliada de saúde, elaboração defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e expressa na Lei Orgânica da Saúde².

Neste contexto, teve origem a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), divulgada pela OMS em 2001. Ela considera a relação entre a condição de saúde, a estrutura e funções do corpo, as atividades cotidianas e a participação na sociedade. Para Sampaio et al (2005) essa classificação:

[...] reflete a mudança de uma abordagem baseada nas conseqüências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. A nomenclatura utilizada baseia-se nas descrições positivas de função, atividade e participação (SAMPAIO et al, 2005, p.130).

Para a OMS, a funcionalidade abrange ao conjunto das funções do corpo em relação à capacidade do indivíduo de realizar atividades cotidianas e de participar da sociedade. Similarmente, a incapacidade abrange as manifestações da doença que acarretam prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de

² Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), compreende-se saúde enquanto resultado de diferentes fatores, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (SAMPAIO et al, 2005).

Neste sentido, a CIF constitui-se em um instrumento importante para refletir sobre a realidade das pessoas com restrição de mobilidade frente às necessidades com as quais se deparam em seu cotidiano. Sua crescente incorporação no campo da saúde e, quiçá, no campo da *mobilidade urbana, acessibilidade e transporte*, poderá trazer importantes contribuições para o exercício do direito à saúde e, sobretudo, do direito à cidade. A esse respeito, Pires (2009) destaca que:

A compreensão da deficiência a partir da CIF deve ser considerada um avanço para a proteção social como um instrumento de promoção da igualdade também na esfera do transporte. A deficiência não se restringe a um conceito biomédico ou à materialização de uma classificação de disfuncionalidade; é, na verdade, a manifestação de uma complicada relação entre corpo e sociedade, corpo e barreiras arquitetônicas, urbanísticas ou programáticas nos diversos segmentos da vida, gerando exclusão e opressão e afastando o ideal de igualdade na cidade (PIRES, 2009, p.397).

Na próxima seção, será apresentado um panorama sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com destaque para o câncer de mama, de modo a apresentar subsídios para reflexão sobre os impactos da condição crônica de saúde para a mobilidade dos sujeitos acometidos por estas doenças.

2.2 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Câncer de Mama

As doenças crônicas são enfermidades incuráveis, que apresentam sintomas contínuos ou periódicos e demandam tratamentos e cuidados ininterruptos. As pessoas com doenças crônicas “convivem com uma condição que as acompanha a todos os lugares” (ADAM & HERZLICH, 2001 apud CANESQUI, 2007), envolvendo aspectos privados e públicos que interferem em várias dimensões da sua vida:

Os adoecidos crônicos convivem com enfermidades de longa permanência, duração e incuráveis, com reflexos importantes sobre a própria vida e o seu manejo cotidiano, sobre as relações sociais, a família, as instituições médicas e os cuidadores da saúde e os demais grupos e situações sociais (CANESQUI, 2007, p.9).

Dentre os diferentes tipos de doenças crônicas existentes, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm ocupando um lugar de destaque no quadro das enfermidades que acometem a população brasileira, seguindo uma tendência mundial. A partir dos anos 1960, processos de transição (demográfica, epidemiológica e nutricional) produziram mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. Assim, as doenças infecto-contagiosas deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças crônico-degenerativas.

Este fato está relacionado ao processo de transição demográfica, que resultou em diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento da expectativa de vida e na proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Também ao processo de transição epidemiológica, que resultou em um novo perfil de morbimortalidade decorrente da urbanização, do acesso aos serviços de saúde, dos meios diagnósticos e das mudanças culturais. E, ainda, ao processo de transição nutricional, que resultou no aumento de sobrepeso e obesidade decorrente da mudança do padrão alimentar e do sedentarismo (MALTA et al, 2006).

As DCNT têm etiologia múltipla, fatores de risco variados, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e estão associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2008b). Além disso, têm gerado um grande número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, agravando as iniquidades e agravando a pobreza (BRASIL, 2011).

Elas são as principais causas de morte em todo o mundo. Do total de mortes em 2008, 63% foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças circulatórias, diabetes, câncer e respiratórias crônicas. Nos países com menor renda, 80% das mortes foram em função das DCNT, das quais 29% foram de pessoas com menos de 60 anos. Já nos países com maior renda, apenas 13% foram mortes precoces. No Brasil, 72% do total de mortes foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças circulatórias (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e respiratórias crônicas (5,8%). Apesar de atingir indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, afetam de forma mais intensa idosos e pobres (BRASIL, 2011).

Entre os fatores de risco para desenvolvimento das DCNT vem sendo classificados como “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e os “modificáveis” (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física,

alimentação não saudável e obesidade). Os fatores de risco modificáveis são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, ou seja, os determinantes sociais de saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011).

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais com a prevalência de DCNT e fatores de risco (WHO, 2008 apud BRASIL, 2011). As DCNT afetam de forma mais intensa as pessoas com renda mais baixa, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, de continuidade ou agravamento de sua situação de pobreza, devido aos custos agregados ao tratamento de saúde (WHO, 2011 apud BRASIL, 2011).

O tratamento para diabetes, câncer, doenças do aparelho circulatório e doença respiratória crônica pode ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde. Os gastos familiares com DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras. A Organização Mundial de Saúde estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde.

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.

Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011, p.32).

Uma das DCNT com maior impacto na atualidade, o câncer abrange mais de uma centena de diferentes doenças. No Brasil, as estimativas para os anos de 2012-2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, evidenciando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos (INCA, 2011).

De acordo com tais estimativas, os cinco tipos de câncer mais incidentes serão: para o sexo masculino, o câncer de pele não melanoma (63 mil casos novos), próstata (60 mil), pulmão (17 mil), cólon e reto (14 mil) e estômago (13 mil). E para o sexo feminino, o câncer de pele não melanoma (71 mil), mama (53 mil), colo de útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e pulmão (10 mil) (INCA, 2011).

No Brasil, assim como no restante do mundo, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres. Segundo as estimativas para os anos de 2012-2013, corresponde a 27,9% de todos os tipos de câncer no país, revelando a magnitude do problema (INCA, 2011).

Os principais fatores de risco para este tipo de câncer são: o envelhecimento, o estímulo estrogênico (menarca precoce, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), a história familiar de câncer de mama (5 a 10% dos casos), a exposição à radiação ionizante, o consumo de bebida alcoólica, a obesidade e o sedentarismo (INCA, 2011; 2012).

Tendo em vista o processo de transição epidemiológica e a maior participação da mulher na cena pública, observa-se o predomínio dos casos de câncer de mama em regiões mais industrializadas e urbanizadas. Esta afirmação fica mais evidente a partir da observação das estimativas para o ano de 2012-13 dos números de casos novos de câncer de mama, por regiões. Estima-se 1.530 casos na região norte, 8.970 casos na região nordeste, 3.470 casos na região centro-oeste, 29.360 casos na região sudeste e 9.350 casos na região sul. E os cinco Estados brasileiros com maior número de casos novos: São Paulo (15.620 casos), Rio de Janeiro (8.140), Minas Gerais (4.700), Rio Grande do Sul (4.610) e Paraná (3.110) (INCA, 2011).

O câncer de mama, devido à sua etiologia múltipla, não tem prevenção. Assim, destacam-se as ações de promoção da qualidade de vida, acesso à informação e aos serviços de saúde em todos os níveis, prevenção dos fatores de risco modificáveis, detecção precoce e rastreamento.

O cuidado e o tratamento devem ser abordados por equipe multiprofissional. Conforme o estadiamento da doença, o tratamento pode ser local (cirurgia e radioterapia) e sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia). Assim, em estádios iniciais, o tratamento tem maior potencial curativo, enquanto que em estágio avançado (doença à distância / metástases) tem por objetivo prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida.

Estes tratamentos podem resultar em complicações que, no caso do tratamento cirúrgico, podem ser: infecções, necrose cutânea, seroma, lesões nervosas, dor, fraqueza no membro superior envolvido, complicações cicatriciais, problemas respiratórios, disfunção articular no ombro do hemitorço envolvido, encarceramento nervoso, deformidade postural do tronco e linfedema. E, no caso do

tratamento quimioterápico, radioterápico e hormonioterápico, podem ser: náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, entre outros (MACHADO e BERGMANN, 2012).

Embora considerado um câncer de bom prognóstico, desde que diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no país, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. A sobrevivência média após cinco anos em países desenvolvidos fica em torno de 85%, enquanto que em países em desenvolvimento como o Brasil a sobrevivência fica em torno de 60% (INCA, 2011).

Além disso, cerca de metade dos usuários com câncer de mama tem doença à distância (metástases) no diagnóstico ou no curso do tratamento da doença (DIAS et al, 1994). Os órgãos mais acometidos pelas metástases do câncer de mama são os ossos, pulmões, fígado e cérebro (GOMES, 1997). Analisando a assistência oncológica a mulheres com câncer de mama prestada através do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brito et al (2005) apontam que:

Embora o câncer de mama tenha desenvolvimento relativamente lento, o que deveria contribuir para elevar a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico ainda em fase precoce, a proporção de diagnóstico em estágio precoce (I) no Estado do Rio de Janeiro foi muito reduzida. Esse fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde com finalidade diagnóstica, da pouca efetividade da política de detecção precoce para o câncer de mama, da baixa produtividade de algumas unidades assistenciais, e da desintegração entre os diversos níveis do sistema, que, em conjunto, acarretam o diagnóstico em estágio avançado dos tumores malignos (BRITO et al, 2005, p.880).

Estes dados remetem a um quadro no qual um contingente significativo de mulheres com câncer de mama, pelo tratamento agressivo ou pela doença agravada, já apresentam alguma deficiência ou mobilidade reduzida. Neste sentido, torna-se fundamental a formulação e implementação de políticas públicas que venham a propiciar condições adequadas para o exercício do direito à saúde e a cidade para esse segmento da população.

No próximo capítulo, buscaremos delinear o atual cenário da política de mobilidade urbana e transporte para pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro, a partir de uma breve exposição do conteúdo da legislação carioca vigente.

III – POLÍTICA DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE NO RIO DE JANEIRO PARA PESSOAS COM RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE E DOENÇA CRÔNICA

No presente capítulo será apresentada uma análise sobre a política de transporte e mobilidade urbana voltada para as pessoas com restrição de mobilidade, dentre as quais as pessoas com doença crônica.

Serão abordados os principais instrumentos de materialização da política e do planejamento urbano da cidade – o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro de 2011 e o Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 – com destaque para o transporte e mobilidade urbana.

Também será apresentada a análise da legislação carioca sobre transporte e mobilidade urbana, buscando identificar e problematizar questões relativas à garantia do direito das pessoas com doença crônica, dentre elas as mulheres com câncer de mama.

3.1 – Análise do Plano Diretor e Plano Estratégico com relação à política de transporte e mobilidade urbana

A Lei Complementar nº 111 de 01 de fevereiro de 2011 trata da Política Urbana e Ambiental do município, instituindo o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro.

Ela está dividida em cinco títulos: I – política urbana e ambiental, com capítulos sobre: princípios e diretrizes da política urbana do município; plano diretor; e da função social da propriedade urbana; II – ordenamento territorial, com capítulos sobre: uso e ocupação do solo; macrozoneamento; e ordenação para planejamento; III - instrumentos da política urbana, com capítulos para cada um dos instrumentos de: regulação urbanística, edilícia e ambiental; planejamento urbano; gestão do uso

e ocupação do solo; gestão ambiental e cultural; e financeiros, orçamentários e tributários; IV – políticas públicas setoriais, com capítulos para cada uma das políticas de: desenvolvimento urbano e ambiental; meio ambiente; patrimônio cultural; habitação; transportes; saneamento ambiental e serviços públicos; regularização urbanística e fundiária; econômica; sociais e gestão; V - estratégias de implementação, acompanhamento e controle do - plano diretor, com capítulos para cada um dos sistemas de: planejamento e gestão urbana; planejamento e gestão ambiental; informações urbanas; defesa da cidade; e controle de uso e ocupação do solo; e VI – disposições finais e transitórias.

De modo a não tornar exaustiva a leitura do capítulo e tendo em vista o recorte do trabalho, serão destacados apenas alguns pontos considerados centrais para a análise do plano diretor com relação à política de mobilidade urbana e transporte.

A lei estabelece os princípios e diretrizes para a formulação e implementação da política urbana, cujo objetivo é promover o pleno desenvolvimento das funções sociais da Cidade e da propriedade urbana (Art. 2 e 3).

Uma de suas diretrizes é promover a gestão democrática da Cidade, adotando as instâncias participativas previstas no Estatuto da Cidade, tais como Conferência da Cidade, Conselho da Cidade, debates, audiências públicas, consultas públicas, leis de iniciativa popular etc (Art. 3). Há que se destacar que estes mecanismos de controle social vêm sendo ignorados pela atual gestão, apesar da pressão de movimentos sociais, partidos políticos e parlamentares de oposição para que sejam garantidos.

Prevê a formulação de leis específicas que estabelecerão normas gerais e de detalhamento do planejamento urbano relativas a um conjunto de matérias, com base nas diretrizes fixadas nesta Lei Complementar. Uma dessas matérias é o Plano Municipal Integrado de Transportes, cuja lei não foi criada até o momento (Art. 4).

Também define que o Plano Diretor é o instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana e parte integrante do processo de planejamento do Município, orientando as ações dos agentes sociais e determinando as prioridades para aplicação dos recursos e investimentos (Art.5). E prevê que o Plano Diretor da Cidade do Rio de Janeiro será avaliado a cada cinco anos e revisto a cada dez anos, premissa que historicamente não vem sendo respeitada (Art. 1, Parágrafo Único).

A Lei prevê um conjunto de instrumentos de aplicação da política urbana, dentre os quais, os instrumentos de planejamento urbano (Art. 65 a 69) e os instrumentos financeiros, orçamentários e tributários (Art. 143 a 158) que serão comentados a seguir.

Os instrumentos de planejamento urbano contemplam os Planos, Programas e Projetos da Administração Municipal (Plano Regional, Plano Estratégico, Agenda 21, Projeto Urbano) e o Plano de Estruturação Urbana (PEU). A este respeito, cabe pontuar que, desde a década de 1990, observa-se que muitos gestores da administração municipal vem lançando mão de Planos, Programas e Projetos que entram em conflito ou até mesmo substituem o Plano Diretor, como é o caso do Plano Estratégico, que será objeto da próxima seção.

Já os instrumentos financeiros, orçamentários e tributários contemplam os Fundos Municipais (de Desenvolvimento Urbano; de Conservação Ambiental; de Desenvolvimento Econômico e Trabalho; de Habitação de Interesse Social; de Conservação do Patrimônio Cultural; e de Transportes), o Plano Plurianual e os Instrumentos de Caráter Tributário.

Com relação aos Fundos Municipais, prevê que seus recursos devem ser destinados ao planejamento, execução e fiscalização dos objetivos, projetos e programas definidos nesta Lei Complementar (Art. 143). Com relação ao Fundo Municipal de Transportes, estabelece que deverá ser criado por Lei, com a finalidade de dar suporte à implantação de projetos relativos à infraestrutura de transportes de passageiros, bem como ao ressarcimento das gratuidades constitucionais (Art. 155), cabendo ao órgão municipal de transportes a gestão do Fundo (Parágrafo Único). E define como receitas do Fundo Municipal de Transportes as dotações orçamentárias, as receitas das multas de trânsito, os produtos das operações de crédito celebradas com organismos nacionais e internacionais, o repasse do Ministério das Cidades para programas de transporte público urbano, as doações públicas e privadas assim como outras receitas (Art. 156). Entretanto, o Fundo Municipal de Transportes não foi criado até o presente momento.

No tocante às políticas setoriais, a Política de Transportes é objeto de um capítulo específico, no qual são definidos seus objetivos, diretrizes, ações estruturantes, atividades geradoras de tráfego, implementação e número máximo de permissões de veículos de aluguel - taxi circular (Art. 213 a 218). Observa-se no texto a preocupação com a mobilidade e a acessibilidade, através da defesa de

pontos como prioridade do transporte público e dos modos não motorizados, integração entre os diferentes modais, modicidade da tarifa, atendimento prioritário às pessoas com restrição de mobilidade, participação dos usuários e elaboração do Plano Municipal Integrado de Transportes. Entretanto, ainda verifica-se a centralidade do modal ônibus e, conseqüentemente, da infraestrutura rodoviária, fatores que historicamente vêm dificultando a formulação de uma política de transporte em sintonia com os interesses da cidade e de seus cidadãos.

No tocante às Estratégias de Implementação, Acompanhamento e Controle do Plano Diretor, destaca-se o Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Urbana, que compreende a formulação contínua da Política Urbana, o gerenciamento, implementação e monitoramento do Plano Diretor, bem como a avaliação dos seus resultados (Art. 302).

Este sistema é constituído pelo Comitê Integrado de Gestão Governamental de Desenvolvimento Urbano, composto pelos titulares dos órgãos responsáveis pelas Políticas de Desenvolvimento Urbano e Ambiental, que tem a atribuição de definir, implantar e supervisionar atividades, projetos e programas que demandem a participação de mais de um órgão ou entidade da Administração Pública Municipal. Como também pelo Comitê Técnico Permanente de Acompanhamento do Plano Diretor, composto por técnicos dos órgãos responsáveis pelas Políticas de Desenvolvimento Urbano e Ambiental, que tem a finalidade de assessorar tecnicamente o Comitê Integrado de Gestão Governamental de Desenvolvimento Urbano e integrar suas atividades conforme disposto no Plano Diretor (Art. 303).

A Lei também prevê que os Conselhos Municipais¹ integram o Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Urbana, enquanto órgãos de assessoria, com a atribuição de analisar, propor e dar publicidade às medidas de concretização das políticas públicas setoriais; acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos dos fundos municipais; solicitar ao Poder Público (ou até mesmo realizar) audiências públicas para prestar esclarecimentos à população (Art. 311). Entretanto, o Conselho Municipal de Transportes não foi criado até o presente momento. Cabe destacar que

¹ §3º São Conselhos Municipais que integram o Sistema de Planejamento Integrado do Município, o Conselho Municipal de Política Urbana, o Conselho Municipal de Meio Ambiente, o Conselho Municipal de Proteção do Patrimônio Cultural, o Conselho Municipal de Transportes, o Conselho Municipal de Habitação, o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência sem o prejuízo de outros já existentes e da criação de novos Conselhos Municipais (RIO DE JANEIRO, 2011, p.119).

entidades ligadas ao Movimento de Reforma Urbana vêm historicamente defendendo a criação do Conselho Municipal da Cidade, a fim de evitar a pulverização e conseqüente fragilização do debate sobre a política e planejamento urbano no âmbito municipal.

A Lei estabelece ainda a Gestão Democrática Do Planejamento Urbano, pela qual garante o acompanhamento e controle social das atividades de competência do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Urbana, através do acesso às informações e da participação da população e de associações representativas em todas as etapas do processo de planejamento municipal, regional ou local, precedidas, principalmente, de audiências públicas (Art. 312).

Neste sentido, define com instrumentos de controle social: os Conselhos Municipais previstos neste Plano Diretor; os debates, audiências e consultas públicas; as conferências sobre assuntos de interesse urbano; a iniciativa popular de projeto de lei e de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano; a divulgação pela Internet das ações, programas e projetos, bem como de sua execução física, financeira e orçamentária (Art. 313). Contudo, depende de Lei que regulamentará a aplicação dos instrumentos de acompanhamento e controle social do processo de planejamento urbano do Município (Parágrafo Único), que ainda não foi criada.

O Plano Diretor é o instrumento básico da política municipal de desenvolvimento urbano, conforme expresso na Constituição de 1988 (Art. 182, §1o) e reafirmado pelo Estatuto da Cidade de 2001 (Art. 39 e 40), sendo obrigatório para cidades com população acima de 20.000 habitantes. Uma política que deve ser tratada no Plano Diretor é a de transporte e mobilidade, especialmente para as cidades de grande porte e situadas nas regiões metropolitanas, “sobretudo quando não se desconhece que o transporte urbano é, exatamente, de um dos vetores mais importantes a serem regulados pela ordem urbanística” (CARVALHO FILHO, 2005, p. 285).

Cabe ressaltar que o Estatuto da Cidade (Art. 41, § 2) torna obrigatória a existência de um Plano de Transporte Urbano Integrado para as cidades com mais de quinhentos mil habitantes. Este plano deve ser compatível com o Plano Diretor ou nele inserido. Neste caso, o município pode instituir um plano de transporte urbano próprio mediante uma lei municipal específica (plano autônomo), ou pode estabelecer o plano como uma parte integrante do Plano Diretor (plano incidental).

Entretanto, na cidade do Rio de Janeiro, o Plano Diretor vem encontrando limites para sua aplicação. A gestão municipal não vem promovendo a regulamentação de pontos cruciais para sua efetividade, como é o caso do Plano de Transporte Integrado; mas, ao contrário, vem priorizando a implementação do Plano Estratégico.

Conforme sinalizado anteriormente, um dos instrumentos de planejamento urbano é o Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012. Batizado de “Pós 2016: o Rio mais integrado e competitivo”, este plano vem sendo o principal instrumento do Governo Eduardo Paes, conforme expresso no próprio documento, fato que contraria a Lei Complementar nº 111 de 01 de fevereiro de 2011.

No Plano Estratégico, ao Governo Eduardo Paes apresenta os objetivos que pretende alcançar, evidenciando a sua concepção de cidade. Nele são elencadas dez “áreas de resultado”: saúde; educação; ordem pública; emprego e renda; infraestrutura urbana; meio ambiente; transporte; cultura, esporte e lazer; assistência social; e gestão e finanças públicas.

Na área de resultado “transportes”, o Governo apresenta um diagnóstico de problemas, no qual destaca: o transporte público na cidade ser historicamente caro, lento, desconfortável e inseguro; a falta de integração física e tarifária entre os diversos modais; a ausência de uma rede estrutural de alta capacidade compatível com as demandas e com as dimensões da cidade; a hipertrofia do sistema de transporte de passageiros por ônibus e vans; o desequilíbrio geográfico na oferta de ônibus na cidade; a desestruturação do sistema público de transportes e o abandono dos investimentos de expansão viária pela Prefeitura; a precária e insuficiente capacidade de fiscalização da Prefeitura sobre as suas concessionárias.

Para reverter esse quadro, apresenta como diretrizes do Governo: racionalizar o sistema de transportes públicos através da reorganização e integração físico-tarifária desse sistema; melhorar a fiscalização e a gestão dos sistemas de transporte público através do uso da tecnologia; expandir e modernizar o sistema estrutural de transportes de alta capacidade, com a implantação de corredores expressos no modal rodoviário e de uma parceria com o governo estadual para expansão da malha metroviária e requalificação do sistema de trens urbanos.

São metas do Governo: reduzir o tempo médio de viagem dos 20 principais percursos da cidade em, pelo menos, 10% entre 2009 e 2012; reduzir o gasto médio diário dos usuários de transporte público em, pelo menos, 10% entre 2009 e 2012;

reduzir a taxa de acidentes com vítima no trânsito em, pelo menos, 10% entre 2008 e 2012; implantar até o final de 2012, em toda cidade, um sistema tarifário que permita ao cidadão, pegar até três (3) transportes públicos (metrô, trem, ônibus ou vans) num prazo de duas (2) horas com um único bilhete; implantar o trecho Barra/Madureira do TransCarioca e o trecho Barra/Santa Cruz do TransOeste até o final de 2012.

Para isso, são previstas quatro iniciativas estratégicas (programas/projetos): racionalização e Integração físico-tarifária (Bilhete Único); criação de um corredor de ônibus expresso, em faixa dedicada, ligando a Barra da Tijuca à Penha (TransCarioca); ligação transversal entre Bangu e Jacarepaguá, com via de 6 pistas (Ligação C); construção de um sistema BRT entre Santa Cruz e Barra da Tijuca e de um túnel pedagiado, ligando Barra de Guaratiba ao Recreio dos Bandeirantes - TransOeste/Túnel da Grotta Funda).

Em relação aos recursos orçamentários, não há previsão de recursos para o Bilhete Único, mas estão previstos R\$1.028 milhões para a Transcarioca, R\$370 milhões para a Ligação C e R\$552 milhões para a TransOeste, oriundos do Orçamento do Tesouro (RIO DE JANEIRO, 2009).

Há que se destacar que no Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro não há qualquer diagnóstico relativo à problemática das pessoas com deficiência ou restrição de mobilidade. Dessa maneira, traz à tona uma importante discussão: qual modelo de cidade e qual tipo de cidadão pretende privilegiar.

No debate sobre política e planejamento urbano e regional, o planejamento estratégico materializa o paradigma do *empresariamento da gestão urbana* (HARVEY, 1996), a partir do qual as cidades são alinhadas à disciplina e à lógica do desenvolvimento capitalista, através da mercantilização do espaço público.

De acordo com Borja (1996), o planejamento estratégico consiste na definição de um projeto de cidade que venha unificar diagnósticos, concretizar atuações públicas e privadas e estabelecer um quadro coerente de mobilização e de cooperação dos atores sociais urbanos. Segundo Oliveira (2001), ao plano estratégico interessam apenas as ações que podem ser realizadas; o critério de avaliação de seu sucesso é exatamente a realização das metas previstas. Evidencia um compromisso com o presente, já que não se aprofunda para além do que é necessário para a garantia do seu suposto sucesso.

Neste sentido, o planejamento estratégico aponta para uma concepção restrita de cidade e de participação, que busca o desenvolvimento para apenas uma parte da população, composta por proprietários e consumidores. Esta concepção ignora o direito da maioria dos cidadãos a acesso aos bens e serviços que a cidade, enquanto produto socialmente construído por todos os que nela habitam, deveria oferecer à coletividade.

3.2 – Análise da legislação carioca sobre transporte e mobilidade urbana para pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica

Na cidade do Rio de Janeiro, direito à mobilidade urbana das pessoas com deficiência e restrição de mobilidade encontra-se mediado pela Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 1990, pelas Leis Municipais nº 3.167/2000², nº 5.211/2010³ e pelo Decreto Municipal nº 32.842/2010⁴. Estes instrumentos são os principais marcos de instituição e regulação do serviço de transporte público de passageiros no município, bem como das gratuidades.

Por estas leis, observa-se que o serviço de transporte público de passageiros no município do Rio de Janeiro encontra-se concebido e organizado a partir da centralidade do modal ônibus⁵. Este dado apresenta uma primeira evidência de constrangimento ao direito à mobilidade urbana destes usuários, pois não considera

² A Lei Municipal nº 3.167 de 27 de dezembro de 2000 assegura o exercício das gratuidades previstas no artigo 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, mediante a instituição de Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro.

³ A Lei Municipal nº 5.211 de 01 de julho de 2010 institui o Bilhete Único Municipal.

⁴ O Decreto nº 32.842 de 01 de outubro de 2010 regulamenta a Lei nº 5.211 que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167 que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros no Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas.

⁵ Há que se ressaltar que a Lei Orgânica Municipal do Rio de Janeiro de 1990 prevê que o Município manterá e preservará o sistema de transporte de passageiros em bondes entre Santa Teresa e o Centro da Cidade (Art. 420). Entretanto, é uma modalidade de transporte residual, já que restrita a apenas estes bairros e, atualmente, não se encontra em funcionamento.

os diferentes níveis de restrição, dependência e necessidade.

Considerando a falta de uma política pública de mobilidade urbana que incluísse a integração entre as diferentes modalidades de transporte, pelo conjunto de razões expostas no capítulo anterior, os sistemas rodoviários por ônibus vêm historicamente sendo os principais responsáveis por responder às demandas por viagens. Cardoso e Esteves (2009) recuperam que, no caso específico do Rio de Janeiro, as empresas de ônibus se formaram por determinação das gestões principalmente estaduais da Guanabara e Rio de Janeiro, nos períodos pré e pós fusão, portanto durante as décadas de 1960 e 1970.

O sistema de ônibus, entretanto, nunca foi planejado e projetado, tendo como foco a cidade ou todos os seus cidadãos, mas sim tendo linhas aprovadas em função de interesses empresariais, ou ao sabor de pressões de alguns cidadãos (grupos de moradores), materializadas através de abaixo-assinados. Na falta de uma visão mais sistêmica, holística e empreendedora no setor, a operação do sistema por ônibus, da forma como ocorre hoje, acaba por criar cenários como a ausência de qualquer tipo significativo de integração, concentração de oferta de capacidade na zona sul da cidade, coincidência de itinerários, com ônibus apresentando capacidades ociosas (custos mais altos por viagem, portanto tarifas mais caras) (CARDOSO E ESTEVES, 2009, p.82).

No ano de 2005, o transporte rodoviário de passageiros na cidade do Rio de Janeiro contava com uma frota de 7.128 ônibus, operando com 831 linhas em diferentes horários. Desse universo, apenas 14 ônibus adaptados para o transporte de pessoas com deficiência, operando em sete linhas convencionais da cidade, representando 0,19% da frota (NASSI et al, 2006).

Mais do que nunca, os serviços públicos disponibilizados pelo Estado à classe trabalhadora têm como único intuito, na fase atual do capitalismo financeiro, a reprodução ampliada do capital. É nesse sentido que o transporte coletivo deve ser compreendido, não como um serviço prestado à coletividade em prol do direito de ir e vir, mas como um serviço essencial para promover o deslocamento da classe trabalhadora, que vive nas periferias da cidade, para o local de trabalho, onde ocorre o processo de produção e circulação de mercadorias, necessários à geração de capital e à apropriação de mais-valia por parte dos donos dos meios de produção. Aliado de meios para intervir neste serviço público, em face da falta de recursos e à sua própria composição política, o Estado, controlado por sua classe dominante, se tornou nessa nova fase do capitalismo brasileiro um mero regulador da prestação de serviços, cujo acesso se torna cada vez mais dispendioso, o que acarreta, na prática, no desrespeito aos direitos mais fundamentais da classe trabalhadora, como é o caso do direito à saúde, educação e mesmo o direito à cidade (DIEHL, ROSA e MAZURA, 2012?).

Há que se destacar que o ônibus convencional de duas portas, apesar de supostamente enquadrado no conceito de Desenho Universal, não garante a acessibilidade de todos as usuárias como, por exemplo, das mulheres com câncer de mama e metástase óssea e, portanto, com risco de fratura patológica. Nestes casos, são necessárias outras modalidades de transporte integrantes do sistema de transporte coletivo, tais como veículos adaptados⁶. Entretanto, na cidade do Rio de Janeiro, esta problemática ainda encontra-se sem solução⁷.

Dessa maneira, as gratuidades constituem-se como o único elemento de promoção do direito à mobilidade urbana das pessoas com deficiência e restrição de mobilidade na cidade do Rio de Janeiro. Não sem, antes, ser alvo de grande controvérsia quanto ao entendimento de quem são os seus beneficiários, como será evidenciado no presente capítulo.

A Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 1990 estabelece como competências do município, dentre outras: organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, alguns serviços, dentre os quais o transporte o coletivo, como também, legislar sobre sistema de transporte urbano (Art. 30). Assim, lei complementar disporá sobre o regime de concessão, permissão ou autorização de serviços públicos e regulará os direitos dos usuários. (Art. 148).

De acordo com esta lei, o transporte é um direito fundamental da pessoa e serviço de interesse público e essencial, sendo seu planejamento de responsabilidade do Poder Público e seu gerenciamento e operação realizados através de prestação direta ou sob regime de concessão ou permissão, assegurando padrão digno de qualidade (Art. 393). E prevê que o transporte de competência municipal será planejado e operado de acordo com o plano diretor e integrado com os sistemas de transporte federal e estadual em operação no Município (Art. 395).

⁶ Na cidade de São Paulo, há 16 anos foi instituído um serviço destinado a atender pessoas com mobilidade reduzida, como parte integrante do sistema de transporte coletivo de passageiros do município, através do Decreto nº 35.071 de 09 de maio de 1996. Há experiências semelhantes nas cidades de Vitória, Uberlândia, Caxias do Sul e Natal, conforme verificado através de rápida consultas à internet, durante a redação deste trabalho.

⁷ A Lei Municipal nº 3.167/2000 prevê a instituição pelo poder municipal de um “Serviço com Hora Certa”, para melhor atender as pessoas com deficiência e/ou restrição de mobilidade. Segundo definição presente na lei, este serviço consiste no estabelecimento antecipado de horários fixos de partida dos terminais e passagens estimada de veículos, devidamente identificados nos pontos de parada, ou ao longo dos itinerários previamente estabelecidos pelo poder municipal (Art. 20). Entretanto, não há notícias de que vigorou ou foi regulamentado.

Com relação aos direitos dos usuários, a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 1990 estabelece que:

Art. 401 – A lei disporá sobre a isenção de pagamento de tarifas de transportes coletivos urbanos, assegurada a gratuidade para:
II - maiores de sessenta e cinco anos;
II - alunos uniformizados da rede pública de ensino de primeiro e segundo graus, nos dias de aula;
III - deficientes físicos e seu respectivo acompanhante;
IV - crianças de até cinco anos (RIO DE JANEIRO, 2010a).

A Lei Municipal nº 3.167/2000 veio assegurar o exercício das gratuidades previstas no artigo 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, além de instituir o do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro. A partir desta lei, outros usuários passaram a ser contemplados com a isenção de pagamento de tarifas de transportes coletivos urbanos, já que define como “usuários beneficiários das gratuidades”:

Art. 12 - (...) os maiores de sessenta e cinco anos, alunos uniformizados da rede pública de ensino de primeiro e segundo graus, deficientes físicos, portadores de doenças crônicas e de deficiência mental que necessitam de tratamento continuado e seu respectivo acompanhante deverão apresentar cartão emitido pela entidade representativa das transportadoras, com mínimo de sessenta passagens mensais, previamente aprovado pelo Poder Concedente Municipal (RIO DE JANEIRO, 2000).

Esta lei considera “pessoa portadoras de deficiência físico-motora com reconhecida dificuldade de locomoção” ou “deficiente”, a pessoa com pelo menos uma das seguintes condições: deficiência física, auditiva, visual, mental, associação de duas ou mais deficiências, pessoas ostomizadas, renais crônicos, transplantados e hansenianos (Art. 17).

A Lei Municipal nº 5.211/2010, ao instituir o Bilhete Único Municipal⁸, previu a gratuidade, nos casos previstos na legislação, como uma de suas modalidades. E destaca que o Poder Executivo, através de regulamento próprio, estabelecerá as

⁸ De acordo com a Lei nº 5.211/2010, o Bilhete Único Municipal poderá ser utilizado pelos usuários de linhas municipais do Município do Rio de Janeiro, exclusivamente nos ônibus urbanos, sem ar condicionado, regidos pela Norma ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR 15570:2009. A principal inovação do Bilhete Único Municipal é a possibilidade de realizar a utilização dos ônibus integrantes do sistema municipal de transporte coletivo de passageiros do Município com um transbordo em duas horas (Art. 6).

formas de eventuais contrapartidas às gratuidades previstas em Lei para o serviço de transporte coletivo de passageiros por ônibus (Art. 9).

Já o Decreto Municipal Nº 32.842/2010, que regulamenta as Leis nº 5.211/2010 e nº 3.167/2000 anteriormente citadas, e que passou a ser implementado a partir do mês de agosto de 2012, introduziu uma importante inflexão, no sentido da redução de direitos dos usuários.

Conforme definido no Decreto Municipal, as gratuidades nos transportes serão concedidas aos idosos maiores de sessenta e cinco anos, aos estudantes uniformizados da rede pública de ensino fundamental e médio, às pessoas com nanismo, deficiências, ostomizadas, transplantadas e com doenças crônicas, bem como aos respectivos acompanhantes quando for o caso, e serão exercidas nos ônibus convencionais com duas portas, por intermédio da apresentação do cartão eletrônico (Art. 8). Entretanto, estabelece ainda outros critérios para elegibilidade (Art. 10 e 13):

Art. 10. **Não haverá limites de viagens** para as gratuidades concedidas aos maiores de sessenta e cinco anos, bem como, **desde que hipossuficientes**, aos portadores de nanismo, de deficiência física, de deficiência auditiva, de deficiência visual, de deficiência mental, ostomizados, renais crônicos, transplantados, hansenianos, portadores do vírus HIV e respectivos acompanhantes, quando for o caso, os quais, para tanto, receberão o cartão anualmente.

§ 1º Os portadores de doenças crônicas não mencionadas no “caput”, desde que hipossuficientes e que necessitem de tratamento continuado, com respectivos acompanhantes, receberão o passe livre **limitado ao número anual de viagens necessárias para o deslocamento às unidades de saúde para o tratamento de sua patologia**.

[...]

Art. 13. Para obtenção da gratuidade prevista na presente Seção, o postulante ou o seu representante legal deverá apresentar laudo emitido por profissional habilitado da rede oficial federal, estadual ou municipal ou por ela credenciado, comprovando ser portador de uma das condições abaixo elencadas e, quando necessário, faça constar expressa a necessidade de tratamento continuado e/ou de acompanhante em seu deslocamento, **desde que hipossuficiente**:

(...)

VIII – doença crônica, devendo ser caracterizada através do documento descrito no “caput”, acrescido das seguintes informações:

- a) indicação expressa da doença considerada como crônica, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- b) caracterização da perda de funcionalidade;
- c) definição expressa do tempo de duração do tratamento e **freqüência das consultas nas unidades de saúde**;
- d) justificativa da necessidade de tratamento continuado, assim entendido como aquele com **periodicidade não inferior a duas vezes por mês**;
- e) justificativa da necessidade de deslocamento e, quando preciso, de acompanhante. (RIO DE JANEIRO, 2010c, grifo meu).

Um primeiro ponto a ser destacado na legislação carioca é a presença de uma concepção de deficiência baseada no modelo biomédico, que desconsidera o contexto social. Assim, para exercer o direito à gratuidade, a pessoa com restrição de mobilidade (dentre as quais as pessoas com doença crônica), devem apresentar laudo médico fundamentado na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Se, por um lado, a CID-10 é o sistema internacional que classifica os estados de saúde, por outro, não permite avaliar o impacto da doença sobre a pessoa, tampouco descrever a restrição funcional determinada pela doença. Assim, “a CID, por ter caráter de unificação e padronização da terminologia biomédica, restringe a compreensão da deficiência a impedimentos e incapacidades” (PIRES, 2009, p.96).

Vários autores apontam a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um importante instrumento para a avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. Como ressaltado no capítulo anterior, essa classificação considera os aspectos sociais da deficiência e avalia o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa.

A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS e pode ser aplicada em vários aspectos da saúde. As condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) são classificadas principalmente pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), que, com base no modelo médico, fornece uma estrutura etiológica, às vezes baseada em sistemas ou fases da vida. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares: as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais completa e significativa da saúde das pessoas e que pode ser utilizada para a tomada de decisão em diferentes âmbitos da saúde (SAMPAIO et al, 2005).

Entretanto, de acordo com Pires (2009), a incorporação da CIF como instrumento para avaliação da elegibilidade de pessoas com deficiência (e, em consequência, de pessoas restrição de mobilidade) para acesso às políticas públicas brasileiras ainda é um horizonte a ser alcançado.

Além disso, verifica-se presença de uma concepção médico-curativa de saúde, entendida como ausência de doença e, portanto, centrada no tratamento da patologia. Esta questão ganha especial relevância na medida em que, para as pessoas com as doenças crônicas não citadas na legislação, a gratuidade é prevista apenas para o deslocamento até a unidade de saúde.

Tal perspectiva entra em conflito com a concepção ampliada de saúde, presente na Lei Orgânica da Saúde, que a compreende enquanto resultado de diferentes fatores, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990). E, também, com a concepção de mobilidade urbana sustentável, que consiste no acesso amplo e democrático ao espaço urbano, de forma segura, socialmente inclusiva e ambientalmente sustentável, baseado nas pessoas em lugar dos veículos, através da articulação de políticas de transporte, circulação, acessibilidade e trânsito com de desenvolvimento urbano (BRASIL, 2004c).

A esse respeito, é importante destacar o papel da Política Nacional de Humanização (PNH), formulada pelo Ministério da Saúde em 2003. Segundo esse Ministério: “a Humanização, como política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004b).

A humanização consiste na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008a).

Neste sentido, uma das barreiras a serem ultrapassadas diz respeito às relações entre usuários e profissionais de saúde, como também às relações entre os próprios profissionais, a fim de proporcionar um atendimento humanizado que venha a promover a qualidade de vida dos usuários.

Há que se destacar que o projeto terapêutico deve ser um processo consciente, baseado nas necessidades, condições e escolhas do usuário, construído com o conjunto dos profissionais de saúde, e não apenas o atendimento a um protocolo clínico formal. Contudo, entre os profissionais de saúde ainda é muito presente a percepção do usuário enquanto *paciente*, durante a definição do seu projeto terapêutico. Tal percepção retira do usuário o seu papel de *sujeito* do processo saúde-doença, transformando-o em *objeto* de intervenção. E, muitas vezes, acaba transformando a definição do projeto terapêutico em um ato médico, no qual participação de outros profissionais é considerada assessória.

Um exemplo desta questão é o fornecimento de laudos para obtenção da gratuidade no transporte. Na medida em que a legislação prevê a apresentação de laudo médico, fundamentado pela Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a perspectiva biomédica e curativa vem sendo mais uma vez reforçada.

Em muitos casos, acaba sendo informado apenas o número de consultas previstas para o médico, ignorando a frequência a consultas de outros profissionais de saúde na unidade, o acesso a outras unidades de saúde para tratamento de saúde, bem como aos demais equipamentos e serviços da cidade que irão também, direta ou indiretamente, contribuir para a promoção e recuperação da saúde.

As enfermidades crônicas muito bem se enquadram no que Dubet (1994) disse sobre o trabalho “que cada um de nós realiza sobre nós mesmos” e que caracteriza, sob um determinado olhar, a experiência da doença. Trata-se de dar atenção aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais. Contudo, é preciso lembrar que a experiência dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades, referidos às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas (CANESQUI, 2007, p. 20).

Dessa maneira, o direito à saúde vem sendo compreendido de forma restrita, dissociado da vida cotidiana e, portanto, do direito à cidade. Assim, como destaca Carlos (2011):

A cidade contemporânea revela estas contradições na medida em que é produzida pela funcionalização dos lugares da vida, que os autonomiza, tendo também seu uso limitado por ela. Uma conquista da modernidade foi fragmentar a vida cotidiana, separando-a em espaços-tempos definidos e recortados, com funções específicas que apontam a condição objetiva do ser humano cindido e envolto no individualismo, preso ao mundo da mercadoria. O estágio atual da economia potencializa a cidade enquanto concentração de riqueza, poder, da riqueza mobiliária e imobiliária, permitindo a generalização do mundo da mercadoria que torna o uso do espaço da cidade cada vez mais dominado pelo valor de troca, no movimento que metamorfoseia o cidadão em consumidor. A produção da cidade comandada pelo econômico elimina aos poucos o sentido da cidade como obra, espaços de criação e gozo (CARLOS, 2011, p. 134).

Um segundo ponto a ser destacado na legislação é a diferenciação entre deficiências e doenças crônicas, como também entre as doenças crônicas, para definição do número de viagens. De um lado, não já limites de viagens para pessoas

com mais 65 anos, nanismo, deficiência física, auditiva, visual e mental, ostomizados, renais crônicos, transplantados, hansenianos, soropositivos e seus acompanhantes, quando for o caso. De outro, há limites para aquelas com doenças crônicas não mencionadas na lei.

Esta diferenciação existe porque, segundo o modelo biomédico, as doenças crônicas não são consideradas deficiência, mas diminuição temporária de capacidades (MEDEIROS; DINIZ, 2004 apud PIRES, 2009). Como também, porque as doenças crônicas contempladas são aquelas com usuários organizados em entidades de defesa dos seus direitos, ou seja, a gratuidade é fruto da pressão de movimentos sociais (PIRES, 2009).

Neste sentido, é importante destacar a necessidade da participação social e da organização política das pessoas com doença crônica, entre elas, as mulheres com câncer de mama, para a garantia e ampliação dos seus direitos sociais. Por outro lado, há que avançar rumo à compreensão, por parte dos formuladores e executores de políticas públicas, de que:

A construção analítica da deficiência como opressão pelo corpo permite a inclusão de outras expressões de impedimentos corporais, como as doenças genéticas, crônicas e infecciosas graves. Para o modelo social, não é determinante se a deficiência é uma situação irreversível: doença e deficiência devem ser entendidas conjuntamente. Não há diferença entre estado permanente (deficiência) e condição temporária (doença). A ampliação do conceito de deficiência permite seu posicionamento como resultado de uma relação entre impedimentos, desigualdades e meio ambiente (PIRES, 2009, p.399).

Neste sentido, as políticas públicas, inclusive as de transporte e mobilidade urbana devem contemplar as pessoas com deficiência e/ou restrição de mobilidade, dentre as quais pessoas com doenças crônicas, a partir da compreensão das necessidades sociais e dos desafios que elas enfrentam para respondê-las no cotidiano, nas diferentes esferas de sua vida.

Um terceiro ponto a ser destacado na legislação é o recorte de renda, já que exige a comprovação de hipossuficiência para a concessão da gratuidade. Apesar do Decreto Municipal não definir os critérios para tal comprovação, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro vem exigindo ao usuário a sua inclusão no Cadastro Único do Governo Federal (CADÚNICO), para o qual é considerada a renda familiar mensal de até três (3) salários mínimos ou meio ($\frac{1}{2}$) salário mínimo *per capita*.

Dessa maneira, a doença crônica deixa de ser o critério fundamental para a concessão da gratuidade no transporte público; ou seja, a exemplo de outras políticas sociais focalizadas, a pobreza sobrepõe-se à deficiência. Além disso, esta medida torna o processo de concessão do benefício ainda mais restritivo e burocrático.

Cabe ainda tecer algumas considerações sobre a legislação federal e estadual relativas aos direitos sociais e coletivos, no caso o direito à saúde e ao transporte, bem como as competências dos níveis de governo sobre estas matérias. Elas serão importantes para situar um outro limite importante da legislação carioca, no tocante à garantia dos direitos das pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica.

A Constituição Federal de 1988 tem, entre seus princípios fundamentais, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (Art. 1) e, entre seus direitos e garantias fundamentais, os direitos sociais, um deles é o direito à saúde (Art. 6). De acordo com o texto constitucional, o direito à saúde é dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196). Esta perspectiva é reforçada pela Lei 8.080 de 1990, que relaciona como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o transporte e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3).

Ainda segundo a Constituição Federal, compete privativamente à União legislar sobre trânsito e transporte, entretanto lei complementar poderá autorizar os Estados a legislar sobre questões específicas relacionadas à matéria (Art. 22). Define ainda que ao município compete organizar e prestar, sob o regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial (Art. 30).

A Constituição do Estado do Rio de Janeiro de 1989 tem, entre seus princípios fundamentais, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (Art. 4 e 5) e, entre seus direitos e garantias fundamentais, os direitos e deveres individuais e coletivos, tais como a saúde, transporte (Art. 8), bem como a gratuidade dos serviços públicos estaduais de transporte coletivo a pessoas com doença crônica que exija tratamento continuado e cuja interrupção possa acarretar risco de vida, assim como a pessoa com deficiência com reconhecida dificuldade de locomoção (Art. 14).

O Artigo 14 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro foi regulamentado pela Lei Complementar nº 74 de 10 de setembro de 1991. Esta lei assegura às pessoas com doença crônica em tratamento continuado e às pessoas com deficiência a isenção do pagamento das tarifas de uso dos serviços de transportes coletivos de passageiro rodoviário metroviário, pré-metroviário e de navegação marítima, mediante passe especial (Art. 2). E estabelece como únicos requisitos para emissão do passe especial, documento de identificação, retrato e laudo médico (Art. 4).

Ainda com relação à Constituição Estadual, no título que trata sobre a Ordem Social, em especial o capítulo sobre a política urbana, o direito de todo cidadão de acesso ao transporte público também é compreendido como uma das funções sociais da cidade (Art. 229). E no título que trata sobre a Organização Municipal, os municípios são definidos como unidades territoriais integrantes da organização político-administrativa do país, com autonomia política, administrativa e financeira, conforme Constituição Federal, Estadual e Lei Orgânica Municipal (Art. 343). Dessa forma, a Lei Orgânica Municipal deverá atender os princípios estabelecidos nas Constituições Federal e Estadual (Art. 345) e, em hipótese alguma, se sobrepor a elas.

Diante deste panorama, pode-se considerar que a política de transporte e mobilidade urbana e transportes na cidade do Rio de Janeiro, no tocante à garantia dos direitos das pessoas com restrição de mobilidade apresenta equívocos também de ordem legal. Contudo, até o momento, não há notícias sobre questionamentos das entidades representativas das pessoas com deficiências ou doenças crônicas a esta política regressiva, apesar desta ser uma orientação de várias assistentes sociais, durante os atendimentos aos usuários dos serviços de saúde.

Com base em toda a argumentação feita ao longo destas páginas, no próximo capítulo serão apresentadas as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de mobilidade urbana e transporte é um tema estratégico na política e no planejamento urbano, quando se pensa na produção de cidades mais justas e acessíveis para todos, com vistas ao desenvolvimento urbano e, sobretudo, ao desenvolvimento humano. Após a criação do Ministério das Cidades este tema passou a ser valorizado, contando com o aporte teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político dos sujeitos mobilizados em torno da questão. Entretanto, com o giro conservador do Governo Federal, e conseqüente mudança ministerial, o tema voltou a ser tratado pontualmente.

A mobilidade urbana sustentável ainda é um horizonte a ser alcançado, rumo à construção de uma cidade acessível. Embora haja avanços no campo da mobilidade urbana e transporte, estes não resultaram em políticas sociais amplas, já que estão limitadas a iniciativas focalizadas em determinados segmentos sociais, como as gratuidades para pessoas com deficiência, doenças crônicas, idosos e estudantes. Além disso, não conseguiram confrontar os interesses privados que dominam o transporte público, que fazem com que o transporte coletivo seja majoritariamente rodoviário e centrado no modal ônibus. Daí a importância da discussão sobre quais projetos de cidade vem sendo implementados nas diferentes cidades brasileiras.

Apesar da existência de legislações e políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e à mobilidade urbana para as pessoas com restrição de mobilidade, elas não tem sido suficientes para mitigar as dificuldades encontradas, por exemplo, pelas pessoas com doença crônica, tais como as mulheres com câncer de mama. Na cidade do Rio de Janeiro, a situação não tem sido diferente. Com base no desenho desta política, é possível afirmar que ela vem: 1. ignorando as diferenças entre os níveis de restrição, dependência e necessidades dos usuários dos transportes; 2. estabelecendo diferenciações entre as doenças crônicas para definição dos seus beneficiários; 3. definindo outros critérios complementares para concessão das gratuidades; e, além disso, 4. não vem garantindo mecanismos de controle social.

Para a mudança dessa realidade, torna-se fundamental a defesa e garantia do planejamento urbano democrático e participativo, que responda às necessidades da cidade e dos seus cidadãos. E que tal planejamento, materializado no Plano Diretor e, de forma complementar, no Plano Integrado de Mobilidade da Cidade do Rio de Janeiro, sejam de fato implementados e não meras peças de ficção, tendo em vista que o Governo Eduardo Paes vem deixando de empregar seus esforços nestes instrumentos básicos para priorizar o Plano Estratégico.

A mobilidade urbana sustentável, centrada nas pessoas e não nos veículos, pressupõe o conhecimento das demandas de mobilidade peculiares dos usuários em geral, bem como dos usuários mais frágeis do sistema, através de canais permanentes de participação e de controle social. Na cidade do Rio de Janeiro a inexistência de Conselho Municipal de Transportes vem inviabilizando a participação dos usuários na formulação, implementação, fiscalização e gestão compartilhada da Política e do Fundo Municipal de Transportes.

Apesar de incorporar os conceitos de mobilidade e de acessibilidade do Ministério das Cidades, verifica-se que a legislação carioca apresenta limites ao exercício do direito das pessoas com restrição de mobilidade. É preciso avançar na construção de políticas públicas que contemplem as reais necessidades deste segmento da população. Por este motivo, torna-se premente a articulação da sociedade civil para a participação efetiva na definição da política municipal e metropolitana neste setor.

Assim, destaca-se a criação do Fórum Permanente de Mobilidade Urbana na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em dezembro de 2011, enquanto importante iniciativa nessa direção. Um espaço novo e ainda pouco conhecido, merece atenção e estudo, sobretudo em face da conjuntura atual de investimentos em uma rede de transportes voltada para os megaeventos esportivos, em lugar das reais necessidades da população. Apesar de não ser institucionalizado, como no caso dos Conselhos de Direitos e de Políticas, mas resultado da iniciativa de diferentes instituições e sujeitos mobilizados em torno da questão, este Fórum poderá constituir uma importante arena de diálogo e de questionamento dos rumos da política municipal e metropolitana vem tomando neste setor.

Finalmente, são necessários outros estudos que, reconhecendo a demanda dos usuários com restrição de mobilidade, apontem propostas de estruturação de um sistema de transporte coletivo contemplando outras modalidades, tais como veículos adaptados, a exemplo da cidade de São Paulo e tantas outras no país. Tendo como horizonte a mobilidade urbana para todos os cidadãos, tais estudos podem contribuir para a promoção de relações socioespaciais mais democráticas e, assim, para o alcance de condições mais favoráveis ao exercício do direito à cidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTP, 2010. Sistema de Informações da Mobilidade Urbana. Brasília, 2010.
- BORJA, Jordi. As Cidades e o Planejamento Estratégico: uma reflexão europeia e latino-americana. In: FISCHER, Tânia (Org). Gestão Contemporânea: cidades estatégicas e organizações locais. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- _____. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Lei Federal nº 10.257 de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade). Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana. Brasília, 2001.
- _____. Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 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 ou com mobilidade reduzida. Brasília, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério das Cidades. Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável. Cadernos MCidades. Brasília, n. 6, nov. 2004c.
- _____. Ministério das Cidades. Mobilidade e Política Urbana: subsídios para uma gestão integrada. Coordenação de Lia Bergman e Nidia Inês Albesa de Rabi. Brasília: IBAM; Ministério das Cidades, 2005.
- _____. Ministério das Cidades. Brasil Acessível: Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana. Cadernos 1 ao 6. Brasília, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para

gestores e trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. 4ª ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei nº 12.587 de 03 de janeiro de 2012. Política Nacional de Mobilidade Urbana. Brasília: 2012.

BRITO, Claudia et al. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. In: Rev. Saúde Pública. 2005; 9(6):874:881.

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CANESQUI, Ana Maria (Org.). Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.

CARDOSO, Aduino Lucio e ESTEVES, Ricardo. Concessão em transporte público rodoviário: uma breve discussão conceitual sobre o caso do Rio de Janeiro em 2009. In: Revista Augustus. Rio de Janeiro, vol.14, n.28, agosto de 2009, semestral.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. A Condição Espacial. São Paulo: Contexto, 2011.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Comentários ao Estatuto da Cidade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

CORRÊA, Roberto Lobato. O Espaço Urbano. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.

DIEHL, Diego Augusto, ROSA Greicy e MAZURA, Victor Alexander. Direito à Cidade: Mobilidade Urbana e Tarifa Zero. Página do Núcleo de Estudos e Práticas Emancipatórias da Universidade Federal de Santa Catarina. [Disponível em <http://www.nepe.ufsc.br/control/artigos/artigo97>, acesso em 12.05.2012]. Florianópolis: NEPE, 2012?.

- FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). In: Rev. Bras. Psiquiatr. 21 (1), 1999.
- HARVEY, David. A Condição Pós-Moderna. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.
- _____. “Do Gerenciamento ao Empresariamento: a transformação da administração urbana no capitalismo tardio. In: Espaços e Debates. Ano XVI, n.39, 1996.
- _____. O Novo Imperialismo. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.
- _____. A Produção Capitalista do Espaço. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2006.
- _____. O Neoliberalismo: história e implicações. 2. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2011.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro, IBGE, 2010.
- _____. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.
- IPEA. A mobilidade urbana no Brasil. In: Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Livro 6. Vol. 2. Brasília: Ipea, 2010.
- INCA. Estadiamento. [Disponível em: <http://www.inca.gov.br>, acesso em 27.09.2012]. Rio de Janeiro: INCA, 2010?
- _____. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- KLEIMAN, 2011. Transportes e mobilidade e seu contexto na América Latina. In: Estudos e Debates nº 61. Rio de Janeiro: IPPUR: UFRJ, 2011.
- LEFEBVRE, Henri. O Direito à Cidade. 5. ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2008.
- LEMOS, Diana Scabelo da Costa Pereira da Silva. Análise das Relações Existentes entre Acessibilidade, Mobilidade e Desenvolvimento Urbano: o caso da cidade do Rio de Janeiro. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) – COPPE - Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- LOURENÇO, Aline. Quem tem Direito à Cidade? Lutas pelo direito de ir e vir na metrópole do Rio de Janeiro (1980-2005). 2006. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) - Instituto de Pesquisa e Planejamento

- Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MACHADO, Selma Maria de Barros e BERGMANN, Anke. Qualidade de Vida de Mulheres Brasileiras com Câncer de Mama: revisão sistemática da literatura. In: Corpus et Scientia, v.8, n.3, p.139-153, dez.2012.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. In: Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira et al. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. In: Rev. Ter. Ocup., Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008.
- MARICATO, Ermínia. O Impasse da Política Urbana no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- NASSI, Carlos David et al. Análise das necessidades especiais dos usuários do serviço de transportes público, portadores de deficiências de locomoção ou mobilidade reduzida. In: ANPET Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes, 20., 2006. Anais do XX ANPET. Brasília, 2006. [Disponível em http://www.anpet.org.br/ssat/interface/content/autor/trabalhos/publicacao/2006/24_AC.pdf, acesso em 12.05.2012].
- OLIVEIRA, Fabrício Leal. Sustentabilidade e Competitividade: a agenda hegemônica para as cidades do século XXI. In: ACSERALD, Henri (Org). A Duração das Cidades: sustentabilidade e risco ns políticas urbanas. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- PIRES, Fátima Lauria. Deficiência e mobilidade: uma análise da legislação brasileira sobre gratuidade o transporte público. In: Revista Textos & Contextos. Porto Alegre, v.8, n.2, p.391-408, jul./dez. 2009.
- RIO DE JANEIRO (RJ). Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1989.
- _____. Lei Complementar nº 74 de 10 de setembro de 1991. Regulamenta o artigo 14 e seus incisos, da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1991.
- RIO DE JANEIRO. Lei Municipal nº 3.167 de 27 de dezembro de 2000. Assegura o exercício das gratuidades previstas no Artigo 401 da Lei Orgânica do Município

do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

RIO DE JANEIRO. Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012. Pós 2016: o Rio mais integrado e competitivo. Rio de Janeiro: 2009.

_____. Lei Orgânica (1990). Rio Lei Orgânica do Município. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Procuradoria-Geral do Município, 2010a.

_____. Lei Municipal nº 5.211 de 01 de julho de 2010. Institui o Bilhete Único Municipal. Rio de Janeiro: 2010b.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Decreto nº 32.842 de 01 de outubro de 2010. Regulamenta a Lei nº 5.211 que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167 que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros no Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas. Rio de Janeiro: 2010b.

_____. Lei Complementar n.º 111 de 1º de fevereiro de 2011. Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2011.

SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. In: Rev. Bras. Fisioter. Vol. 9, No. 2 (2005), 129-136.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Decreto nº 36.071 de 09 de maio de 1996. Institui, no Sistema de Transporte Coletivo de Passageiros do Município de São Paulo, Modalidade Comum, serviço destinado a atender pessoas com mobilidade reduzida. São Paulo, 1996.

SILVA, José Afonso da. Direito Urbanístico Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 1992.

SOUZA, Marcelo Lopes de. ABC do Desenvolvimento Urbano. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

TELLES, Vera da Silva. Pontos e linhas de uma descrição da cidade: trajetórias urbanas e seus territórios. In: FRANCISCO, Elaine Marlova Venzon & ALMEIDA, Carla Cristina (Org.). Trabalho, Território e Cultura: novos prismas para o debate das políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2007.