UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE NACIONAL PARA ENSINO DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS

JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA

RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE

São Cristóvão – SE
2022

JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA

RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais (PROFCIAMB), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Ambientais.

Orientadora: Prof.ª Dra. Lavínia Teixeira de Aguiar Machado

São Cristóvão – SE

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Oliveira, Juliana Maria Freitas de.
O48r Racismo ambiental na pessoa com deficiência em situação de vulnerabilidade no centro-sul do Estado de Sergipe / Juliana Maria Freitas de Oliveira; orientadora Lavínia Teixeira de Aguiar Machado. – São Cristóvão, SE, 2022.
148 f.; il.

Dissertação (mestrado Profissional em Ciências Ambientais) – Universidade Federal de Sergipe, 2022.

1. Racismo. 2. Meio ambiente. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Vulnerabilidade. I. Machado, Lavínia Teixeira de Aguiar, orient. III. Título.

CDU 502.1:323.14

JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA

RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais (PROFCIAMB), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Ambientais.

Data de aprovação: 28/03/2022.

_____

Prof.ª Dra. Lavínia Teixeira de Aguiar Machado

Orientadora

_____

Prof.ª Dra. Marcia Eliane Silva Carvalho

Avaliador Interno PROFCIAMB - UFS

_____

Prof.ª Dra. Denise Martin Coviello

Avaliador Externo - Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

São Cristóvão – SE

2022

A Spick, meu anjo de quatro patas, fonte inesgotável de amor, luz e esperança.

AGRADECIMENTOS

Nas palavras de Raul Seixas, “sonho que se sonha só, é só um sonho. Mas sonho que se sonha junto é realidade”. Nesse sentido, a realização desse Mestrado só foi possível graças à contribuição de todos e todas que impulsionaram essa trajetória.

Primeiramente, agradeço a Deus, aos Anjos e Santos que a cada dia mostram a beleza e a força da fé.

À minha tia Sônia, fundamental durante essa etapa, por todo suporte e palavras de conforto e esperança.

À minha mãe Leide, meu irmão Vinícius, minha avó Izolina e meu tio Fernando *(in memorian),* estes que já habitam o reino dos céus e são minhas fontes de inspiração e resiliência.

Ao meu noivo Benjamin, por estar sempre ao meu lado, mesmo quando separados por quase 800 km de distância.

À minha orientadora Lavínia Teixeira-Machado, por todo o apoio, dedicação e solicitude. Serei eternamente grata por esse presente de Deus que foi ser sua orientanda. Acredito que nada aconteça por acaso e sua chegada em minha vida veio para trazer evolução pessoal, profissional e espiritual. Gratidão!

Às alunas de graduação e pós-graduação do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT da Universidade Federal de Sergipe – UFS, em especial, Adrielle Passos, Isabela Silva, Mariana Vaz, Raquel Paixão e Stephane Prata, que estiveram presentes no momento mais difícil, abdicando de suas atribuições pessoais para ajudar no desenvolvimento da minha pesquisa. Vocês são pessoas incríveis!

Aos colegas do PROFCIAMB, em especial, Alda Menezes, Betânia Santos, Jamille Amorim, Márcio Santos e Maria Victória, por toda a troca de saberes, o apoio nos momentos desafiadores e a alegria compartilhada nas lutas diárias.

Aos professores do PROFCIAMB, em especial, Anézia Maria e Alberlene Ribeiro, por apresentarem um mundo novo de conhecimento com delicadeza e compreensão.

Às professoras doutoras da minha Banca de Qualificação, Anézia Maria e Fernanda Cockell, e da Banca de Defesa de Mestrado, Márcia Carvalho e Denise Martin, por toda gentileza e contribuições, as quais possibilitaram o aprimoramento da pesquisa.

A todos os entrevistados, por confiarem e aceitarem participar da pesquisa.

Aos meus amores de quatro patas, Spick, Lara, Fofinho, Pluto, Teddinho, Kika, Pretinha Sibite, Pretinha Mimosa, Tom, Aninha (*in memorian*), Nego, Spike Neném, Spike, Raj, Picucha, Kiko e Rose, por esse amor incondicional que alegra e conforta o coração.

"Como as aves, pessoas são diferentes em seus voos, mas iguais no direito de voar".

Judite Hertal

RESUMO

Durante todo o desenvolvimento histórico das sociedades, o racismo surgiu como uma forma de dominação e exclusão social de grupos sobre outros. Dentre as vertentes do racismo, o termo racismo ambiental se refere a uma maior carga de danos ambientais direcionada para comunidades pobres e periféricas. Nesse escopo, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atingem uma pessoa. Entre aqueles que estão em condição de vulnerabilidade, podemos destacar as Pessoas com Deficiência (PcD) que, em função de diversas barreiras, são impossibilitadas de participarem ativamente da vida cotidiana. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Dados do Censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que 23,9% da população brasileira declarou ter pelo menos uma das deficiências investigadas, sendo que a maior taxa dos entrevistados está entre os que se definiram como pretos e amarelos, ambos com 27%; e 65,9% possuem renda entre 0 e 1 salário mínimo. As PcD têm sido vítimas do capacitismo, o qual se refere à forma como a sociedade as discrimina, expondo esses indivíduos a uma posição de marginalizada. Nesse contexto, observa-se que no Brasil o racismo ambiental ultrapassa o preconceito racial, impondo a populações vulneráveis uma condição de exclusão social e econômica. Diante disso, essa pesquisa tem por objetivo analisar os impactos do racismo ambiental na rotina diária das PcD em situação de vulnerabilidade no centro-sul do Estado de Sergipe, mais especificamente aquelas que residem nas comunidades dos povoados Santo Antônio e Colônia Treze, as quais estão localizadas nos arredores dos lixões do município de Lagarto. Cumpre frisar que o referido município possui um alto índice de PcD, chegando a 30% da população total, superando as médias de Sergipe (25%), da Região Nordeste (26,6%) e do Brasil (23,9%). Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa e quantitativa. Para a sistematização da proposta, foram realizadas as seguintes etapas: (1) Análise da situação das PcD – treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e levantamento do Cadastro da Família via Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão – SISPEC; (2) Visitas domiciliares indicadas pelos ACS e informações do SISPEC para aplicação dos formulários semiestruturados baseados nos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela pesquisadora responsável; (3) Registros fotográficos da infraestrutura da região. Das 71 famílias cadastradas como residentes nos arredores do lixões, 22 PcD foram avaliadas. A utilização de tópicos do *Checklist* da CIF no formulário de pesquisa se mostrou de grande valia para analisar a correlação entre a funcionalidade dos entrevistados e a influência dos fatores ambientais em suas rotinas. Os dados coletados apontaram para dificuldade de acesso das PcD que vivem em situação de vulnerabilidade a ações de saúde, educação, transporte, trabalho e lazer, sendo essa situação exarcebada pelas condições deficitárias de infraestrutura. Como Produto Técnico gerado pela pesquisa, foi desenvolvida a "Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)", a qual tem como finalidade capacitar os ACS para a desmistificação e identificação de PcD, com vistas a mitigar estigmas, na observação da acessibilidade dos ambientes escolares e laborais, detecção de barreiras atitudinais, estruturais e sociais, atividades de autocuidado, atividades de classe e relacionamento dos serviços.

Palavras-chave: Racismo. Meio Ambiente. Pessoas com Deficiência. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Throughout the historical development of societies, racism emerged as a form of domination and social exclusion of groups over others. Among the aspects of racism, the term environmental racism refers to a greater burden of environmental damage directed toward poor and peripheral communities. In this scope, vulnerability can be understood as a set of individual weaknesses and social precariousness that affect a person. Among those who are in a condition of vulnerability, we can highlight People with Disabilities (PwD) who, due to various barriers, are unable to actively participate in everyday life. According to the World Health Organization (WHO), more than one billion people around the world live with some form of disability, among which about 200 million experience considerable functional difficulties. Data from the 2010 Demographic Census carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) show that 23.9% of the Brazilian population declared that they had at least a deficiency investigated, with the highest rate of respondents being among those who defined themselves as black and yellow, both with 27%; and 65.9% have an income between 0 and 1 minimum wage. PwD have been victims of ableism, which refers to the way society discriminates against them, exposing these individuals to a marginalized position. In this context, it is observed that in Brazil, environmental racism goes beyond racial prejudice, imposing a condition of social and economic exclusion on vulnerable populations. Therefore, this research analyzes the socio-environmental impacts of environmental racism in the daily routine of vulnerable PwD in the Center-South of the State of Sergipe, more specifically thosewho live in the communities of Santo Antônio and Colônia Treze, which are located on the outskirts of landfills in the municipality of Lagarto. Note that the aforementioned municipality has a high rate of PwD, reaching 30% of the total population, surpassing the averages of the Northeast Region (26.6%) and Brazil (23.9%). This study is a cross-sectional and exploratory-descriptive with a qualitative and quantitative approach. For the systematization of the proposal, the following steps were carried out: (1) Analysis of the situation of PwD – training of Community Health Agents (ACS) and survey of the Family Register via the Citizen's Electronic Medical Record System – SISPEC; (2) Home visits indicated by the ACS, and information from SISPEC for application of the semi-structured forms based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) qualifers by the responsible researcher; (3) Photographic records of the infrastructure of the study region. Of the 71 families registered as residents on the outskirts of landfills, 22 PwD were evaluated. The use of topics from the ICF Checklist in the research form proved to be of great value to analyze the correlation between the functionality of the interviewees and the influence of environmental factors in their routines. The data collected pointed to the difficulty of access for PwD who live in a situation of vulnerability concerning access to health, education, transport, work, leisure, which are exacerbated by deficient infrastructure conditions. As a Technical Product generated by the research, the "Training for Community Health Agents (ACS)" was developed, which aims to train ACS to demystify and identify PwD, with a view to mitigating stigmas, in observing the accessibility of environments school and work, detection of attitudinal, structural and social barriers, self-care activities, class activities and service relationship.

Keywords: Racism. Enviroment. Disabled Persons. Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ADEMA - Administração Estadual do Meio Ambiente

CADÚNICO - Cadastro Único

CDPD - Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EMDAGRO - Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe

GT - Grupo de Trabalho

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IVS - Índice de Vulnerabilidade Social

LACTTA - Laboratório de Estudos de Cidadania, Territorialidade e Ambiente da Universidade Federal Fluminense

MP - Mestrado Profissional

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PCD - Pessoa com Deficiência

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

RCLE - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

RSU - Resíduos Sólidos Urbanos

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SEPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SISPEC - Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SM - Salário Mínimo

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

SPSS - Statistical Package for Social Science for Windows

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TALT - Técnica Aplicada Lavínia Teixeira

UFS - Universidade Federal de Sergipe

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura

WG - Washington Group on Disability Statistics

WHO - World Health Organization

WHS - World Health Surveys

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização geográfica do município de Lagarto no Estado de Sergipe e no Brasil...25
Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – Comparação da evolução entre Brasil, Sergipe e Lagarto em 1991, 2000 e 2010.....27
Figura 3 – Faixas de Vulnerabilidade Social.....27
Figura 4 – Índice de Vulnerabilidade Social – Brasil, Nordeste, Sergipe e Lagarto.....28
Figura 5 – Abastecimento de água em Lagarto, Sergipe e Brasil.....28
Figura 6 – Mapa dos municípios brasileiros que apresentaram água imprópria para consumo entre 2018 e 2020.....29
Figura 7 – Esgotamento sanitário em Lagarto, Sergipe e Brasil.....30
Figura 8 – Caracterização da geração de resíduos em Lagarto.....31
Figura 9 – Localização do lixão no povoado Santo Antônio.....32
Figura 10 – Localização do lixão no povoado Colônia Treze.....32
Figura 11 – Formulário - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....35
Figura 12 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).....58
Figura 13 – Distribuição por faixa etária dos participantes da pesquisa.....65
Figura 14 – Distribuição por sexo biológico dos participantes da pesquisa.....66
Figura 15 – Distribuição por cor ou raça dos participantes da pesquisa.....66
Figura 16 – Distribuição por tipo de deficiência dos participantes da pesquisa.....68
Figura 17 – Lixão do povoado Santo Antônio.....68
Figura 18 – Residências improvisadas no Lixão do Santo Antônio.....69
Figura 19 – Lixão do povoado Santo Antônio.....69
Figura 20 – Estrada de acesso ao Lixão da Colônia Treze.....70
Figura 21 – Lixão da Colônia Treze.....71
Figura 22 – Tipo de moradia dos participantes da pesquisa.....71
Figura 23 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Abastecimento e tratamento da água.....72
Figura 24 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Esgotamento sanitário.....72
Figura 25 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Destino do lixo.....73

Figura 26 – Acesso dos participantes da pesquisa aos meios de comunicação.....76
Figura 27 – Saúde Física dos participantes da pesquisa.....79
Figura 28 – Saúde Mental dos participantes da pesquisa.....79
Figura 29 – Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa.....81
Figura 30 – Perfil de ocupação dos participantes da pesquisa.....82
Figura 31 – Renda familiar dos participantes da pesquisa.....82
Figura 32 – Nuvem de palavras com base no discurso dos entrevistados.....84
Figura 33 – Página do *Instagram* do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT.....87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantificadores da CIF.....74
Quadro 2 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Mobilidade”.....77
Quadro 3 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Cuidado Pessoal”.....78
Quadro 4 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Vida doméstica”.....83
Quadro 5 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Vida comunitária, social e cívica”.....84
Quadro 6 – Cronograma de atividades do curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).....88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das PcD nos bairros e povoados do município de Lagarto.....33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 17

2. OBJETIVOS 24

2.1 Objetivo Geral 24

2.2 Objetivos Específicos 24

3. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 25

3.1 Caracterização da área de estudo 25

3.2 Tipo de estudo 34

3.3 Execução da pesquisa e Coleta de dados 35

3.4 Análise e validação dos dados 37

3.5 Procedimentos éticos e legais 38

4. RACISMO AMBIENTAL E OS MECANISMOS ESTRUTURAIS GERADORES DE EXCLUSÃO SOCIAL 39

4.1 Racismo e Colonialismo: a origem do Racismo Ambiental 39

4.2 Racismo Ambiental e Injustiça Ambiental 42

4.3 A correlação entre o Racismo Ambiental e a Vulnerabilidade Social 44

4.4 Racismo Ambiental, Urbanização, Saúde Coletiva e Pandemia 46

5. DEFICIÊNCIA, SAÚDE GLOBAL E A CIF 51

5.1 Deficiência e incapacidade: contexto histórico 51

5.2 A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) 55

5.3 Deficiência, acessibilidade e inclusão social 57

5.4 Deficiência, Vulnerabilidade, Interseccionalidade e Capacitismo 60

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO 64

7. PRODUTO TÉCNICO 86

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 89

9. REFERÊNCIAS 91

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CEP 101

APÊNDICES

APÊNDICE A – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE) 111

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA 115

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA.....116

APÊNDICE D – FORMULÁRIO 118

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CRIANÇA 124

APÊNDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTE 131

APÊNDICE G – PROJETO DE LEI 133

APÊNDICE H – PRODUTO TÉCNICO 139

1. INTRODUÇÃO

Durante todo o desenvolvimento histórico das sociedades, o racismo surgiu como uma forma de dominação e exclusão social de grupos sobre outros, seja pela cor da pele, religião, local de origem, etnia e até mesmo por posicionamentos políticos e *status* social.

O termo racismo pode ser definido como "[...] o uso político de alguns resultados aparentemente científicos, para levar à crença da superioridade de uma raça sobre as demais. Este uso visa a justificar e consentir atitudes de discriminação e perseguição contra as raças que se consideram inferiores" (BOBBIO, 2000).

A partir do contexto tradicional de racismo, outras vertentes começaram a se destacar e a serem estudadas, dentre as quais o racismo ambiental (ABREU; BUSSINGUER, 2017). O racismo ambiental se refere a uma maior carga de danos ambientais que é direcionada para comunidades pobres e que vivem à margem da sociedade, a exemplo da instalação de lixões e fábricas que, em sua maioria, são alocados em bairros periféricos e áreas rurais.

A utilização do termo racismo ambiental, bem como o início das discussões sobre a temática, ocorreu na década de 1980 através do Movimento de Justiça Ambiental, nos Estados Unidos. Liderados pelo reverendo Benjamin Chavis, a comunidade de Warren County, na Carolina do Norte, questionava sobre o depósito de resíduos tóxicos na região, que além de causar danos à saúde da população, também provocava a contaminação do lençol freático.

Tal engajamento mostrou que essa população estava sendo vítima de um "racismo ambiental", ao apontar que a degradação do meio ambiente repercutia diretamente no seu cotidiano, gerando injustiça social – visto que a população negra fora marcada por séculos de opressão e descaso em favor dos lucros dos diversos setores econômicos e essa região era ocupada por uma comunidade predominantemente negra (PACHECO, 2008).

Bullard (2005) enfatiza que o racismo ambiental fortalece a estratificação das pessoas (por raça, etnia, *status* social e poder), do lugar (nas cidades principais, bairros periféricos, áreas rurais, áreas não incorporadas ou reservas indígenas) e do trabalho (por exemplo, oferece-se uma maior proteção aos trabalhadores dos escritórios do que aos trabalhadores agrícolas).

O racismo ambiental se infiltra nos diferentes setores da sociedade e extrapola o preconceito racial, tomando um contorno diferente no Brasil, com a exclusão social e econômica. A população negra é vítima de racismo ambiental na nação brasileira, mas o grupo que se destaca como vítima é a população pobre (que acaba englobando parte da população afrodescendente) (ABREU; BUSSINGUER, 2017).

Os segmentos mais vulneráveis da população, tanto do ponto de vista racial como socioeconômico, estão expostos a maior carga de problemas decorrentes da falta de infraestrutura urbana e qualidade ambiental, afetando a qualidade de vida destes moradores (MORATO *et al.*, 2019). As áreas de risco ambiental (próximas de lixões, sujeitas a inundações e desmoronamentos) são muitas vezes as únicas acessíveis às populações de mais baixa renda, que acabam construindo nesses locais domicílios em condições precárias (NASCIMENTO, 2018).

Vale ressaltar que a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atingem uma pessoa cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas por aspectos sócio-históricos (AYRES, *et al.*, 2006). As noções de "exclusão" e de "vulnerabilidade social" têm sido cada vez mais utilizadas no Brasil e no Mundo por pesquisadores, gestores e operadores de políticas sociais, num esforço de ampliação do entendimento das situações tradicionalmente definidas como de pobreza, buscando exprimir uma perspectiva ampliada complementar àquela atrelada à questão da insuficiência de renda (IPEA, 2015).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários. O IVS possui três dimensões: IVS Infraestrutura Urbana; IVS Capital Humano; e IVS Renda e Trabalho. Essas dimensões correspondem a conjuntos de ativos, recursos ou estruturas, cujo acesso, ausência ou insuficiência indicam que o padrão de vida das famílias encontra-se baixo, sugerindo, no limite, o não acesso e a não observância dos direitos sociais (IPEA, 2015).

No que concerne à infraestrutura urbana, o IVS procura refletir as condições de acesso aos serviços de saneamento básico e de mobilidade urbana, dois aspectos relacionados ao lugar de domicílio das pessoas e que impactam significativamente em suas rotinas. Segundo dados da ONU Habitat, 1,6 milhões de pessoas não tem habitação adequada e 25% da população mundial vive em bairros informais sem infraestruturas, nem saneamento básico; sem acesso a serviços públicos, com escassez de água e de eletricidade. Vivem em espaços exíguos onde se aglomeram famílias numerosas. Habitam na cidade sem direito à cidade, já que, vivendo em espaços desurbanizados, não têm acesso às condições urbanas pressupostas pelo direito à cidade (SANTOS, 2020). Diante do contexto atual da pandemia do COVID-19, o autor traz ainda os seguintes questionamentos referentes às condiçoes de habitação dos moradores das periferias

pobres das cidades, favelas, barriadas, *slums*, caniço, etc:

> [...] dadas as condições de habitação, poderão cumprir as regras de prevenção recomendadas pela OMS? Poderão manter a distância interpessoal nos espaços exíguos de habitação onde a privacidade é quase impossível? Poderão lavar as mãos com frequência quando a pouca água disponível tem de ser poupada para beber e cozinhar? O confinamento em alojamentos tão exíguos não terá outros riscos para a saúde tão ou mais dramáticos do que os causados pelo vírus? (SANTOS, 2020, p. 18).

Entre aqueles que estão em condição de vulnerabilidade, podemos destacar as Pessoas com Deficiência (PcD) que, em função de diversas barreiras, são impossibilitadas de participarem ativamente da vida cotidiana. Refletir sobre a interação entre as vulnerabilidades que atingem as PcD pode demonstrar como são necessárias políticas públicas que contemplem a diversidade destas pessoas (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017).

O Brasil, nas últimas décadas, tem produzido um conjunto de políticas públicas que desafiam a sociedade sob todos os seus aspectos, sejam eles éticos, morais ou culturais. Os temas de direitos humanos, como igualdade racial, diversidade sexual e de gênero, questões geracionais e direitos da PcD, cada vez mais se afirmam na agenda do País e provocam as estruturas de gestão em todas as esferas, sejam elas a federal, a estadual ou a municipal. Um dos fatores que nos ajuda a entender esse processo é o de que a luta pelos direitos humanos é um aspecto contraditório, no qual o Estado, qualquer que seja o governo no regime democrático, e a sociedade civil têm responsabilidades necessariamente compartilhadas (BORGES; PEREIRA, 2016).

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Com o decorrer dos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado. Isto se deve ao envelhecimento das populações e ao risco maior de deficiência na população de mais idade, bem como ao aumento global de doenças crônicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais (WHO, 2011).

A literatura demonstra sobremaneira que a deficiência está associada à pobreza e expõe os indivíduos à posição marginalizada dentro da sociedade (KUPER *et al.,* 2018). Em todo o mundo, as PcD apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, isto se deve ao fato das PcD enfrentarem barreiras no acesso a serviços básicos como saúde, educação, emprego, transporte, e informação. Tais dificuldades são exacerbadas nas comunidades mais pobres (WHO, 2011).

Deficiência e incapacidade são intrínsecas à condição humana. Grande parte das pessoas, em algum momento das suas vidas, irão experimentá-las de alguma forma, seja ela

definitiva, momentânea ou intermitente (ZOLA, 1989). A deficiência pode ser de natureza permanente ou temporária e que faz limitar a capacidade de exercer uma ou mais atividade como enxergar, ouvir, movimentar e intelectualizar. É caracterizada como uma complexa experiência multidimensional e impõe diversos desafios de mensuração (OLIVEIRA, 2015).

Conforme dados do Censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 45.606.048 pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população. Entre as PcD, 65,9% possuem renda entre 0 e 1 salário mínimo - SM. Em relação à cor ou raça, a maior taxa dos entrevistados com algum tipo de deficiência está entre os que se definiram como pretos e amarelos, ambos com 27%. As populações branca e parda têm 23,5%, enquanto os indígenas apresentaram um número menor: 20%. A população feminina com alguma deficiência apresentou percentuais superiores para qualquer cor ou raça declarada, sendo que a maior diferença foi encontrada entre as mulheres (30,9%) e os homens (23,5%) de cor preta: 7,3 pontos percentuais. A deficiência visual foi a mais citada: 18,8% dos brasileiros têm dificuldade para enxergar ou são cegos em absoluto. Os deficientes auditivos correspondem a 5%, enquanto os motores são 7% e mentais/intelectuais, 1,4% (IBGE, 2010).

Há desafios na compreensão destes números e criar condições de entender as medidas a serem adotadas de forma prioritária para garantir a inclusão social da PcD. Os dados do IBGE, assim como outras informações, como o Cadastro Único (CaDúnico), por exemplo, permitem conhecer a realidade socioeconômica das famílias de baixa renda,trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família, associados ao Censo Escolar, a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e as teses e dissertações, produzidas as centenas em nossas universidades públicas e privadas, são instrumentos que nos ajudam a construir o estado da arte das políticas e os cenários possíveispara avanços necessários em um universo de exclusão social (BORGES, 2014).

No entanto, em termos estatísticos, nota-se a necessidade de melhorar as informações nacionais sobre deficiência, bem como a comparabilidade dos dados em nível nacional e internacional, desenvolver ferramentas apropriadas e preencher lacunas entre diferentes pesquisas (WHO, 2008; 2011).

O envelhecimento populacional associado ao aumento das taxas de adoecimento crônico e grande percentual de pessoas com incapacidades temporárias e permanentes têm se mostrado como desafios atuais à saúde pública no Brasil e no Mundo. Em decorrência desses fatos, o foco na construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e para

as consequências das doenças crônicas (SAMPAIO; LUZ, 2009). Como efeito, a análise das teorias que explicam funcionalidade e incapacidade humana orientam a formulação de indicadores de saúde voltados às consequências das doenças e à elaboração de políticas públicas mais efetivas. Como alternativa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003).

O modelo teórico da CIF é universal e pode ser aplicado para todas as pessoas em qualquer condição de saúde, tendo como objetivo principal fornecer uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever a funcionalidade humana (OMS, 2003). A CIF é constituída sob uma abordagem biopsicossocial usada para explicar a integração das várias dimensões da saúde a partir da junção dos modelos médico e social (DUTRA *et al*., 2016). O uso prático da CIF permite aos profissionais de saúde compreenderem a funcionalidade humana com uma visão mais ampla, em que a saúde e a incapacidade são frutos da interação do indivíduo, seu contexto e questões biológicas (OMS, 2003).

A estrutura da CIF sugere que a funcionalidade é influenciada por características pessoais do indivíduo e por contextos ambientais. Assim, a incapacidade nos componentes descritos resulta da interação entre uma condição de saúde e os fatores do contexto, que agem como facilitadores ou barreiras para a funcionalidade (SILVA *et al.,* 2013). Os fatores do contexto representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo e incluem dois componentes: fatores ambientais e fatores pessoais. Os fatores ambientais são externos ao indivíduo e compõem o ambiente físico e social nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Os fatores pessoais são características particulares de cada um e compreendem elementos que não fazem parte da condição de saúde, tais como sexo, idade, aptidão física, estilo de vida, dentre outros (OMS, 2003).

Os instrumentos que avaliam a influência do ambiente sobre a funcionalidade adotam uma visão restrita do conceito de meio ambiente, focando preferencialmente as limitações impostas por barreiras arquitetônicas, sem documentarem os diferentes elementos que compõem este conceito, como o apoio social e acesso aos serviços (SILVA *et al.,* 2013). Embora na atualidade se reconheça a importância de fatores contextuais (pessoais e ambientais), ainda existem poucos estudos que analisam a associação desses fatores e seu impacto em conjunto sobre a funcionalidade humana, principalmente no que se refere a pesquisas acerca da influência dos fatores ambientais, mais especificamente do racismo ambiental, na rotina das PcD.

Roux (2001) destacou a necessidade de estudar aspectos da vizinhança, ressaltando a importância do ambiente, que pode ser considerado determinante de adoecimento. Além disso,

o autor cita que os bairros podem interferir sobre a saúde dos indivíduos mediante questões sociais, tais como renda, ocupação e educação, podendo ou não ser agravadas ou favorecidas por aspectos individuais.

Insta consignar que em 2015, durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável, as Nações Unidas definiram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como parte de uma nova agenda (Agenda 2030) de desenvolvimento sustentável, com ações para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar para todos, proteger o meio ambiente e enfrentar as mudanças climáticas. Dentre os 17 objetivos estabelecidos pela Assembléia Geral das Nações Unidas, a deficiência é referenciada em várias partes, mais especificamente no que concerne à garantia de uma educação de qualidade inclusiva e equitativa (Objetivo 4), promoção de um crescimento econômico inclusivo e sustentável (Objetivo 8), redução de desigualdade dentro e entre os países (Objetivo 10), desenvolvimento de cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros e sustentáveis (Objetivo 11), bem como o fortalecimento dos meios de implementaçãoe revitalização da parceria global para o desenvolvimento sustentável (Objetivo 17) (WHO, 2015). Todavia, ainda há um caminho extenso a percorrer para que esses objetivos sejam colocados em prática.

De acordo com o *World Health Surveys* (WHS), iniciativa lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para fortalecer a capacidade nacional de monitorar resultados críticos de saúde e sistemas de saúde por meio do campo de uma pesquisa válida, confiável e comparável, PcD reportam ter maiores necessidades por atenção à saúde. Em contrapartida, existe baixa cobertura de serviços especializados em reabilitação em quase todo o mundo, criando uma fenda dentro dos sistemas de saúde (KUPER *et al.*, 2018).

Nesse contexto, Santos (2020) aborda que PcD têm sido vítimas de outra forma de dominação, além do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado: o capacitismo. Trata-se da forma como a sociedade os discrimina, não lhes reconhecendo as suas necessidades, não lhes facilitando acesso à mobilidade e às condições que lhes permitiriam desfrutar da sociedade como qualquer outra pessoa. Em teoria, a legislação brasileira garante a proteção e promoção dos direitos dos cidadãos. Contudo, no que concerne às PcD, apesar dos avanços normativos, há o que se questionar se esses direitos realmente são garantidos em condição de igualdade em relação aos que não possuem deficiência, de forma a possibilitar uma maior inclusão social.

Cumpre frisar que, no Brasil, a maior concentração de PcD está na região Nordeste, com um quantitativo de 26,6% da população, seguido do Sudeste e Norte, ambos com 23%, e Sul e Centro-Oeste, com uma população de 22,5% de PcD em cada. Vale ressaltar que todos os Estados do Nordeste apresentaram um percentual de PcD acima da média nacional, com destaque para Sergipe,

com 25% da população apresentando alguma deficiência. O município de Lagarto, localizado na região Centro-Sul do Estado de Sergipe, apresentou um quantitativo correspondente a 30% de PcD, sendo superior, portanto, às médias regional e nacional (IBGE, 2010).

Diante deste alto índice de PcD no município de Lagarto, bem como a escassez de estatísticas e pesquisas que correlacionem as temáticas do racismo, dos fatores ambientais e das PcD, torna-se de fundamental importância entender a influência do racismo ambiental na rotina desses indivíduos, mais especificamente aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social, a exemplo dos que habitam os arredores dos lixões, em condições precárias de infraestrutura, no que concerne ao acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação, trabalho, bem como em relação às condições de mobilidade e acessibilidade, de forma a propor estratégias de gestão que promovam ações inclusivas e equitativas, minimizando as desigualdades sociais que afetam principalmente os que vivem à margem da sociedade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os impactos do racismo ambiental na rotina diária de PcD em situação de vulnerabilidade.

2.2 Objetivos Específicos

Com base no Objetivo Geral, foram estabelecidos os seguintes Objetivos Específicos:

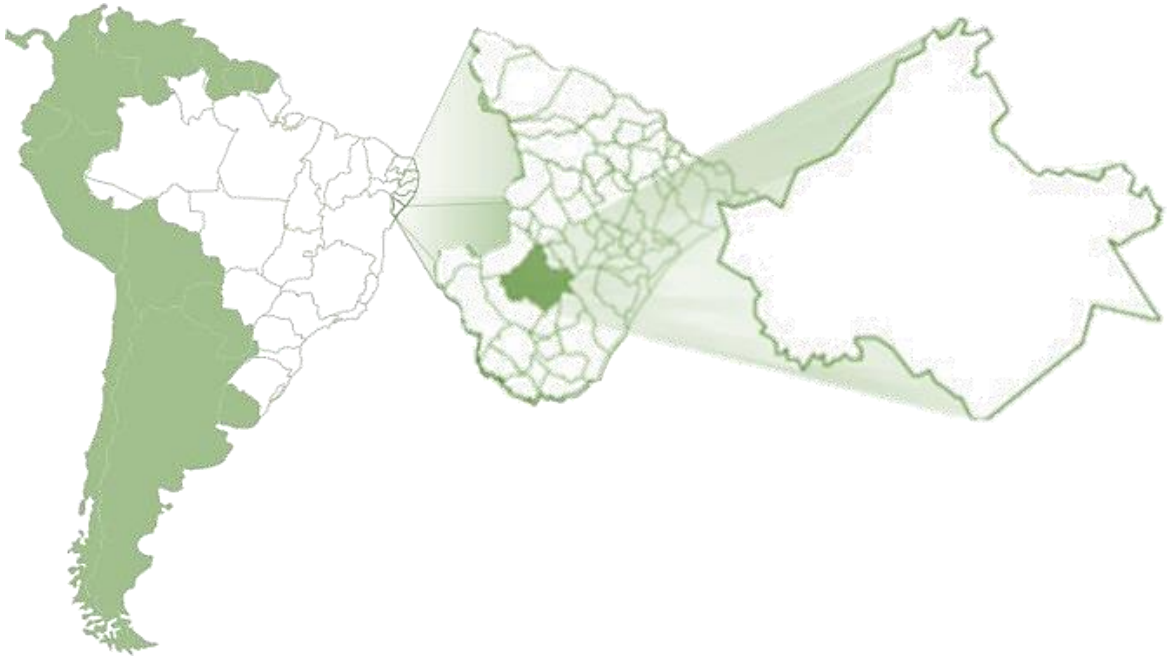
- ✓ Verificar as condições de moradia, infraestrutura, acessibilidade e transportes públicos;
- ✓ Avaliar o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e participação social das PcD que residem na região;
- ✓ Ampliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca dos conceitos sobre os tipos de deficiência e direitos das PcD.

3. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização da área de estudo

Lagarto é um município brasileiro localizado no Estado de Sergipe, na Região Nordeste do País (Figura 1). Encontra-se na região Centro-Sul e é a maior cidade do interior do Estado, com uma área territorial de 968,921 km², uma população estimada em 2021 pelo IBGE em 106.015 habitantes, responsável por uma densidade demográfica média de 97,84 hab/km², sendo 51,51% de área urbana e 48,49% rural. Terceiro município mais populoso de Sergipe, a cidade fica localizada a 75 km da capital, Aracaju. (IBGE, 2010; IBGE, 2021).

Figura 1 - Localização geográfica do município de Lagarto no Estado de Sergipe e no Brasil.



Fonte: Adaptado pela autora (2022) com base em material do Observatório de Sergipe (2019) e Caetano *et al.* (2015).

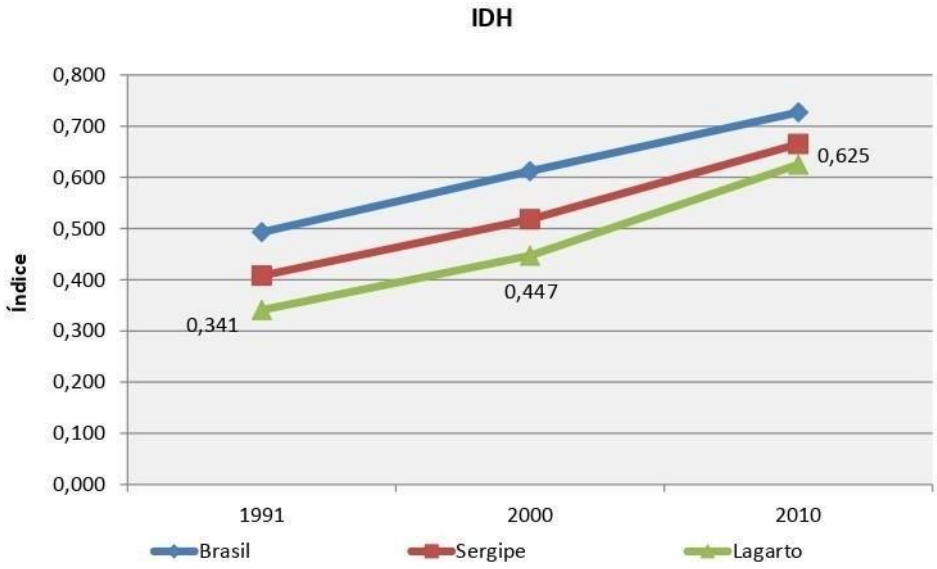
Lagarto é uma das mais antigas povoações do território sergipano. Existem relatos históricos de que já no século XVI religiosos jesuítas encontraram uma aldeia de povos indígenas kiriris na confluência dos rios Piauí e Jacaré. Por volta de 1575, os jesuítas, auxiliados pelos nativos, ergueram uma pequena capela às margens do Rio Jacaré. A gênese de sua formação situa-se no povoado Santo Antônio, a 6 Km de distância da atual sede do município, fundado nos idos de 1604 pelo sesmeiro Antônio Gonçalves de Santomé dentro do contexto emergente da necessidade de se conquistar Sergipe, expandir o catolicismo e a criação de gado no sentido Sul-Norte da Capitania, dando início à colonização européia. Os habitantes da época

saíram desta localidade devido a um surto de varíola que vitimou muitos moradores, obrigando os sobreviventes a se instalarem onde hoje se encontra a Praça da Piedade, no centro da cidade. Em 1658 Lagarto tornou-se distrito militar, medida que efetivou a posse do território e garantiu proteção contra as ameaças externas e internas (LAGARTO, 2017; 2021).

O IBGE pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Ou seja, as pessoas são perguntadas sobre sua cor de acordo com as seguintes opções: branca, preta, parda, indígena ou amarela. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019, 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas. A distribuição por cor ou raça nas Unidades da Federação refletiu padrões históricos de ocupação e movimentos relacionados à dinâmica econômica. Foi possível observar uma maior proporção de brancos na Região Sul (80%) e as maiores proporções de pardos estavam nas Regiões Norte (64%) e Nordeste (60%), enquanto os pretos estavam mais presentes na Região Nordeste (8,2%). Em Sergipe existe um maior número de pessoas autodeclaradas pardas, representando 68,62% da população, seguido de brancas (21,12%) e pretas (9,68%). Em Lagarto, há um maior quantitativo de pessoas autodeclaradas pardas (61,8%), seguido de brancos (30,5%), pretos (6,2%), amarelos (1,1%) e indígenas (0,4%) (IBGE, 2010; PNAD, 2019; 2021). Esse grande quantitativo de pessoas em Lagarto autodeclaradas pardas e brancas, pode ser explicado pela processo de colonização ocorrido no município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um índice que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. O IDH reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde –, ter acesso ao conhecimento – educação – e poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda. O Brasil ficou em 85º lugar na classificação pelo IDH Global 2012, com IDH de 0,730. Sergipe está em 20º lugar entre os Estados do País, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,665, e Lagarto está na 14ª posição no IDHM, com índice de 0,625. Sendo assim, Lagarto está situada na faixa de Desenvolvimento Humano Médio, entre 0,600 e 0,699. A Longevidade é a dimensão que mais contribui para o IDHM lagartense, com índice de 0,775 seguida da dimensão Renda (índice de 0,613) e da Educação (índice de 0,515) (Figura 2) (PNUD, 2013).

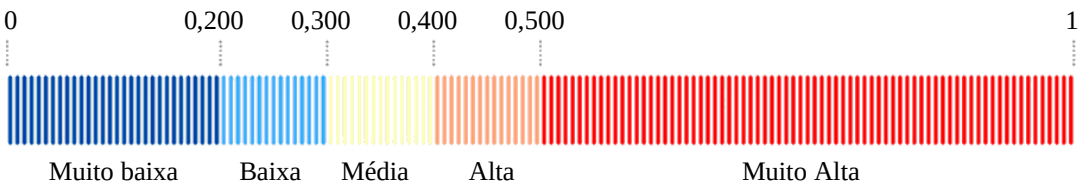
Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – Comparação da evolução entre Brasil, Sergipe e Lagarto em 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico. Elaboração: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano (2013).

No que se refere à vulnerabilidade social, o IVS traz dezesseis indicadores estruturados em três dimensões, a saber: Infraestrutura Urbana; Capital Humano; e Renda e Trabalho. O índice varia entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1, maior é a vulnerabilidade social de um município. Para os municípios que apresentam IVS entre 0 e 0,200, considera-se que possuem muito baixa vulnerabilidade social. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam baixa vulnerabilidade social. Aqueles que apresentam IVS entre 0,301 e 0,400 são de média vulnerabilidade social, ao passo que entre 0,401 e 0,500 são considerados de alta vulnerabilidade social. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município possui muito alta vulnerabilidade social (Figura 3) (IPEA, 2015).

Figura 3 – Faixas de Vulnerabilidade Social.

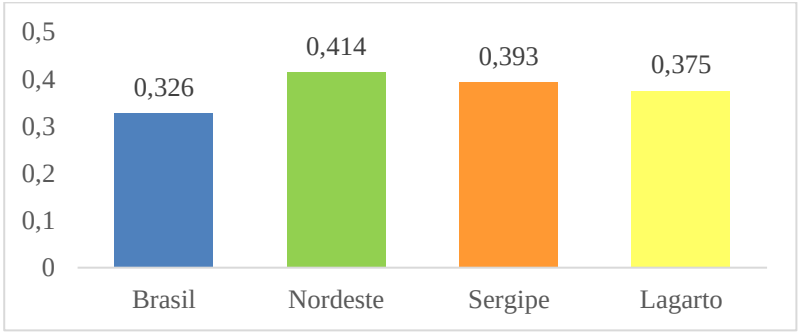


Fonte: Adaptado pela autora (2022) com base em material do IPEA (2015).

Analisando os dados brutos do IVS, dos 5.565 municípios do País, observa-se que o Brasil apresentava, em 2010, média vulnerabilidade social (0,326). Em relação à região

Nordeste, constatou-se que, nesse período, a maioria dos Estados se encontrava na condição de alta e muito alta vulnerabilidade social. Sergipe registrou, em 2010, um IVS de 0,393, apresentando uma condição de média vulnerabilidade. O município de Lagarto apresentou um IVS de 0,375, sendo considerado assim como de média vulnerabilidade (Figura 4). Cumpre frisar que houve uma evolução do IVS no referido município em relação à análise realizada em 2000, na qual apresentava muito alta vulnerabilidade (0,568). Essa evolução foi motivada pela melhoria do IDHM (IPEA, 2015).

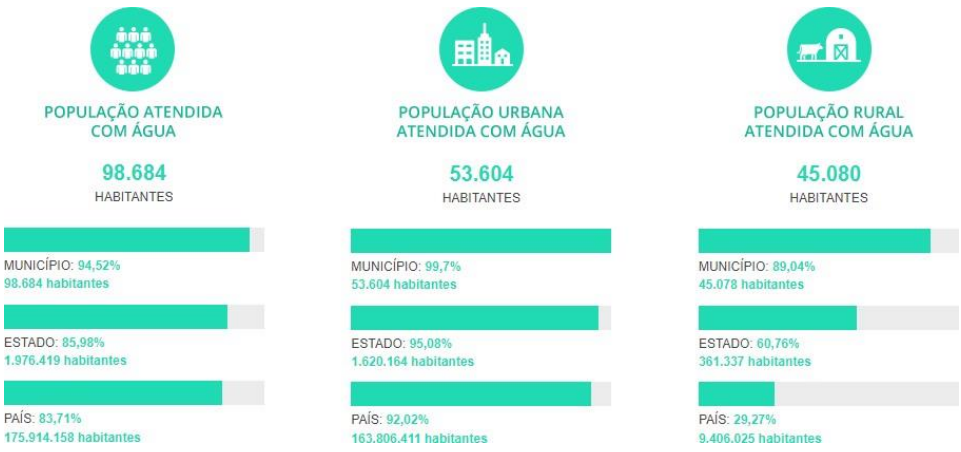
Figura 4 – Índice de Vulnerabilidade Social – Brasil, Nordeste, Sergipe e Lagarto.



Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base em dados do IPEA (2015).

O município de Lagarto apresentou no último censo demográfico (2010) 27.614 domicílios. Apesar da infraestrutura de energia elétrica estar acima dos 98%, a cidade ainda possui localidades em condições de moradia precárias, com esgoto e destinação de lixo a céu aberto e consumo de água não tratada. No que se refere ao abastecimento de água, 94,52% da população total de Lagarto tem acesso a esse serviço. A média do Estado de Sergipe é 85,98% e do País é 83,71% (Figura 5) (SNIS, 2019).

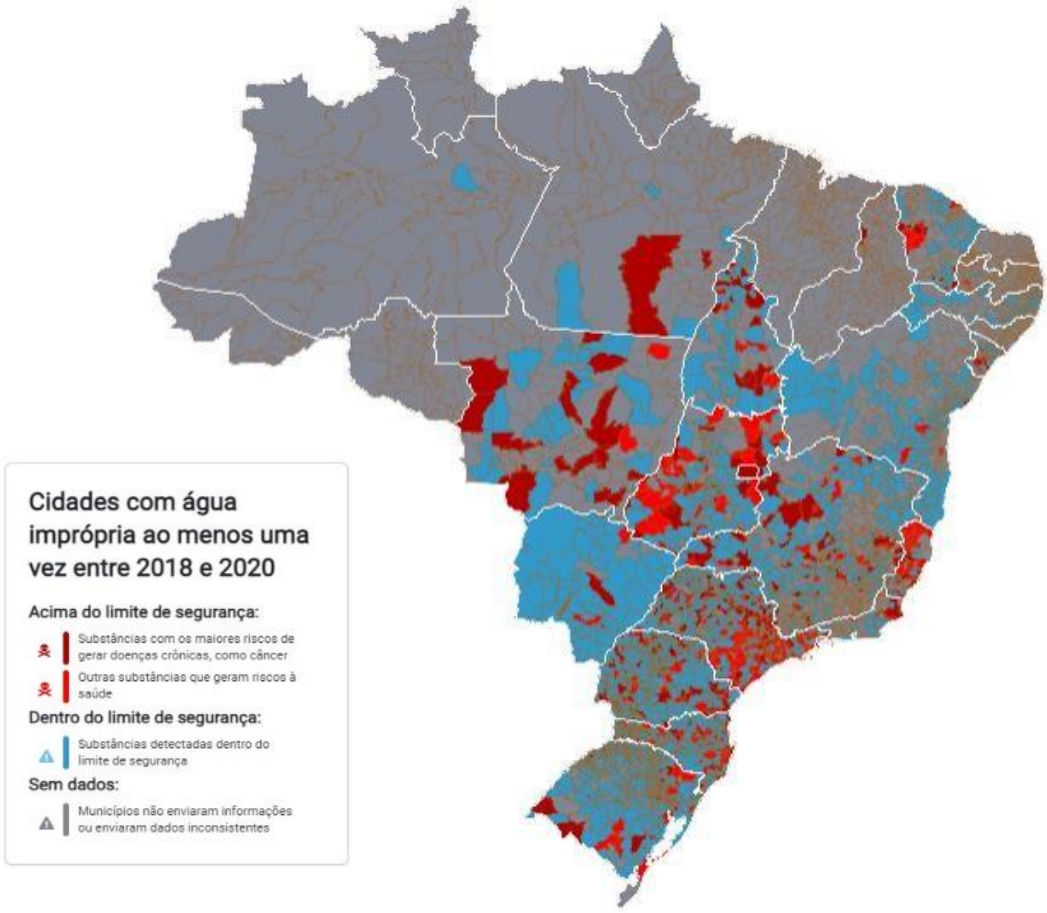
Figura 5 - Abastecimento de água em Lagarto, Sergipe e Brasil.



Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre o saneamento básico SNIS (2019)

Cumpre frisar que esse percentual alto de abastecimento de água no município não demonstra necessariamente que essa população receba água segura. De acordo com dados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) do Ministério da Saúde, entre 2018 e 2020, na água de Lagarto foram detectadas 01 substância (Nitrato) com o maior risco de gerar doenças crônicas, como câncer, e outras 02 (Ácidos aloacéticos total e Trihalometanos total) substâncias que também geram riscos à saúde (Figura 6) (SISAGUA, 2021).

Figura 6 - Mapa dos municípios brasileiros que apresentaram água imprópria para consumo entre 2018 e 2020.



Fonte: https://mapadaagua.reporterbrasil.org.br/.

O esgotamento sanitário é constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários; inclui desde as ligações prediais até o lançamento final no meio ambiente. Mais da metade da população brasileira e grande parte dos municípios ainda não contam com serviços de esgotamento sanitário e acabam adotando outras formas de coleta, afastamento e, em poucos

casos, tratamento dos esgotos. Em Lagarto, apenas 5,32% da população total tem acesso aos serviços de esgotamento sanitário. A média do estado de Sergipe é 41,8% e do País, 65,87% (Figura 7) (SNIS, 2019).

Figura 7 - Esgotamento sanitário em Lagarto, Sergipe e Brasil.

Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre o saneamento básico SNIS (2019).

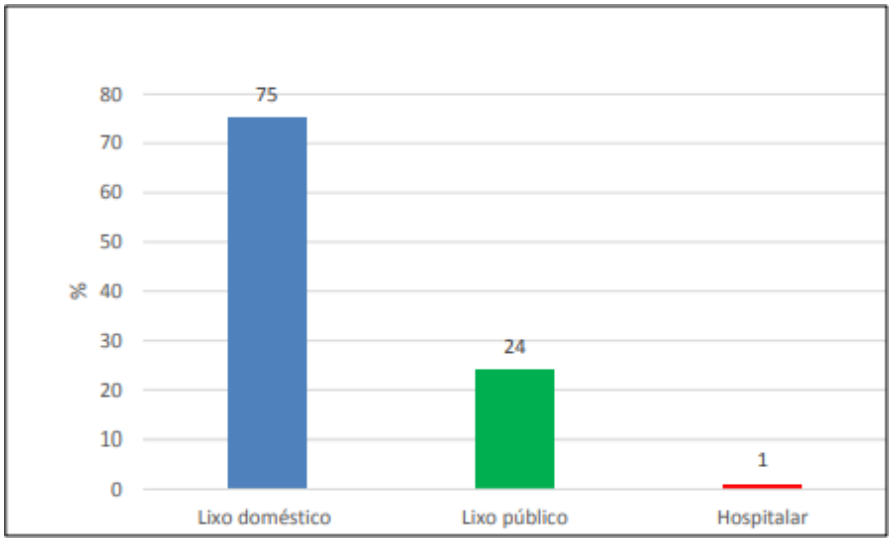
A geração de resíduos sólidos urbanos (RSU) - resíduos domiciliares e de limpeza urbana - possui relação direta com o local onde se desenvolvem atividades humanas, tendo em vista que o descarte de resíduos é resultado direto do processo de aquisição e consumo de bens e produtos das mais diversas características. Os dados apurados mostram que a geração de RSU no país sofreu influência direta da pandemia da COVID-19 durante o ano de 2020, tendo alcançado um total de aproximadamente 82,5 milhões de toneladas geradas, ou 225.965 toneladas diárias. Com isso, cada brasileiro gerou, em média, 1,07 kg de resíduo por dia. No Brasil, a maior parte dos RSU coletados seguiu para disposição em aterros sanitários, com 46 milhões de toneladas enviadas para esses locais em 2020, superando a marca dos 60% dos resíduos coletados que tiveram destinação adequada no país. Por outro lado, áreas de disposição inadequada, incluindo lixões e aterros controlados, ainda estão em operação e receberam quase 40% do total de resíduos coletados (ABRELPE, 2021).

No Nordeste, 63,7% do RSU são depositados em áreas inadequadas (ABRELPE, 2021). A questão dos RSU no Estado de Sergipe é bastante preocupante, uma vez que ainda cerca de 50% de seus municípios dispõem esses materiais em lixões a céu aberto, próximo a domicílios, cursos d'água e outras áreas, ferindo os padrões mínimos de disposição final de resíduos indicados pela legislação brasileira. Essa situação é fruto de fragilidade das políticas públicas e dos poucos investimentos no setor. Cumpre frisar que a existência de lixões a céu aberto

contribui para o aumento de doenças, prejudicando o desenvolvimento econômico dos municípios. Além disso, há casos de incêndios que geram fumaça, trazendo problemas respiratórios para a população que reside nas proximidades dos lixões (SERGIPE, 2020).

Os resíduos produzidos em Lagarto apresentam a característica geral das demais cidades do interior do estado de Sergipe, sendo gerados diariamente cerca de 102 toneladas de resíduos urbanos, destes 75% resíduos domiciliares, 24% lixo público e 1% lixo hospitalar (Figura 8) (ADEMA, 2017).

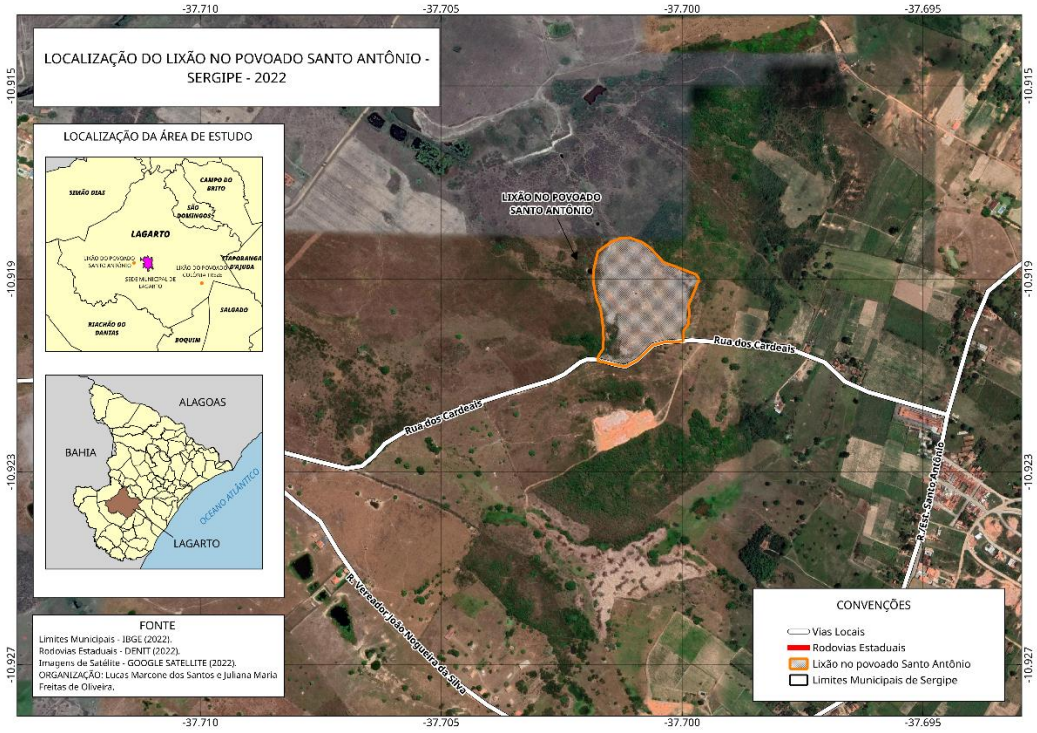
Figura 8 – Caracterização da geração de resíduos em Lagarto.



Fonte: Associação Trabalho e Cidadania/Faculdade Avodah (2017).

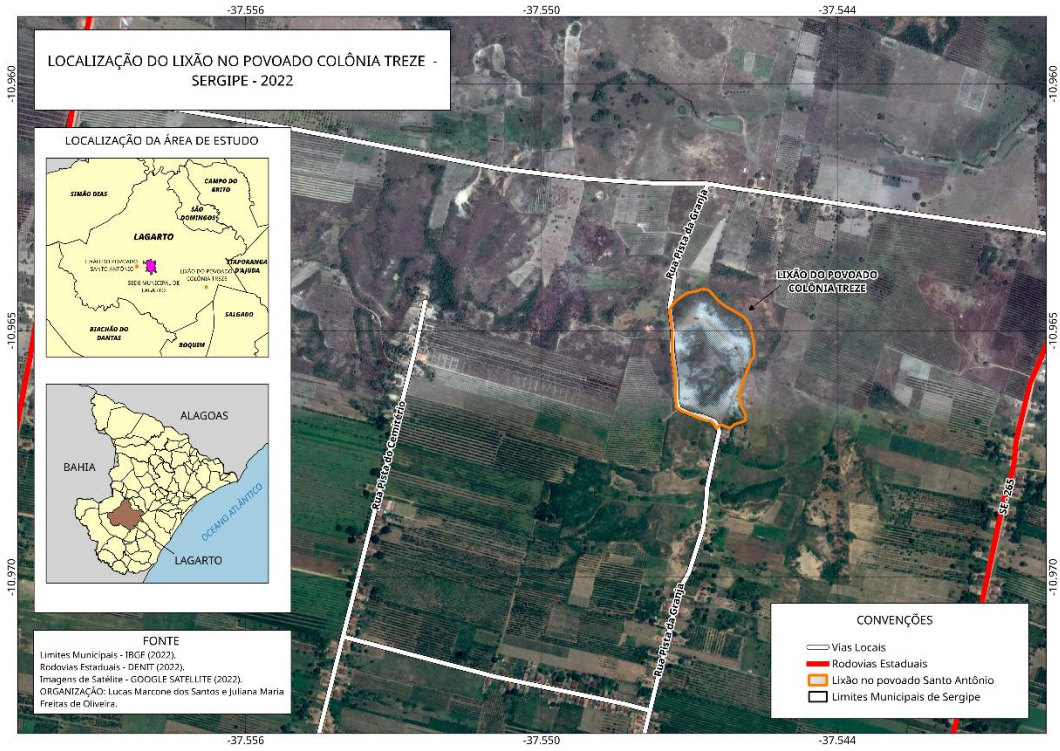
Em se tratando de destinação final, no caso de Lagarto, são utilizados lixões a céu aberto, localizados nos povoados Santo Antônio (Figura 9) e Colônia Treze (Figura 10), permitindo a proliferação devetores alados, bem como a poluição do solo e do ar, colocando em risco a saúde da população local. O município está inserido em duas bacias hidrográficas, a do rio Vaza-Barris e a do rio Piauí. Constituem a drenagem principal, além do rio Vaza-Barris e do Piauí, os rios, Jacaré, Piauitinga, Caboclo, e do Machado. As pessoas que residem nas proximidades dos lixões dos povoados Santo Antônio e Colônia Treze ficam expostas ao chorume que libera odor e infiltra no solo contaminando diretamente as águas do Rio Jacaré, afluente do Rio Piauí, o qual deságua ao lado da área do lixão do Santo Antônio (ADEMA, 2017). Além dessas questões, essas pessoas são afetadas por condições precárias de moradia e infraestrutura, sendo expostas a uma situação de vulnerabilidade social e ambiental.

Figura 9 – Localização do lixão no povoado Santo Antônio.



Fonte: Elaborado pela autora (2022) com auxílio do Geógrafo Lucas Marcone dos Santos.

Figura 10 – Localização do lixão no povoado Colônia Treze.



Fonte: Elaborado pela autora (2022) com auxílio do Geógrafo Lucas Marcone dos Santos.

No que se refere às PcD, com base no censo realizado pelo IBGE (2010), na cidade de Lagarto há 6.223 com deficiência auditiva, 1.780 com deficiência intelectual/mental, 7.188 com deficiência motora/física e 17.507 com deficiência visual, o que representa aproximadamente 30% da população. Os dados populacionais apresentados no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão - SISPEC, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lagarto, demonstraram um total de 6.843 PcD cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todavia, foram constatados erros, tais como acréscimo da condição clínica Acidente Vascular Encefálico (AVE) (714 pessoas), duplicação de dados das pessoas conforme o tipo de deficiência, bem como no que se refere ao cadastro do endereço, restando apenas um total de 2.925 PcD cadastradas no município. A maioria das PcD identificadas pelo SISPEC residem na Zona Rural (48,04% deficiência física, 17,11% deficiência auditiva, 24,47% intelectual/mental e 10,36% deficiência visual) e em povoados como a Colônia Treze (29,90% deficiência física, 13,78% deficiência auditiva, 23,83% deficiência intelectual/mental e 32,47% deficiência visual), seguido do Centro (38,15% deficiência física, 15,35% deficiência auditiva, 32,89% deficiência intelectual/mental e 13,59% deficiência visual) (Tabela 1).

De acordo com dados da Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe – EMDAGRO (2018), as comunidades do Santo Antônio e da Colônia Treze possuem, respectivamente, 697 e 6.014 habitantes. Destes, 459 apresentam algum tipo de deficiência (Tabela 1). Com base nos dados do SISPEC, 71 PcD residem nos arredores dos lixões dos povoados Santo Antônio e Colônia Treze, sendo expostos a uma maior condição de vulnerabilidade social e ambiental.

Tabela 1- Distribuição das PcD nos bairros e povoados do município de Lagarto.

Bairros e povoados	Tipo de Deficiência			
	Física	Auditiva	Intelectual	Visual
Aldemar de Carvalho	55	6	42	15
Alto da Boa Vista	34	15	25	20
Centro	82	35	75	31
Cidade Nova	46	23	47	64
Colônia Treze	125	69	102	139
Estação	9	6	7	5
Exposição	21	6	16	10
Horta	12	4	4	2
JCN	40	9	26	10
João Martins	8	4	3	3
Laudelino Freire	5	4	4	1
Libério	2	0	4	1
Libório	21	8	1	6
Loiola	12	14	20	38
Moita Redonda	2	1	1	0

Novo Horizonte	39	35	45	21
Quirino	5	0	7	1
São José	94	22	65	58
Santa Terezinha	11	1	19	1
Santo Antônio	7	3	14	0
Silvio Romero	6	3	3	2
Várzea do Espinho	6	1	2	2
Povoados	217	88	164	47
Zona Rural	207	114	163	69
TOTAL	1066	455	859	545

Fonte: Elaborado pela autora (2021) com base no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão – SISPEC.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-descritivo. Enquanto exploratória, proporciona familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, objetivando aprimorar ideias. Considerada também descritiva, visto que busca estudar as atitudes e crenças de uma população, descobrindo a existência de uma associação entre as variáveis do estudo (GIL, 2002).

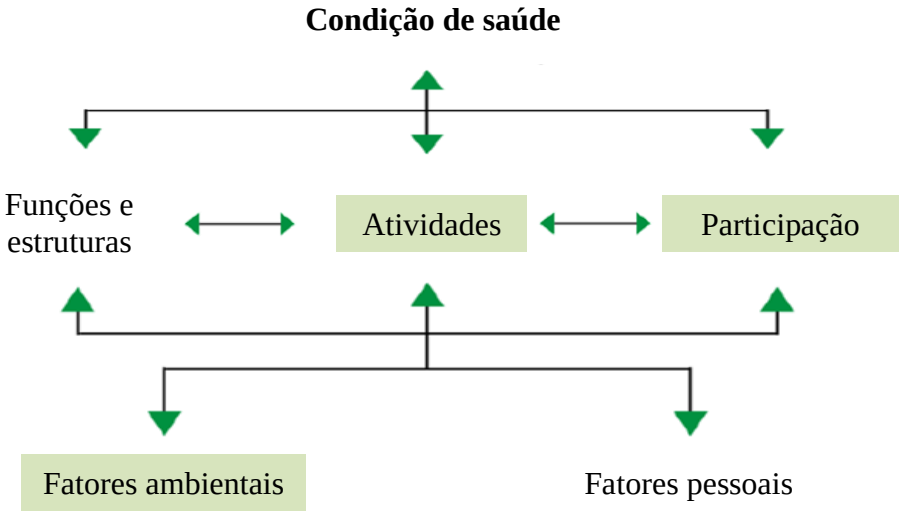
Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A abordagem da pesquisa foi qualitativa e quantitativa. Enquanto qualitativa, foram analisadas as respostas subjetivas aos formulários (Apêndice D) aplicados em campo, os quais possuem perguntas fechadas e abertas que permitiram ao entrevistado discorrer sobre sua percepção em relação à temática. Enquanto quantitativa, partiu da tabulação dos dados referentes às características do quantitativo de PcD que residem nas comunidades do Santo Antônio e da Colônia Treze e quais possuem acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, transporte, atividades de lazer, ambientes com acessibilidade, bem como no que se refere à idade, sexo biológico, raça, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, tipo de deficiência, grau de dependência para sair de casa, grau de dependência para deslocamento a pé em vias e calçadas, uso de órteses, próteses e demais meios auxiliares de locomoção.

As perguntas do formulário (Apêndice D) foram fundamentadas nos dispositivos da Lei 13.146/2015 e estruturadas com base no *Checklist* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em

vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS fornece um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo entre várias disciplinas e ciências (OMS, 2001). Dentre os domínios da CIF, foram utilizados na pesquisa os componentes Atividade e Participação e Fatores Ambientais (Figura 11).

Figura 11 – Formulário - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).



Fonte: Adaptado pela autora (2022) com base em material da OMS (2003).

3.3 Execução da pesquisa e Coleta de dados

Para a sistematização da proposta, foram realizadas as seguintes etapas: (1) Análise da situação das PcD – treinamento dos ACS e levantamento do Cadastro da Família via SISPEC; (2) Visitas domiciliares indicadas pelos ACS e informações do SISPEC para aplicação dos formulários semiestruturados pela pesquisadora responsável; (3) Registros fotográficos da infraestrutura da região estudada.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, é de atribuição específica dos ACS trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea, bem como cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os dados atualizados (MS, 2012). Dessa forma, a pesquisa teve como ponto de partida a capacitação dos ACS para a identificação das PcD. O treinamento foi focado na legislação, conceitos, tipos de deficiências e demais particularidades, e realizado remotamente via plataforma virtual *Google Meet*.

A partir da identificação das PcD residentes na região estudada, bem como da localização dos endereços e contatos das mesmas, com base nos dados do SISPEC, entre os

meses de fevereiro e março de 2022 foram realizadas entrevistas com 22 PcD que residem nos arredores dos lixões dos povoados Colônia Treze e Santo Antônio. As entrevistas foram guiadas pelas perguntas contidas no formulário (Apêndice D).

Vale ressaltar que o formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2017). Dessa forma, a aplicação dos formulários permitiu a participação de pessoas não alfabetizadas, visto que foi preenchido pela entrevistadora, bem como possibilitou uma explicação mais precisa aos entrevistados acerca dos objetivos, justificativas, benefícios e riscos da pesquisa e o esclarecimento de dúvidas sobre as perguntas realizadas. Além disso, o contato pessoal entre a entrevistadora e os (as) entrevistados (as) proporcionou maior proximidade e conhecimento acerca da realidade vivenciada por cada participante da pesquisa.

Insta consignar que essa etapa contou com a colaboração de 05 alunas de graduação e pós-graduação do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT da Universidade Federal de Sergipe – UFS, o qual é coordenado pela orientadora dessa pesquisa. As referidas alunas passaram por um treinamento prévio via plataforma *Google Meet*, no qual foram evidenciadas as particularidades dos documentos utilizados nas entrevistas, bem como esclarecidas as dúvidas sobre os conteúdos destes.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos (as) participantes da pesquisa: possuir algum tipo de deficiência; residir na área de abrangência da pesquisa; possuir disponibilidade para responder as perguntas do formulário; concordar com a assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE (Apêndice A), do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (Apêndices E e F). Foram excluídas da pesquisa as PcD que estão cadastradas no SISPEC, mas que atualmente não residem na área do estudo.

De acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, o processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Vale ressaltar que estes podem ser realizados por meio de expressão oral, escrita, língua de sinais ou de outras formas que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas.

Ainda nos termos da Resolução 510/2016, assentimento livre e esclarecido refere-se à

anuência do participante da pesquisa – criança, adolescente ou indivíduos impedidos de forma temporária ou não de consentir, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, justificativa, objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos. A obtenção do assentimento não elimina a necessidade do consentimento do responsável.

Cumpre frisar que todos os formulários foram aplicados após a concordância e aceitação dos (as) participantes, bem como a assinatura do RCLE (Apêndice A) e do TALE (Apêndices E e F) por parte dos (as) entrevistados (as). Essa etapa ocorreu individualmente com cada participante em sua respectiva residência. Para o caso de participantes menores de 18 anos, foi solicitada a presença do (a) responsável legal.

Durante as visitas, foram realizados também os registros fotográficos da região. Os formulários físicos, termos e os registros fotográficos da região foram organizados em pastas e estão sob a guarda da pesquisadora responsável. Além disso, foram digitalizados e armazenados em arquivos digitais, como forma de viabilizar a análise estatística.

3.4 Análise e validação dos dados

A análise dos dados foi baseada no diagnóstico situacional dos formulários aplicados e o discurso dos entrevistados, mediante a utilização da escala de Likert. De acordo com Gil (2008), a escala de Likert é de elaboração simples e tem caráter ordinal, e não mede quanto uma atitude é mais ou menos favorável. Os dados e resultados da pesquisa foram tabulados e analisados através do *software Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), o qual, de acordo com o seu nome, é um pacote estatístico para utilização nas ciências sociais. Segundo Bahiense (2008), o SPSS possui um ambiente amigável, utilizando-se de *menus* e janelas de diálogo, que permite realizar cálculos complexos e visualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativas.

No que concerne à pergunta aberta *"Quais os maiores desafios que você enfrenta na sua rotina diária?",* as respostas foram analisadas através da representação visual da frequência de palavras com base no discurso dos (as) entrevistados (as). Para isso, foi utilizado o recurso nuvem de palavras via *Wordclouds.*

A validação do formulário partiu da aplicação do pré-teste para evidenciar a viabilidade deste, utilizando para tal uma amostragem inicial de 02 PcD que se enquadraram nos critérios de inclusão mencionados. O teste preliminar ou pré-teste consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar erros e que a pesquisa chegue a um resultado falso (MARCONI;

LAKATOS, 2017).

3.5 Procedimentos éticos e legais

A pesquisa seguiu os dispositivos éticos e legais estabelecidos nas Resoluções 196/1996, 446/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP – UFS), através do CAAE nº 44277421.0.0000.5546 e do Parecer n° 5.117.211 (ANEXO A). Durante a pesquisa, os (as) participantes receberam esclarecimentos acerca dos formulários e da seguridade dos dados colhidos, bem como o anonimato. Além disso, assinaram o RCLE e o TALE. Os termos foram assinados em duas vias, disponibilizandoassim uma via ao participante e a outra para a pesquisadora.

4. RACISMO AMBIENTAL E OS MECANISMOS ESTRUTURAIS GERADORES DE EXCLUSÃO SOCIAL

4.1 Racismo e Colonialismo: a origem do Racismo Ambiental

A origem do termo raça remonta à Idade Média, quando foi utilizado como sinônimo de casta, sendo aplicado a plantas e animais. No final do período medieval, foi empregado para fazer referência às linhagens nobres na Itália e na França. Quando da contenda entre cristãos e muçulmanos na península ibérica, o termo assumiu outra conotação, sendo associado à ideia de impureza de sangue, especialmente no que diz respeito aos judeus e muçulmanos. Durante a expansão ultramarina, a expressão foi utilizada para fazer referência aos nativos africanos e americanos. Na Europa do século XVIII, o termo passou a ser utilizado para indicar as variedades do gênero humano e, no século XIX, com as teorias das raças e racialismo científico, tornou-se critério de catalogação das supostas espécies humanas. No final do século XIX e início do século XX, com a emergência do nacionalismo, passou a ser equiparado à ideia de nação (BETHENCOURT, 2018).

Apesar dos diferentes significados assumidos em cada contexto histórico, é possível identificar uma constante na noção de raça: é associada à ideia de que a humanidade pode ser subdividida em diferentes grupos, que mantêm entre si uma relação de superioridade/inferioridade, sendo que cada um deles se distingue dos demais em razão de características inatas, compartilhadas entre seus membros (FIELDS; FIELDS, 2014).

Nesse contexto, Herculano (2008) evidencia a definição de racismo:

> Racismo é a forma pela qual desqualificamos o outro e o anulamos como não-semelhante. Nesse sentido, no caso brasileiro, tornamos até mesmo o retirante, o migrante nordestino, uma 'raça': o 'homem-gabiru', o 'cabeça-chata' tido como invasor da 'modernidade metropolitana'. Assim, nosso racismo nos faz aceitar a pobreza e a vulnerabilidade de enorme parcela da população brasileira, com pouca escolaridade, sem renda, sem políticas sociais de amparo e de resgate, simplesmente porque naturalizamos tais diferenças, imputando-as a 'raças'. Colocando o outro como inerentemente inferior, culpado biologicamente pela própria situação, nos eximimos de efetivar políticas de resgate, porque o desumanizamos.

Historicamente, o racismo foi motivado por projetos políticos. Ao estabelecer uma chierarquia entre os diferentes grupos étnicos, ele justifica a discriminação ou segregação daqueles tidos como inferiores, consistindo em uma arma ideológica para políticas imperialistas (MONTAGU, 1974).

Desde o século XVII, os três modos de dominação social principais são o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado. Apesar de serem omnipresentes na vida dos humanos e das

sociedades, são invisíveis na sua essência e na essencial articulação entre eles, em decorrência de um sentido comum inculcado nos seres humanos pela educação e pela doutrinação permanentes. Esse sentido comum é evidente e é contraditório ao mesmo tempo. Todos os seres humanos são iguais (afirma o capitalismo); mas, como há diferenças naturais entre eles, a igualdade entre os inferiores não pode coincidir com a igualdade entre os superiores (afirmam o colonialismo e o patriarcado). Este sentido comum foi debatido por Aristóteles, mas só a partir do século XVII entrou na vida das pessoas comuns, primeiro na Europa e depois no resto do mundo (SANTOS, 2020).

Com a expansão europeia, as características físicas se tornaram um aspecto importante para identificação e hierarquização dos diferentes tipos de humanidade, sendo associadas a uma descrição estereotipada de atitudes e comportamentos que posteriormente seriam incorporadas pelas teorias de raças (BETHENCOURT, 2018).

A identidade ocidental moderna resulta em boa medida do colonialismo e, no espaço-tempo da língua portuguesa, ela reflete as especificidades do colonialismo português. Trata-se de um colonialismo subalterno, ele próprio colonizado em sua condição semiperiférica, posto que durante um longo período, Portugal foi dependente da Inglaterra, sendo considerado em certos momentos quase uma "colônia informal" (SANTOS, 2003).

O contato entre culturas distintas leva a manifestações híbridas e a relação entre os europeus e as regiões colonizadas estabeleceu uma imposição de entendimento, cujo processo foi violento e perverso. A colonização, em nome de um progresso, de um desenvolvimento e da modernização, em primeiro lugar, estabeleceu as distinções entre os europeus e os colonizados (NAKASHIMA, 2019).

A trajetória histórica do Brasil é delineada pela dominação colonialista exercida por Portugal, o que resultou na luta territorial entre os brancos europeus portugueses e os povos indígenas nativos, além da exploração dos negros africanos escravizados. Esse contexto de invasão e opressão gerou consequências econômicas, políticas e sociais. Um ponto importante a destacar nessa seara, é o processo de miscigenação, o qual em grande parte foi decorrente da exploração sexual dos colonizadores europeus sobre os povos nativos e os negros escravizados.

De acordo com Santos (2003), “a miscigenação não é a consequência da ausência de racismo, como pretende a razão lusocolonialista ou lusotropicalista, mas certamente é a causa de um racismo de tipo diferente”.

A mestiçagem, de origem violenta, fez parte de um projeto colonial que pretendia diluir a negritude até o ponto em que ela desaparecesse. No entanto, a resistência indomável dos descendentes dos primeiros africanos que foram trazidos para o país sob a condição da

escravidão, criaram variadas estratégias de sobrevivência cultural da identidade negra. Os quilombos, as músicas, as danças, as religiosidades, entre tantos outros aspectos da cultura negra que superaram o castigo, o cárcere e mesmo a morte de tantos negros não permitiram que as hierarquizações raciais fossem capazes de obliterar a negritude no Brasil. Contudo, a força coerciva dos códigos culturais e as imposições de políticas públicas de branqueamento fizeram com que o colorismo também fosse adotado dentro das comunidades negras (DEVULSKY, 2021).

Sobre esse processo de branqueamento ocasionado pela mestiçagem, Silva e Silva (2017) destaca que:

> Com a finalidade de estagnar ou, ao menos diminuir as influências dos caracteres negros na formação da sociedade brasileira, surge um processo de tentativa de branqueamento, por onde buscou-se a impedir as relações inter-raciais entre brancos e negros para justamente mitigar as características raciais do negro nasociedade que se formava e, igualmente, ressaltar a permanência dos caracteres brancos europeus, modelo compreendido como modelo universal de humanidade.

O Brasil português, durante todo o seu processo de colonização, contou com apoio da Coroa para a mestiçagem, o que é um dado relevante ao se pensar o racismo do país. Sobretudo, cabe ressaltar que filhos da interracialidade, socialmente, não foram considerados brancos. Entretanto, para a política de branqueamento da recente nação brasileira, o tom da pele passou a ser referência para a classificação dos grupos étnicos/raciais que contribuíram na construção de uma imagem, estatisticamente, branca para o país (SILVA; LUZIO, 2019).

O perfil demográfico brasileiro traçado pelo IBGE indica que 56% da população do país é negra. Esse grupo, compreendido por não brancos, denominados como pardos e pretos, traçando um elo racial entre estes. Estar em polos opostos em termos raciais significa, historicamente, obter vantagens ou estar submetido a prejuízos, inobstante a adesão ou o repúdio ao sistema hierárquico racial. Os pardos são associados a algum grau de mestiçagem racial, enquanto, por outro lado, não são identificados como brancos por não terem ascendência europeia visível em algum traço físico peculiar. O pardo insere-se na estrutura racial que infere da sua identidade negra as características negativas atribuídas à africanidade desde o processo de escravidão. No entanto, a sua condição mestiça também o beneficia em certas circunstâncias, por sua proximidade à branquitude (DEVULSKY, 2021).

Também denominada de pigmentocracia, ou seja, quanto mais pigmentada uma pessoa, mais exclusão ela sofre, o colorismo destaca um tipo de discriminação que enfatiza os traços físicos do indivíduo, questões determinantes para revelar o valor que a ele seria dado em sociedade. Dessa forma, aqueles definidos como pardos, que possuem pele mais clara, acabam adquirindo mais privilégios em detrimento dos negros com aspectos fenotípicos associados à

descendência africana (SILVA E SILVA, 2017).

Nesse sentido, observa-se que os racismos não se manifestam somente no âmbito privado, mas também por meio de instituições, do Estado, inspirando e se materializando em políticas públicas (LEITE, 2012). Eles podem se instaurar no cotidiano organizacional, gerando, ainda que de forma difusa, desigualdades e iniquidades. Nesses casos, os racismos se apresentam como o fracasso coletivo de instituições e organizações na promoção de um serviço adequado às pessoas em razão de questões raciais (SILVA, 2017).

O racismo institucional pode, assim, ser definido como sendo um "modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último" (WERNECK, 2013).

Às populações e aos corpos racializados não é reconhecida a mesma dignidade humana que é atribuída aos que os dominam. São populações e corpos que, apesar de todas as declarações universais dos direitos humanos, são existencialmente considerados sub-humanos, seres inferiores na escala do ser, e as suas vidas pouco valor têm para quem os oprime, sendo vítimas do racismo, da xenofobia, da expulsão das suas terras para abrir caminho aos megaprojetos mineiros e agroindustriais e à especulação imobiliária, da violência policial e das milícias paramilitares, do tráfico de pessoas e de órgãos, do trabalho escravo designado eufemisticamente como "trabalho análogo ao trabalho escravo" para satisfazer a hipocrisia bem-pensante das relações internacionais, da conversão das suas comunidades de rios cristalinos e florestas idílicas em infernos tóxicos de degradação ambiental. Vivem em zonas de sacrifício, a cada momento em risco de se transformarem em zonas de não-ser (SANTOS, 2018).

4.2 Racismo Ambiental e Injustiça Ambiental

A expressão racismo ambiental, ainda pouco citada nos debates acerca do racismo e as desigualdades sociais no Brasil, foi utilizada pela primeira vez nos Estados Unidos pelo reverendo Benjamim Chavis, durante sua participação como líder na luta contra as injustiças sociais em Warren County, na Carolina do Norte.

Na ocasião, início dos anos 1980, a população negra dessa cidade lutava desde o final da década anterior para que os rejeitos tóxicos não fossem depositados naquele local, visto que, entre outros efeitos, tais rejeitos contaminavam o lençol freático superficial da região. Em 1982, a situação atingiu seu clímax quando os habitantes tentaram impedir com os próprios corpos a passagem dos caminhões que depositavam os resíduos no local. Mais de quinhentas pessoas

foram presas durante o protesto que não conseguiu evitar que o carregamento fosse despejado. Porém, a população negra de Warren County não perdeu completamente a batalha: o protesto tornou-se notícia, o governador local se comprometeu com o fechamento imediato e a limpeza do depósito, o qual só terminaria no início do século XXI, e, mais importante ainda, um novo momento para a luta pelos direitos civis havia começado (PORTO et al., 2013).

Nesse contexto, surgiu a luta por Justiça Ambiental, que, de acordo com o Movimento de Justiça Ambiental dos Estados Unidos:

> [É a condição de existência social configurada] através do tratamento justo e do envolvimento significativo de todas as pessoas, independentemente de sua raça, cor ou renda no que diz respeito à elaboração, desenvolvimento, implementação e aplicação de políticas, leis e regulações ambientais. Por tratamento justo entenda-se que nenhum grupo de pessoas, incluindo-se aí grupos étnicos, raciais ou de classe, deva suportar uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas resultantes da operação de empreendimentos industriais, comerciais e municipais, da execução de políticas e programas federais, estaduais, ou municipais, bem como das consequências resultantes da ausência ou omissão destas políticas (ACSELRAD; MELLO; BEZERRA, 2009, p. 16).

Dessa forma, a Injustiça Ambiental pode ser descrita como o tratamento díspar de determinado grupo ou comunidade com base na raça, classe, ou outra característica distintiva, pelo que se evidencia sua íntima relação com o racismo institucional e a razão porque no seio do movimento por Justiça Ambiental norte-americano se incorpora à luta contra o racismo ambiental (ALMEIDA, 2016).

Para Abreu e Bussinguer (2017), o Movimento de Justiça Ambiental visa a defesa e a luta por melhores condições de vida dos grupos sociais excluídos pelo processo econômico e político. As reivindicações originais dos negros norte-americanos se relacionavam com condições de saneamento básico, contaminação das pessoas e das moradias e disposição de lixo.

No Brasil, a temática toma relevância em 2001, quando representantes de movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, ONGs, entidades ambientalistas, organizações de afrodescendentes, organizações indígenas e pesquisadores universitários, do país, Estados Unidos, Chile e Uruguai, reuniram-se no Colóquio Internacional sobre Justiça Ambiental, Trabalho e Cidadania, realizado em Niterói, no Rio de Janeiro (MMA, 2001).

Nessa ocasião, denunciaram e debateram a preocupante dimensão ambiental das desigualdades econômicas e sociais existentes nos países representados, sendo a Injustiça Ambiental, que caracteriza o modelo de desenvolvimento dominante no Brasil, o foco das discussões. Esses debates resultaram no Manifesto de Lançamento da Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RJBA), o qual menciona que:

> Entendemos por injustiça ambiental o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do

> ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis (MMA, 2001).

Em novembro de 2005, foi realizado o I Seminário Brasileiro contra o racismo ambiental, organizado pelo grupo de trabalho - GT Racismo Ambiental e pelo Projeto Brasil Sustentável e Democrático/Fase, em conjunto com o Lactta (Laboratório de Estudos de Cidadania, Territorialidade e Ambiente da Universidade Federal Fluminense)**,** o qual teve como foco o tema do racismo ambiental. O evento contou com a participação de cerca de 90 pessoasde diversos estados, reunindo representantes de grupos envolvidos em conflitos socioambientais, movimentos sociais, ONGs e academia, como forma de propiciar o envolvimento desses diferentes segmentos na luta contra o racismo ambiental, bem como trazendo à luz a importância da utilização desse termo ao abordar a temática (HERCULANO; PACHECO, 2006).

O termo racismo ambiental ainda é escasso nas discussões acadêmicas brasileiras, visto que muitos autores preferem utilizar as expressões Justiça Ambiental e Injustiça Ambiental como forma de trazer uma visão mais ampla sobre a exploração e a degradação da natureza ocasionadas pelas desigualdades sociais, a concentração de poder e a apropriação de territórios. No entanto, o reconhecimento do racismo ambiental é fundamental para que se possa analisar as especificidades e a complexidade das temáticas relacionadas ao assunto.

O racismo ambiental extrapola as questões raciais e étnicas, abarcando as injustiças, os preconceitos e a desigualdade que afligem populações e grupos vulneráveis (ABREU, 2013). Écaracterizado pelo fato de a maior parte dos riscos ambientais socialmente induzidos no processo de extração dos recursos naturais ou na disposição de resíduos no ambiente recair desproporcionalmente sobre os grupos desprovidos de poder e sobre os mais pobres (ACSELRAD; MELLO; BEZERRA, 2009).

4.3 A correlação entre o Racismo Ambiental e a Vulnerabilidade Social

A Constituição Federal destaca em seu Artigo 225 que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações” (BRASIL, 1988). No entanto, a dificuldade na efetivação de políticas públicas e na aplicação de normativas que possam garantir esse direito, atinge de forma mais incisiva as populações mais vulneráveis.

A Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, em seu item II.25, conceitua

a vulnerabilidade:

> II.25 - vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2012).

A vulnerabilidade se refere à condição existencial de indivíduos e grupos populacionais em determinadas circunstâncias de desamparo (MORAIS E MONTEIRO, 2017) e pode ser manifestada sob três aspectos ou dimensões: grau de exposição ao risco, susceptibilidade ao risco e superação diante da materialização do risco. Nessa ótica, os moradores ou grupos sociais mais vulneráveis seriam aqueles mais expostos a situações de risco ou *stress*, mais sensíveis a essas situações e com menor capacidade de se recuperar (DE SHERBININ; SCHILLER; PULSIPHER, 2007; MOSER, 1998). Sendo assim, a vulnerabilidade social está relacionada com as desigualdades sociais que atingem grupos específicos.

De acordo com Abreu (2018), a vulnerabilidade social se direciona às influências das conjunturas econômica e social na vida dos cidadãos. Como seres que vivem em grupamentos sociais, os estes estão suscetíveis a tensões, problemas e injustiças que afetam a todos do mesmo grupo e causam desequilíbrio nas relações dentro da sociedade. A pobreza, a miséria, a fome, a exploração indiscriminada do trabalho, a falta de educação de qualidade, a saúde precária, o racismo ambiental são adversidades que acentuam a vulnerabilidade social.

O relatório do Comitê Internacional de Bioética da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO), publicado em 2013, reconheceu duas categorias fundamentais de vulnerabilidades específicas: a especial e a social. A primeira pode ser temporária ou permanente, causada por incapacidades, doenças ou limitações dos estágios da vida. A segunda, por determinantes políticos e ambientais, aparece por intermédio da cultura, da economia, das relações de poder ou desastres naturais (UNESCO, 2013). A vulnerabilidade socioambiental está incluída nessa segunda categoria e apresenta uma visão global, na qual as características sociais e ambientais se sobrepõem.

A vulnerabilidade ambiental pode ser analisada sob duas perspectivas. A primeira e mais comum está relacionada ao ser humano e à sua suscetibilidade à lesões causadas pelas condições do meio ambiente e desastres ambientais, bem como pela falta de recursos naturais. A segunda se vincula à natureza em si e sua fragilidade frente às agressões humanas (ABREU, 2018).

Os riscos advindos da própria natureza, as catástrofes naturais, afetam todos os

envolvidos, embora a capacidade de recuperação de áreas mais favorecidas financeiramente seja maior. Além disso, há a influência da ação humana na natureza, que utilizando como justificativa a necessidade de progresso, acaba por afetar os mais pobres e que vivem à margem da sociedade. Como exemplo disso, podemos destacar a instalação de fábricas e a disposição de resíduos em lixões a céu aberto, as quais comumente ocorrem em bairros mais afastados e ocupados em sua maioria por pessoas de baixa renda. Nesse contexto que é possível evidenciar a noção de racismo ambiental e toda a conjuntura econômica e social que envolve esse tema.

4.4 Racismo Ambiental, Urbanização, Saúde Coletiva e Pandemia

O processo de urbanização no Brasil é permeado por desigualdades sociais, principalmente no que se refere às questões relacionadas à raça, gerando uma realidade de segregação espacial e exclusão social. Ao analisar o contexto histórico do racismo no mundo, é possível observar que a ideia de raça abrange toda forma de discriminação de pessoas e grupos, seja pela cor da pele, assim como pela cultura, nacionalidade, religião e até mesmo ascendência.

A urbanização brasileira, pelo fato de ser acelerada e concentrada nas grandes metrópoles, intensificou a exclusão social que passa a se manifestar no interior das grandes cidades diferenciando o uso do solo urbano e aumentando as desigualdades sociais. A segregação socioespacial é uma das características mais marcantes dessa exclusão social, pois o espaço é separado de acordo com o nível de renda e prosperidade econômica. Nesse sentido temos uma parte cidade ligada ao capital, à modernidade e uma outra parte ligada à síndrome do medo, da insegurança e da instabilidade. Nesse aspecto, a exclusão social nas cidades é marcada pela dificuldade de acesso aos serviços de infraestrutura urbana, bem como menores oportunidades de emprego formal, de profissionalização, maior exposição à violência urbana, à injustiça social e o preconceito racial (COUTO, 2008).

A população de baixa renda, em sua maioria negra, é a maior vítima dos impactos da degradação ambiental e não tem voz na tomada de decisões para solucionar os problemas enfrentados. No Brasil, as populações com menores recursos financeiros e políticos são, em geral, as que recebem os maiores impactos da degradação ambiental e também as que possuem menor poder para definir qual deve ser o uso dado ao meio ambiente e aos recursos naturais de seus territórios. (HERCULANO; PACHECO, 2006).

O racismo ambiental diz respeito às injustiças sociais e ambientais que recaem de forma desproporcional sobre etnias vulnerabilizadas. O princípio da justiça ambiental é que populações vulneráveis não sejam expostas a uma carga maior de problemas ambientais, tais

como áreas sujeitas à inundação, escorregamentos, contaminadas, com falta de infraestrutura urbana, serviços públicos e arborização em seus locais de residência. Quanto maior a concentração dos problemas ambientais decorrentes da ausência dos serviços públicos e infraestrutura urbana entre a população mais vulnerável, maior a injustiça ambiental. A identificação da justiça ambiental constitui-se num importante instrumento para o planejamento por parte dos órgãos públicos e fornece argumentos consistentes para a sustentação das reivindicações de movimentos sociais (MORATO *et al.,* 2019).

De acordo com Santos (2007), o valor do indivíduo depende, em larga escala, do lugar onde está. Em nosso país, o acesso aos bens e serviços essenciais, públicos e até mesmo privados é tão diferencial e contrastante, que uma grande maioria de brasileiros, no campo e na cidade, acaba por ser privada desses bens e serviços. Às vezes, tais bens e serviços simplesmente não existem na área, às vezes não podem ser alcançados por questão de tempo ou de dinheiro.

Haesbaert (2021) destaca que, como pano de fundo para a emergência de lutas territoriais "de baixo para cima", encontramos um amplo emaranhado de relações sociais contraditórias que geram uma das sociedades mais desiguais e violentas do planeta. Trata-se daquilo que muitos autores propuseram denominar modelo ou padrão econômico neoextrativista, em expansão nas duas últimas décadas em toda a América Latina. Ele reforçou, ao mesmo tempo, o papel da terra/dos territórios na construção da sociedade e corroborou uma dinâmica histórica de espoliação colonial e concentração da renda e da terra, marcada por uma estrutura patriarcal-patrimonialista extremamente autoritária.

Esse modelo econômico extrativista impõe a delimitação do que se denomina "territórios de sacrifício" (a serem "sacrificados" em prol de um pretenso desenvolvimento) em função da acumulação ilimitada e da exploração predatória dos recursos. Trata-se de um "modo particular de acumulação" (TERAN, 2016) ou um modelo de produção fundado na extração em massa/superexploração de recursos naturais não processados (GUDYNAS, 2009).

O espaço urbano é constantemente transformado pelos modos de produção capitalista, gerando conflitos pelas diferentes intencionalidades dos agentes sociais que são o Estado e os agentes de iniciativa privada (OLIVEIRA, 2014). Diversas alterações sociais ocorreram à medida que crescia a industrialização, com isso alguns obstáculos ao planejamento e desenvolvimento da sociedade passaram a ser ocorrentes (LEFEBVRE, 2008).

Santos (2020) evidencia que os três princípios de regulação das sociedades modernas são o Estado, o mercado e a comunidade. Nos últimos quarenta anos foi dada prioridade absoluta ao princípio do mercado em detrimento do Estado e da comunidade. A privatização

dos bens sociais coletivos, tais como a saúde, a educação, a água canalizada, a eletricidade, os serviços de correios e telecomunicações e a segurança social, foi apenas a manifestação mais visível da prioridade dada à mercantilização da vida coletiva. Mais insidiosamente, o próprio Estado e a comunidade ou sociedade civil passaram a ser geridos e avaliados pela lógica do mercado e por critérios de rentabilidade do capital social.

Na grande cidade, há cidadãos de diversas ordens ou classes, desde o que, farto de recursos, pode utilizar a metrópole toda, até o que, por falta de meios, somente a utiliza parcialmente, como se fosse uma pequena cidade, uma cidade local. A rede urbana, o sistema de cidades, também tem significados diversos segundo a posição financeira do indivíduo. Há, num extremo, os que podem utilizar todos os recursos presentes, seja porque são atingidos pelos fluxos em que, tomado mercadoria, o trabalho dos outros se transforma, seja porque eles próprios, tornados fluxos, podem sair à busca daqueles bens e serviços que desejam e podem adquirir. Na outra extremidade, há os que, pobres de recursos, são prisioneiros do lugar, isto é, dos preços e das carências locais. Para estes, rede urbana é uma realidade onírica, pertence ao domínio do sonho insatisfeito, embora também seja uma realidade objetiva (SANTOS, 2007). A atual crise planetária desencadeada pela pandemia do COVID-19 está mergulhada em problemáticas de ordem geográfica. O território e os processos de des-reterritorialização nunca foram tão relevantes como agora, no combate à expansão do vírus (HAESBAERT, 2020).

Santos (2020) destaca que as pandemias mostram de maneira cruel como o capitalismo neoliberal incapacitou o Estado para responder às emergências. As respostas que os Estados estão a dar à crise variam de Estado para Estado, mas nenhum pode disfarçar a sua incapacidade, a sua falta de previsibilidade em relação a emergências que têm vindo a ser anunciadas como de ocorrência próxima e muito provável. Ainda na perspectiva do autor, o colonialismo e o patriarcado estão vivos e reforçam-se nos momentos de crise aguda. Os corpos racializados e sexualizados são sempre os mais vulneráveis perante um surto pandêmico. Os seus corpos estão à partida mais vulnerabilizados pelas condições de vida que lhes são impostas socialmente pela discriminação racial ou sexual a que são sujeitos.

Os pouco esclarecidos dizem que o vírus “é democrático”, que “atinge a todos por igual”. O vírus não tem nada de democrático – primeiro, porque afeta de modo mais brutal os já mais fragilizados: idosos, enfermos, PcD e os mais pobres; segundo, porque, ao exigir para seu combate a autocontenção (ou reclusão temporária), ela só é realmentepossível e segura para os mais ricos, que dispõem de condições para o distanciamento social e o isolamento (HAESBAERT, 2020).

De acordo com Horton (2020), a doença resultante da infecção pelo SARS-CoV-2 não

pode ser compreendida nos mesmos moldes das emergências de saúde pública que acometeram anteriormente a população mundial. A abordagem da ciência que guiou os governos a partir da modelagem de epidemias de doenças infecciosas e as intervenções focadas no corte das linhas de transmissão para controlar a propagação do patógeno mostram-se restritos e inadequados para a COVID-19. Neste sentido, o modelo conceitual de sindemia constitui-se em mais adequado para explicar a disseminação e as repercussões da epidemia do novo coronavírus.

Sindemias são caracterizadas pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações (SINGER *et al.*, 2017). Ainda de acordo com a teoria, os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Assim, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros (MENDENHALL *et a.l*, 2017).

Um aspecto notável dessa teoria são as previsões sobre como as interações entre as epidemias amplificam a carga de doenças e sobre como as autoridades de saúde pública podem intervir efetivamente para mitigar esses efeitos (TSAI *et al.*, 2017). Frente a um quadro sindêmico, deve-se não apenas prevenir ou controlar cada doença isoladamente, mas sobretudo as forças que unem e determinam essas doenças (SINGER *et al.*, 2017).

Como a COVID-19 demonstrou apresentar um processo de contaminação acelerado, os órgãos competentes começaram a divulgar medidas tradicionalmente já utilizadas no enfrentamento de pandemias, como o uso de máscaras, a quarentena, o isolamento social, a higienização das mãos, fechamento de fronteiras, dentre outras. No entanto, foi observado que mesmo aderindo a esses protocolos para evitar a disseminação do vírus, indivíduos com doenças pré-existentes, tais como diabetes, câncer, asma, hipertensão, obesidade, assim como enfermidades autoimunes, apresentaram um maior risco de mortalidade pela Covid-19, sendo identificadas como pessoas do grupo de risco.

Outro fator importante, conforme já mencionado, é o contexto social, visto que os indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade estão mais susceptíveis à contaminação. Para essas pessoas, a adoção de medidas higiênico-sanitárias recomendadas pelos órgãos competentes foge da realidade enfrentada, uma vez que muitos residem em locais sem saneamento básico e sem água encanada. Cumpre frisar que o acesso à saúde para a população que vive à margem da sociedade também é dificultado, fazendo com que desenvolvam precocemente doenças consideradas do grupo de risco para a COVID-19, ou até mesmo apresentem uma maior morosidade no tratamento destas.

No panorama econômico, é possível observar mais uma vez a situação crítica enfrentada pelos menos favorecidos, não possuindo acesso a uma alimentação adequada, na maior parte dos casos impossibilitados de aderir às medidas de isolamento social por precisarem garantir o sustento da família, ficando expostos a condições de trabalho sem nenhuma garantia de segurança, utilizando para deslocamento transportes públicos lotados, o que evidencia ainda mais a desigualdade social vivenciada.

Dessa forma, entender a COVID-19 como uma sindemia, amplia a visão acerca da situação, indo além da busca apenas por uma vacina ou uma cura. A compreensão de todo o contexto social e econômico que envolve a doença, possibilita o desenvolvimento de estratégias de políticas públicas mais eficazes no combate das desigualdades sociais, resultando no controle da COVID-19, bem como evitando o surgimento de novas doenças que apresentem características semelhantes.

5. DEFICIÊNCIA, SAÚDE GLOBAL E A CIF

5.1 Deficiência e incapacidade: contexto histórico

Analisar o contexto da diversidade e das diferenças humanas, é mister sinalizar o foco de atenção para a forma como os seres humanos lidam com elas. A verdade é que não estamos acostumados "com o diferente". Remete algo que pode causar singularidade, incomodidade. Pode-se dizer que, muitas vezes, não é o fato da diferença que causa a estranhez, mas a expectativa de romper com o esperado, a quebra de expectativa. Sabe-se que a diversidade faz parte da natureza humana e a deficiência é mais uma viabilidade de diferença entre os seres humanos. A PcD encontra-se no grupo do diferente, talvez tenha suas diferenças mais perceptíveis, já que pode possuir sinais ou sequelas mais notáveis (REIS, 2016).

De acordo com Cidade (2001) e Mazzota (2011), no decorrer da história humana, foram diversas as maneiras assumidas pela sociedade em relação aos grupos minoritários. Tais atitudes foram se alterando por influência de fatores econômicos, culturais, filosóficos e científicos. Dependendo das condições vividas em relação a contextualizações políticas, econômicas ou religiosas, a sociedade em questão considerava as PcD como detentoras de bons ou maus espíritos. Dessa forma, as PcD foram tratadas de forma diferenciada, pois estavam sujeitas ao espírito do seu tempo, podendo ser enaltecidas, segregadas ou descartadas.

Grécia, Roma, Egito, e todas as sociedades antigas empregaram maneiras diversas no trato do indivíduo com deficiência; dos cultos ao corpo perfeito e do desprezo pelo imperfeito, até a encarnação de poderes sobrenaturais, chega-se ao assistencialismo cristão. Assim, todo tipo de atitude foi dispensado ao diferente e anormal, que muitas vezes ficava subordinado à atração pública, por ser exótico, ou a segregação, por ser anômalo. Esta situação perdura até meados do século XX, quando os primeiros ventos de valorização da pessoa humana começam a soprar, originados nos movimentos de inclusão e apoiados nos aportes legais internacionais (SOUZA, 2014).

Ao longo do século XX, diferentes modelos conceituais da deficiência foram elaborados. Os primeiros assumiam a deficiência como as características do indivíduo (sua patologia e deficiências) e dependente da sociedade, resultando em ações paternalistas, de segregação e discriminação. Modelos posteriores atribuíram um papel progressivamente crescente ao ambiente (em seus aspectos físicos e sociais), colocavam os indivíduos em uma posição de agentes da sociedade compartilhando aquilo que esta lhes tem a oferecer. Resulta assim, em escolha, direitos humanos, integração social, entre outras ações participativas

(AMPONSAH-BEDIAKO, 2013; MASALA; PETRETTO, 2008). Entre os modelos que foram desenvolvidos, dois ganharam destaque: o Médico e o Social. O primeiro foi elaborado sob a égide da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) e o segundo, sob a CIF .

O modelo médico da deficiência é melhor compreendido sob o aspecto no qual os problemas são inerentes aos contornos do corpo e reconhecidos como infortúnios individuais, tragédias pessoais, causados diretamente por uma doença, um trauma, ou condição de saúde. Requerem cuidado individualizado por profissionais de saúde especializados (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Este modelo tem representação teórica ancorada na ICIDH publicado pela OMS em 1980 e produzido sob a coordenação de Philip Wood. O modelo apresentado tem como objetivo analisar, descrever e classificar as consequências das doenças, assim como apresentar um framework conceitual descrevendo três dimensões: deficiências (impairments), incapacidades (disabilities), e desvantagens (handcaps). Estes três conceitos são apresentados da seguinte forma:

> **Deficiência (impairment):** é a perda ou anormalidade da estrutura, ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Ocorre no nível de órgão ou função do sistema.
> **Incapacidade (disability):** qualquer restrição resultante de uma deficiência para realizar uma atividade dentro da faixa considerada normal para um ser humano.
> **Desvantagem (handcap):** resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede a realização de um papel social normal para esse indivíduo (WHO, 2013).

O modelo compreende três distintos níveis de como uma determinada patologia ou doença pode levar a consequências de experiências individuais (MASALA; PETRETTO, 2008). Em suas primeiras versões os termos deficiência, incapacidade e desvantagem eram utilizados no mesmo sentido (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). As três dimensões são focadas exclusivamente no individuo, estando preocupadas com sua normalidade em determinada situação. O modelo foi amplamente criticado, sobretudo, por reivindicar uma lógica de ligação linear entre as três dimensões por sua sobreposição e pela falta de definições claras de seus principais termos (MASALA; PETRETTO, 2008).

O Modelo Social é um ponto de inflexão, a partir do qual a compreensão e os estudosda incapacidade ultrapassam a biomedicina, incorporando questões do campo das ciênciassociais. Aspectos relacionados à incapacidade como componentes da diversidade humana, respeitando suas necessidades e afirmações políticas, culturais e institucionais visando a justiça social ganham maior protagonismo (SANTOS, 2016).

Este modelo teórico tem origem nos movimentos sociais do Reino Unido, que compuseram uma agenda de discussão baseada na insuficiência e incoerência do modelo

biomédico em descrever a incapacidade como uma experiência de desigualdade e opressão (BARNES et al., 2002).

Com o tempo, o modelo social ganha espaço acadêmico, fomentando revisões das teorias sociais de opressão pelo corpo, junto a outras temáticas, como o feminismo, teorias de gênero e antirracistas, que também denunciaram construções históricas de opressão. Apósesse movimento, o próximo passo foi a revisão de marcos legislativos e jurídicos ao redor domundo para levar adiante incorporações de princípios do modelo social nas políticas públicasvoltadas para as PcD. (SANTOS, 2016).

De um lado, houve a força dos movimentos sociais defensores da guinada da atençãoà deficiência em direção à promoção da justiça social. Do outro, houve a consolidação de um campo cada vez mais forte na área de ciências humanas e sociais denominado *disability studies* (estudos sobre deficiência) para contrapor a hegemonia do saber médico. Frutos desse encontro, marcos legais em acordos internacionais possibilitaram a incorporação da compreensão da deficiência no arcabouço do modelo social para influenciar as ações públicasao redor do mundo (DINIZ, 2007). É o caso da elaboração e publicação da CIF, pela OMS em 2001, orientando os modos de apreender, compreender, descrever e avaliar a deficiência como um estado/condição de saúde (OMS, 2003). Além disso, houve a discussão e a elaboração da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 2006, sendo orientada pelas mesmas diretrizes políticas e conceituais do modelo social da deficiência (BRASIL, 2009).

De acordo com Piovesan (2010), a construção dos direitos humanos da PcD possui quatro estágios. Num primeiro estágio de total intolerância tais pessoas eram consideradas impuras, castigadas pelos deuses. Platão em "A República" e Aristóteles em "A Política" fazem referência à eliminação de crianças nascidas com deformidades, seja por abandono seja atirando-as da cadeia montanhosa de Tygetos na Grécia. Famosa foi a cidade grega de Esparta, onde no reinado de Leônidas, os guerreiros deveriam ser perfeitos para defender suas fronteiras, sendo sumariamente executadas as crianças nascidas com qualquer tipo de deficiência (GUGEL, 2007)

O segundo estágio foi o da invisibilidade. As pessoas eram colocadas em guetos, separadas do resto da humanidade. Como exemplo desta fase tem-se os relatos bíblicos dos leprosos, considerados impuros e segregados por toda a sociedade. Convém salientar a importância da doutrina cristã, principalmente do novo testamento. Com a descrição dos milagres e curas a pessoa deficiente foi trazida para o centro das atenções. Os preceitos do amor ao próximo, do acolhimento e da universalidade dos direitos humanos foram importantes passos

para dar novo enforque a pessoa com deficiência na sociedade (FERRAZ, 2010).

O terceiro estágio, talvez o mais vivenciado no Brasil, foi o assistencialismo. Essencialmente marcado pelos avanços da medicina e a tentativa de curar qualquer limitação. O indivíduo seria o portador de uma enfermidade, e deveria receber a ajuda assistencial por parte da sociedade, enquanto não sobreviesse a cura para a sua doença (FERRAZ, 2010).

A fase que ora se apresenta tem foco nos direitos humanos e na inclusão da pessoa com deficiência de maneira plena em todas as searas sociais. Quem deve ser tratada agora, em que pese a extrema importância da continuidade das pesquisas cientificas que visam minorar limitações, é a sociedade. A doença, na expressão pejorativa da palavra, não está mais centrada na pessoa, mas sim na sociedade que tem profundas dificuldades de lidar com as diferenças, com qualquer pessoa que destoe dos padrões vigentes (FERRAZ, 2010).

A história da construção das políticas públicas no Brasil nos mostra que muitas das conquistas tiveram, como elemento central, a participação dos diferentes segmentos sociais. Os diferentes grupos buscam seus espaços para afirmar seus direitos a partir da organização coletiva. Dentre os vários momentos históricos, destacamos o início dos anos 2000, quando diversos planos, programas e políticas começaram um processo de internalização dos direitos humanos nos planejamentos públicos. As PcD, a partir de normas legais, como as leis da acessibilidade (Leis nº 10.048 e nº 10.098, de 2000) e, posteriormente, da Convenção da ONU sobre os Direitos da PcD, em 2006, trouxeram temas novos para a agenda de direitos. Em 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – o Viver sem Limite, o primeiro a ser dimensionado na perspectiva intersetorial no País, apresentou um novo desafio: um tema que por décadas esteve apenas no cenário da assistência e da educação agora precisava ter novas traduções no âmbito dos operadores de políticas públicas (BORGES; PEREIRA, 2016).

A mudança conceitual da deficiência foi estabelecida pela Convenção dos Direitos da PcD, proclamada pela ONU, que em seu artigo 1º dispõe: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (ONU, 2006).

A Lei Federal n° 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), que regulamenta internamente as disposições da Convenção da ONU, prevê em seu artigo 2º:

> Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longoprazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade emigualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Entretanto, muito embora existam esses comandos normativos, os indicadores

econômicos e sociais apontam no sentido contrário, vale dizer, em que pese a tal proteção jurídica, as pessoas com deficiência estão colocadas à margem da sociedade, relegadas à condição de subcidadania tendo a sua dignidade afrontada, em visível e inegável desrespeito ao princípio constitucional e – mais do que isso – humanitário, portanto, que é o princípio da igualdade (FLORES, 2013).

5.2 A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)

Santos (2016) destaca que nos últimos tempos o estudo sobre a mobilidade e a acessibilidade tem ganhado cada vez mais espaço, principalmente no meio acadêmico. Nesse sentido, são amplas as formas de discussão, englobando desde estudos referentes ao aspecto econômico, de acesso aos bens, de mobilidade de classe, como também estudos sobre o acesso à educação, ao lazer, enfim, aos direitos do cidadão, especialmente da PcD. Esta dimensão da acessibilidade considera a ideia de universalidade como indicador de cidadania. Outra dimensão da acessibilidade é a que está contida nas Leis, a exemplo da Lei 13.146/2015 a qual define acessibilidade, em seu Artigo 3º, parágrafo I, como sendo:

> Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo,tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

De acordo com Souza (2014), todo o processo de valorização e visibilidade da PcD vai ao encontro do conceito de inclusão social, que, em sentido mais amplo, significa possibilitar a elas, o respeito às necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade. Desta forma, em 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a CIF. Esse documento representa uma mudança na abordagem e nos procedimentos em relação à PcD. A adoção de novos fatores filosóficos e metodológicos foi determinante ao transferir o olhar da incapacidade e doença, para a capacidade do indivíduo em se relacionar com o seu ambiente, transferindo do indivíduo a incapacidade de mobilidade, e centrando o enfoque no espaço vivenciado pela pessoa com deficiência.

A CIF apresenta uma visão acadêmica, sendo considerada uma fonte rica de termos, conceitos e relações para terminologias formais, delimitando um ponto de partida para o desenvolvimento do conhecimento do campo (HARRIS, 2003). Trata de definições onde o próprio termo, ou qualquer sinônimo, não deve aparecer na definição, evitando circularidade.A seguir são apresentadas as definições da CIF no contexto de saúde:

> **Funcionalidade** é um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo,

> atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
> **Incapacidade** é um termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
> **Funções do corpo** - As funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas). Estruturas do corpo - Partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
> **Deficiências** - Problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda.
> **Atividade** - A execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
> **Participação** - Envolvimento em situações da vida diária.
> **Limitações de atividade** - Dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
> **Restrições de participação** - Problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.
> **Fatores ambientais** - O ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estes são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa (OMS, 2003).

O marco conceitual adotado para investigação das PcD no Censo Demográfico de 2010 buscou se adaptar à CIF divulgada pela OMS em 2001. Dessa forma, o IBGE consolidou a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em consonância com a concepção da Convenção de Direitos da PcD, aprovada no âmbito das ONU em 13 de dezembro de 2006 (IBGE, 2018).

A CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo. Tal percepção traz maior clareza sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência, permitindo descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições. A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (OMS, 2004).

O questionário utilizado em 2010 pelo IBGE foi construído a partir de propostas elaboradas pelo Grupo de Washington. A partir desse modelo de abordagem, o IBGE realizou uma série de estudos – incluindo um teste cognitivo e uma prova piloto – elaborados em parceria com outros países do Mercosul, além de análises e consultas aos usuários externos e internos das informações. Esses estudos buscaram avaliar e validar o conjunto de perguntas propostas pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre PcD (*Washington Group on Disability Statistics – WG*), criado com o intuito de fomentar a cooperação internacional no

âmbito das estatísticas de pessoas com deficiência (IBGE, 2018).

A análise inicial realizada pelo IBGE das respostas obtidas a partir dessa visão se traduz em 23,9% da população brasileira apresentando alguma dessas deficiências. A classificação abrange indivíduos que tinham “Alguma dificuldade/ Muita dificuldade/ Não consegue de modo algum”. Em 2018 o IBGE editou nota técnica alterando a classificação de PcD através de nova proposta do consenso do Grupo de Washington. São compreendidas somente as que relataram ter “Muita dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010. Com tal mudança o número de pessoas com deficiência cai para 6,7% da população (IBGE, 2018).

Sabariego *et al.* (2015) discutem a utilização das perguntas desenvolvidas pelo Grupo de Washington como indicador para amostras censitárias e como perguntas de triagem para a identificação desses sujeitos. Afirma que a utilização destas perguntas como triagem levam a imprecisas taxas de pessoas com incapacidade e à exclusão daqueles que tenham baixa ou moderada incapacidade. Estas pessoas já experimentam importantes barreiras diárias e possuem necessidades diferentes das pessoas com incapacidades severas e daquelas sem incapacidade. Por fim, estão sujeitas à deterioração de suas incapacidades. Em um sistema de saúde universal, orientado para equidade, seria coerente dar o foco àqueles com maiores incapacidades, mas sem excluir os demais.

5.3 Deficiência, acessibilidade e inclusão social

Estima-se que até 2050, 66% da população mundial, 15% delas PcD,estará vivendo nas cidades. Nesse sentido, é fundamental que as políticas de desenvolvimentourbano do mundo possam garantir que as futuras cidades, vilas, infraestruturas e serviços urbanos básicos sejam mais acessíveis ao meio ambiente, fáceis de usar e inclusivos para todasas pessoas (WHO, 2015).

Embora a urbanização possa trazer benefícios econômicos e de saúde, a urbanização rápida e não planejada pode ter muitos impactos negativos para a saúde e no âmbito social e ambiental, que atingem mais fortemente os mais pobres e vulneráveis. As desigualdades na saúde são talvez mais gritantes nas áreas urbanas, às vezes variando de rua para rua. Migrantes e outros grupos desfavorecidos tendem a agrupar-se nos bairros mais carentes e ambientalmente degradados, com menos mobilidade, oportunidades de trabalho e educação, acesso mais precário a serviços de saúde e resultados de saúde abaixo da média (WHO, 2021).

Durante a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável de 2012, os Estados Membros concordaram em lançar um processo para desenvolver um conjunto

de ODS para suceder os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujo período de realização termina em 2015. Os ODS devem abordar todas as três dimensões do desenvolvimento sustentável (ambiental, econômico e social) e ser coerentes e integrados à agenda de desenvolvimento global das Nações Unidas para além de 2015. Os ODS previstos têm um horizonte temporal de 2015 a 2030 (WHO, 2015).

Figura 12 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Fonte: PNUD Brasil (2022).

A deficiência é referenciada em várias partes dos ODS e especificamente no que se refere à educação, crescimento e emprego, acessibilidade a assentamentos humanos, bem como coleta de dados e monitoramento dos ODS:

> O **Objetivo 4** sobre educação inclusiva e equitativa de qualidade e promoção de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos se concentrana eliminação das disparidades de gênero na educação e na garantia de igualdade de acesso a todos os níveis de educação e treinamento vocacional para os vulneráveis, incluindo pessoas com deficiência. Além disso, a proposta pede a construção e modernização de instalações educacionais que sejam sensíveis à criança, deficiência e gênero e também forneçam ambientes de aprendizagem seguros, não violentos, inclusivos e eficazes para todos.
> No **Objetivo 8**: promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos, a comunidade internacional visa alcançar emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas as mulheres e homens, inclusive para pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor.
> Intimamente ligado está o **Objetivo 10**, que busca reduzir a desigualdade dentro e entre os países, capacitando e promovendo a inclusão social, econômica e política de todos, incluindo pessoas com deficiência.
> O **Objetivo 11** trabalharia para tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros e sustentáveis. Para atingir este objetivo, os Estados- Membros são chamados a fornecer acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis,acessíveis e sustentáveis para todos, melhorando a segurança rodoviária, nomeadamente através da expansão do transporte público, com especial atenção às necessidades das pessoas

> em situações vulneráveis, como pessoas com deficiências. Além disso, a proposta pede o acesso universal a espaços verdes e públicos seguros, inclusivos e acessíveis, especialmente para pessoas com deficiência.
> O **Objetivo 17** enfatiza que para fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável, a coleta de dados e o monitoramento e prestação de contas dos ODS são cruciais. Os Estados-Membros são chamados a reforçar o apoio ao reforço das capacidades dos países em desenvolvimento, incluindo os países menos desenvolvidos (PMD) e os pequenos estados insulares em desenvolvimento (SIDS), o que aumentaria significativamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, oportunos e fiáveis, que também são desagregados por deficiência (WHO, 2015).

A Lei Federal n° 13.146/2015, em seu art. 3º, inciso I, descreve o conceito de acessibilidadenos seguintes termos:

> Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se: I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (BRASIL, 2015).

Ambientes, infraestruturas, equipamentos e serviços urbanos podem impedir ou possibilitar, perpetuar a exclusão ou fomentar a participação e inclusão de todos os membros da sociedade. As pessoas com deficiência enfrentam uma falta generalizada de acessibilidade aos ambientes construídos, desde estradas e habitação, a edifícios e espaços públicos, serviços urbanos básicos, como saneamento e água, saúde, educação, transporte e programas de resposta a emergências. Barreiras à informação e comunicação, incluindo tecnologias relevantes e atitudes culturais, incluindo estereótipos negativos e estigma também contribuem para a exclusão e marginalização de PcD em ambientes urbanos (WHO, 2015).

Para Barcellos (2012), a acessibilidade é um direito instrumental, pois dá acesso aos demais direitos:

> [...] é o mecanismo por meio do qual se vão eliminar as desvantagens sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, pois dela depende a realização dosseus demais direitos [...]. A acessibilidade, nesse sentido, é uma pré-condição ao exercício dos demais direitos por parte das pessoas com deficiência. Sem ela não há acesso possível às pessoas com deficiência. Por isso a acessibilidade é tanto um direito em si quanto um direito instrumental aos outros direitos.

Com o objetivo de solucionar o grande problema da acessibilidade, o desenho universal se mostra como algo inovador, que reúne estudos jurídicos e arquitetônicos/urbanísticos. O Decreto nº 5.296/04, em seu art. 8º, IX, assim define desenho universal:

> [...] concepção de espaços, artefatos e produtos que visam atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade (BRASIL, 2004).

Já a Lei Federal n° 13.146/2015, em seu art. 3º, inciso II, acrescenta à definição de desenho universal:

> [...] concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva (BRASIL, 2015).

É importante notar que o desenvolvimento de infraestruturas urbanas, instalações e serviços que são projetados e construídos seguindo princípios de acessibilidade ou desenho universal inclusivo, desde os estágios iniciais de planejamento e projeto, incorre em custos adicionais equivalentes a aproximadamente menos de 1% do custo total. Os retornos, é claro, levam a muito mais benefícios para todos os usuários do serviço, com menos acidentes, mais diversidade da sociedade capturando pessoas de todos os talentos e habilidades (WHO, 2015).

5.4 Deficiência, Vulnerabilidade, Interseccionalidade e Capacitismo

A vulnerabilidade humana se revela de diferentes modos e em diversas dimensões da vida. A vulnerabilidade biológica ou física diz respeito à corporalidade humana (ABREU, 2018). O corpo físico está sujeito a lesões, doenças e incapacidades (TORRALBA Y ROSELLÓ, 1998, 2005; JUNGES, 2007).

A vida, biologicamente considerada, é efêmera e frágil. Tanto as interferências internas, assim como as externas podem causar desequilíbrio na estrutura corpórea humana. No entanto, apesar das situações gerais e comuns que vulneram todas as pessoas, algumas circunstâncias potencializam esta condição universal para alguns seres humanos ou alguns grupos específicos, como ocorre com as PcD, as quais estão sujeitas a uma maior carga de injustiças sociais. Nesse contexto que se insere a vulnerabilidade social (ABREU, 2018).

De acordo com a UNESCO (2013), a vulnerabilidade especial, considerada temporária ou permanente, está relacionada às limitações impostas pelas etapas da própria vida humana, às incapacidades e doenças. A vulnerabilidade social tem determinantes sociais, políticos e ambientais, como a cultura, a economia, as relações de poder e os desastres naturais.

Analisando sob essa ótica, a vulnerabilidade humana ambiental tem relação com "a devastação ambiental [que] impõe riscos que comprometem a vida humana, criando grupos sociais mais vulneráveis, porque são mais frágeis para suportar a desenfreada exploração da natureza" (KLOCK; CAMBI, 2010). Destarte, destaca-se aqui o Racismo Ambiental ocasionado pelas injustiças sociais e uma maior carga de danos ambientais direcionadas para grupos vulneráveis. Nesse cenário, torna-se fundamental compreender a correlação entre essas questões e o capacitismo que afeta as Pcd, impondo a estes uma situação de exclusão e um

acúmulo de vulnerabilidades.

De acordo com Campbell (2008), entende-se o capacitismo como uma atitude que diferencia e desvaloriza as PcD por meio da avaliação da capacidade corporal e/ou cognitiva. O capacitismo transcende os procedimentos, as estruturas e se localiza claramente na arena das genealogias do conhecimento. Há pouco consenso sobre quais atitudes constituem práticas capacitistas. No entanto, podemos dizer que uma das principais características da perspectiva capacitista é a crença de que a deficiência ou a incapacidade é inerentemente negativa devendo essa ser melhorada, curada ou eliminada. A autora também aponta para a existência de uma corponormatividade compulsória, que parteda convicção e do desejo de corpos iguais como base para a igualdade, o que resulta em uma resistência a considerar vidas ontologicamente periféricas como formas distintas de ser humano, a menos que estas seja acentuadamente desvalorizadas.

O capacitismo é estrutural e estruturante, ou seja, ele condiciona, atravessa e constitui sujeitos, organizações e instituições, produzindo formas de se relacionar baseadas em um ideal de sujeito que é performativamente produzido pela reiteração compulsória de capacidades normativas que consideram corpos de mulheres, pessoas negras, indígenas, idosas, LGBTQIA+ e com deficiência como ontológica e materialmente deficientes. As capacidades normativas que sustentam o capacitismo são compulsoriamente produzidas com base nos discursos biomédicos que, sustentados pelo binarismo norma/desvio, têm levado a uma busca de todos os corpos a performá-los normativamente como "capazes", visando se afastar do que é considerado abjeção, bem como possui uma estreita relação com as práticas eugênicas, uma vez que, com base no pressuposto da corponormatividade, justificou-se o uso compulsório de práticas de encarceramento, esterilização involuntária e até de eliminação das PcD (GESSER; BLOCK; MELLO, 2020).

A eugenia surgiu no final do século XIX e início do século XX como um movimento que tentava abordar o que era considerado uma crise na humanidade: a reprodução descontrolada de pessoas consideradas com deficiência mental/intelectual e física (BAYTON 2016; COHEN, 2017).

A eugenia, também chamada de ciência do bem-nascido, foi desenvolvida como um meio para "melhorar" racialmente a herança genética humana. A eugenia positiva consistiu em um programa para incentivar as pessoas consideradas com boas qualidades genéticas a terem muitos filhos "sadios" e "sem defeitos". Já a eugenia negativa envolveu práticas, programas e leis para restringir as pessoas com características genéticas consideradas inadequadas a terem filhos. As pessoas visadas dessa maneira incluíam pessoas com deficiência, pobres, pessoas não

brancas, especialmente aquelas com herança étnica e racial negra e mestiça, profissionais do sexo, imigrantes de outros lugares que não a Europa Ocidental e pessoas de áreas rurais (BLOCK, 2000).

PcD e teóricos atuantes em movimentos sociais iniciaram os questionamentos que rejeitavam o modelo médico e a perspectiva de caridade como paradigmas dominantes para pensar a deficiência. O modelo social, que teve início na década de 1970 no Reino Unido, entende que é a estrutura social que produz a deficiência, uma vez que essa oprime as PcD por meio das múltiplas barreiras sociais que obstaculizam a participação social em igualdade de condições às pessoas sem deficiência (GESSER *et al.*, 2012; 2014).

Entre a década de 1990 e início dos anos 2000, o modelo social da deficiência demonstra a necessidade de análises que tornam mais complexo o entendimento sobre a deficiência, e as críticas feministas entram no campo dos estudos da deficiência com grandes contribuições, como a discussão sobre o cuidado e a interdependência (KITTAY, 2011; 2015).

Um grande potencial surge desse encontro entre a teoria feminista e o modelo social, como por exemplo, a CDPD, que foi construída a partir de um longo diálogo entre a ONU e os movimentos sociais. Esta foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro sob o status de emenda constitucional por meio do Decreto nº 6.949/2009. A partir desse documento, existe um recurso jurídico que possibilita a cobrança, por parte da sociedade civil, da construção de uma sociedade pautada nos direitos das PcD. Outro importante ordenamento jurídico para PcD, conforme já mencionado anteriormemte é a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, instituída em 6 de julho de 2015 (FRIGGI; GESSER, 2020).

De acordo com Akotirene (2019), a interseccionalidade busca visibilizar e legitimar experiências de opressões interligadas pelas chaves identitárias produzidas pela intersecção do racismo, cisheteropatricarcado e capitalismo. A autora aponta a interseccionalidade como ferramenta teórico-metodológica de luta política criada pelas feministas negras a partir das experiências de opressão cotidianamente vivenciadas.

A interseccionalidade, de acordo com Crenshaw (2002), busca visibilizar as consequências da interação entre dois ou mais eixos da subordinação:

> Trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes entre outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Para Taylor (2017), capacitismo tem uma dimensão estrutural, uma vez que ele é estruturante da sociedade e afeta não somente as PcD; e interseccional porque ele atinge as

pessoas de diferentes formas, a depender de suas posições de raça, gênero, deficiência e classe social. Assim, o capacitismo tem contribuído com a patologização de várias populações, “infantilizando-as”, declarando-as fracas, vulneráveis, sem inteligência, propensas à doença, menos avançadas, necessitando eternamente de cuidados. Dentre essas dimensões, destaca-se a desqualificação social de mulheres, pessoas negras, pessoas de países periféricos – imigrantes ilegais e refugiados – que são consideradas como menos capazes.

Nesse sentido, a utilização de uma perspectiva interseccional é fundameental na luta anticapacitista direcionada à emancipação social dessas pessoas. A incorporação da perspectiva interseccional nas pesquisas e práticas sociais em diferentes campos do conhecimento pode contribuir imensamente para rompermos com as práticas voltadas à opressão das PcD e demais grupos oprimidos pela articulação entre sexismo, racismo, classismo, LGBTQIA+fobia e capacitismo (GESSER; BLOCK; MELLO, 2020).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com dados do SISPEC, 435 PcD residem na Colônia Treze e 24 na comunidade do Santo Antônio. Dentre estas, 71 estão alocadas nas proximidades dos lixões. Com a finalidade de contemplar os objetivos da pesquisa, foram realizadas 6 visitas nos povoados Santo Antônio e Colônia Treze, entre os meses de fevereiro e março de 2022, sendo entrevistadas 22 PcD residentes nos arredores dos lixões e que sofrem influência direta dos danos provocados ao meio ambiente e à saúde dessa população, expostas a uma situação de vulnerabilidade social e ambiental. Dessa forma, houve a participação de aproximadamente 30% da população domiciliada no território da pesquisa.

A busca pelas residências dos participantes da pesquisa foi realizada com base nas informações da lista do SISPEC, a qual foi disponibilizada pela SMS de Lagarto. Durante as visitas, constatou-se que muitas das PcD listadas não residiam mais nos referidos povoados, ocasionando a exclusão de alguns participantes, visto que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Além disso, foi observada uma incongruência no que concerne ao diagnóstico do tipo de deficiência mencionado nos dados do SISPEC, posto que algumas das pessoas identificadas na lista relataram não possuir a deficiência ou até mesmo apresentavam outro tipo de deficiência.

Em um estudo realizado por Carneiro, Pereira e Ursine (2017) acerca das percepções dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da PcD que vive no campo, a fala desses trabalhadores, identificados como sendo 01 Médico, 01 Enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem e 06 ACS, revelaram que a deficiência não é prioridade entre as ações desenvolvidas por estes, sendo os principais focos de atenção direcionados para a saúde da criança e da mulher e no atendimento às condições crônicas – hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e saúde mental. O estudo ainda demonstrou que a deficiência é narrada pelos trabalhadores na perspectiva individual, como infortúnio, tragédia pessoal e drama familiar, seguindo a abordagem do modelo biomédico, o qual é criticado pelo modelo social. Essa percepção limitada sobre a deficiência expõe as dificuldades desses trabalhadores em lidar com situações relacionadas às PcD, conforme relatados pelos mesmos, principalmente no que se refere à identificação do tipo de deficiência realizada pelos ACS, o que corrobora com as incongruências encontradas na lista do SISPEC referentes a esses aspectos.

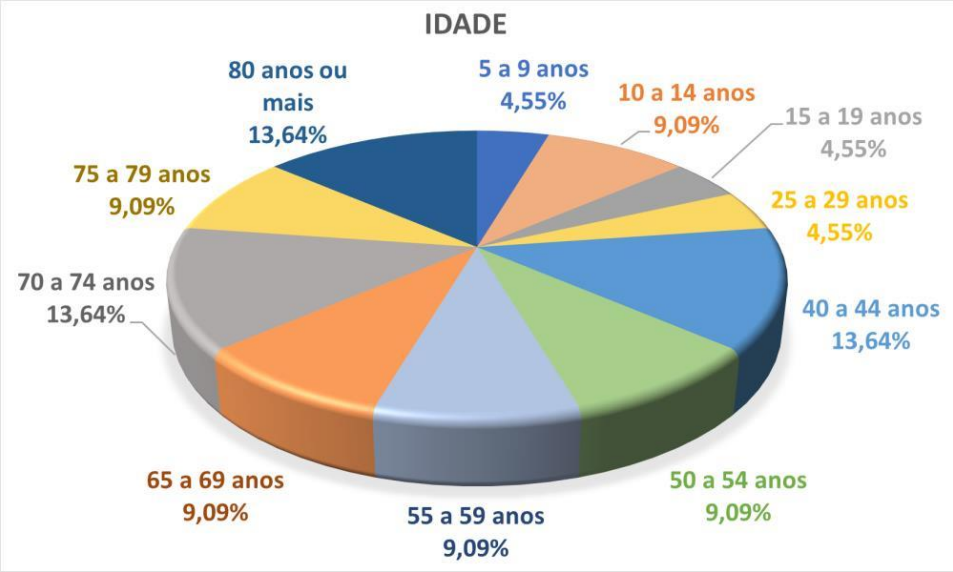
Outro ponto importante a destacar refere-se ao detalhamento incompleto dos endereços contidos no SISPEC, visto que as pessoas responsáveis pelo preenchimento destes formulários abordam maneiras análogas de descrição, as quais em sua maioria apresentaram dados

divergentes em relação às informações cadastradas nos mapas e sistemas de satélite do município, o que dificultou a localização das residências e delimitação da área de pesquisa.

Essas questões evidenciam a importância da realização de capacitações direcionadas para os ACS que possibilitem um entendimento mais amplo acerca da identificação dos tipos de deficiências, favorecendo assim um melhor direcionamento das PcD para os serviços de saúde, bem como na busca por estratégias que promovam a inclusão social dessas pessoas, diante das demandas específicas apresentadas. Nesse cenário, a realização do Curso de Capacitação para os ACS, o qual gerou o Produto Técnico desta pesquisa (Apêndice H), demonstrou ser uma estratégia audaz no processo de inclusão das PcD.

O formulário (Apêndice D) utilizado nas entrevistas foi dividido em duas partes. Na primeira, foi delineado o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Para a variável "idade" não foi estabelecida uma faixa etária específica como critério de inclusão da pesquisa, sendo amediana = 55,5, com a idade mínima de 5 anos e a máxima de 94 (Figura 13).

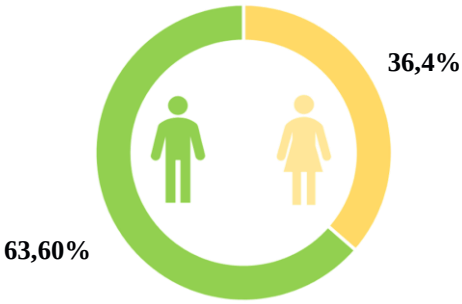
Figura 13 – Distribuição por faixa etária dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Ainda no que se refere ao perfil sociodemográfico da população entrevistada, os dados coletados apontaram que 63,6% dos participantes são do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino (Figura 14).

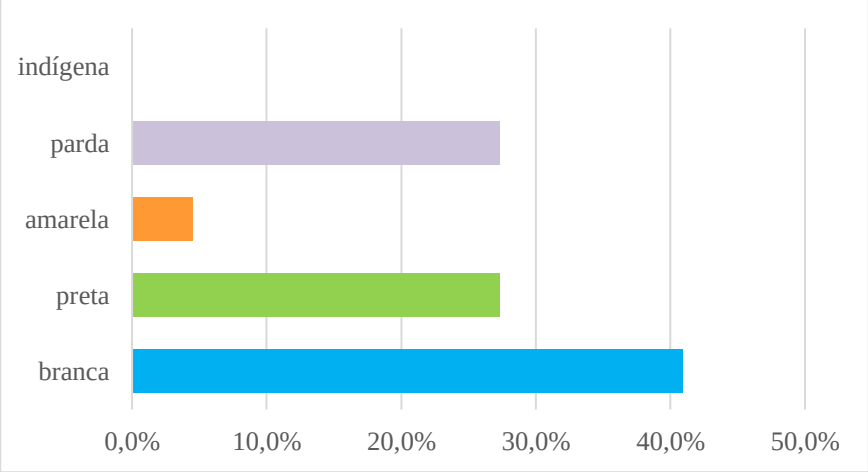
Figura 14 – Distribuição por sexo biológico dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação à cor ou raça, houve um maior quantitativo de participantes autodeclarados como negros (54,6%), sendo 27,3% pretos e 27,3% pardos, seguidos dos que se identificaram como brancos (40,9%) e amarelos (4,5%). Não houve nenhum participante autodeclarado indígena (Figura 15). O Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) refere-se à população negra como "o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela IBGE, ou que adotam autodefinição análoga".

Figura 15 – Distribuição por cor ou raça dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

De acordo com a Nota Técnica nº 43/2015 da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a autodeclaração é utilizada para a coleta de informações no quesito cor ou raça do IBGE, cujas categorias pré-codificadas são: branca, preta, parda, amarela e indígena. Na realidade brasileira, em virtude do processo de miscigenação – impulsionado pelo estupro colonial e pela política de embranquecimento da população –, a categoria pardo é o ponto de maior discussão entre pesquisadores e movimentos sociais. Há estudiosos que entendem que os pardos estariam situados em posição intermediária entre os pretos e os brancos

(OSÓRIO, 2003). Isso se deve ao fato de que os pardos sofreriam menos discriminação racial do que os pretos, embora ambos estejam classificados na categoria negro, segundo o critério cor ou raça estabelecido pelo IBGE (VAZ, 2018).

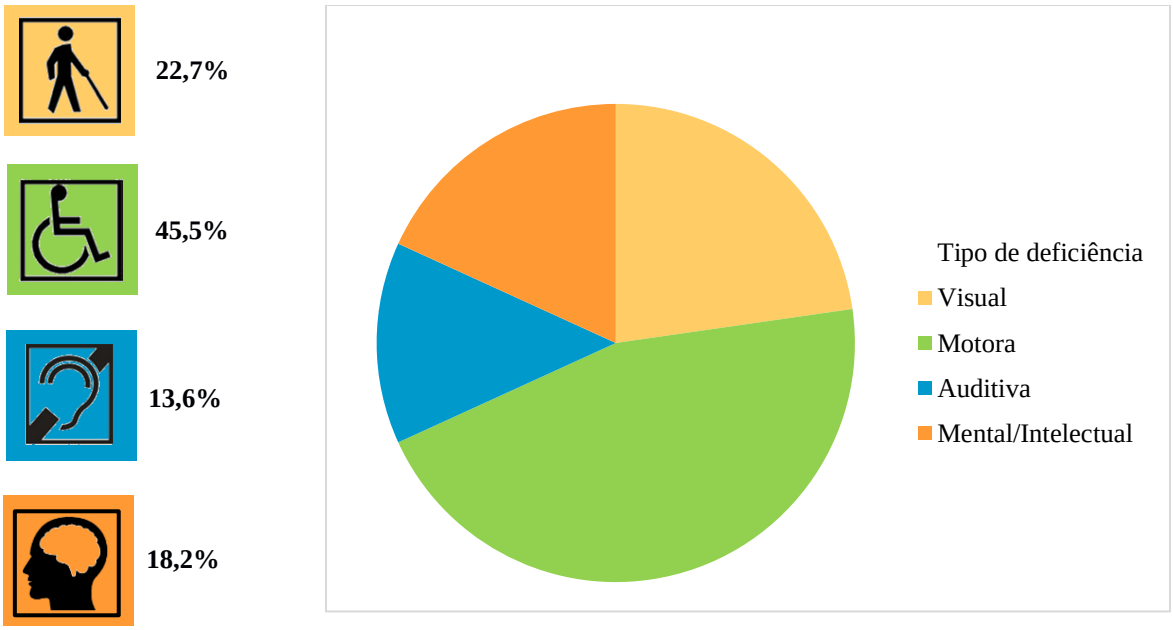
De forma oposta ao que ocorre nos Estados Unidos, no Brasil predomina o preconceito racial de marca (NOGUEIRA, 2006), de modo que a discriminação é praticada por meio de construções sociais que promovem a exclusão de determinadas pessoas, em razão de suas características fenotípicas – tais como cor da pele, traços faciais e textura dos cabelos –, associadas ao grupo étnico-racial a que pertencem. Assim, o racismo à brasileira afeta os indivíduos em virtude de sua aparência racial – que determina sua potencial vulnerabilidade à discriminação racial –, e não de sua ascendência ou composição genética (OSÓRIO, 2003).

Cumpre frisar que o contexto sociorracial local pode se revelar decisivo para fins de determinação da pertença racial dos indivíduos. Isso porque a formação étnico-racial da população brasileira se deu conforme a história de cada região e/ou Estado, impactando de modo relevante na distribuição da diversidade fenotípica das pessoas pelo País. Sob essa perspectiva, um indivíduo considerado negro no extremo Sul do Brasil – região em que a população negra é reduzida e não apresenta a mesma variabilidade fenotípica que em outros Estados da Federação – pode não o ser no contexto sociorracial do Nordeste, por exemplo (VAZ, 2018).

Sob essa ótica, é possível encontrar uma explicação para o quatitativo elevado de participantes da pesquisa que realizaram a autodeclaração como brancos (40,9%) em detrimento dos identificados como pardos (27,3%), posto que diante dos preconceitos já vivenciados por essas pessoas, seja em virtude da deficiência ou pela situação de vulnerabilidade social e ambiental decorrente do local de residência, a ideia de pertencimento como parte de um grupo que, historicamente, possui mais prestígios sociais pode trazer para estes uma sensação de inclusão na sociedade. Nesse sentido, pode-se observar o quanto o racismo estrutural interfere até mesmo nas noções de identificação e pertencimento social.

No que concerne à identificação do tipo de deficiência, participaram 45,5% de PcD motora, 13,6% PcD auditiva, 22,7% PcD visual e 18,2% PcD mental/intelectual (Figura 16).

Figura 16 – Distribuição por tipo de deficiência dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No tocante à infraestrutura dos lixões, notou-se a presença de fumaça proveniente de incêndios, mais proeminentes no lixão do povoado Santo Antônio, bem como uma grande quantidade de vetores alados e aves, além de um intenso odor fétido. Ainda no Santo Antônio, destacou-se a presença de residências improvisadas, construídas com material reaproveitado, e inseridas no lixão (Figuras 17, 18, 19 e 21).

Figura 17 – Lixão do povoado Santo Antônio.

Fonte: arquivo pessoal da autora, 2022.

Figura 18 – Residências improvisadas no Lixão do Santo Antônio.

Fonte: arquivo pessoal da autora, 2022.

Figura 19 – Lixão do povoado Santo Antônio.

Fonte: arquivo pessoal da autora, 2022.

Dando mais ênfase à infraestrutura da região, percebe-se que a maior parte das ruas dos povoados possuem calçamento e 77,3% dos participantes residem em ruas calçadas. No entanto, à medida que diminui a proximidade aos lixões, os calçamentos deixam de existir, fazendo com que os moradores desses locais fiquem expostos à poeira, além de todos os demais fatores prejudiciais à saude anteriormente citados. Insta consignar que os calçamentos dessas ruas são irregulares, dificultando a mobilidade e o deslocamento dessas pessoas (Figura 20).

Figura 20 – Estrada de acesso ao Lixão da Colônia Treze.

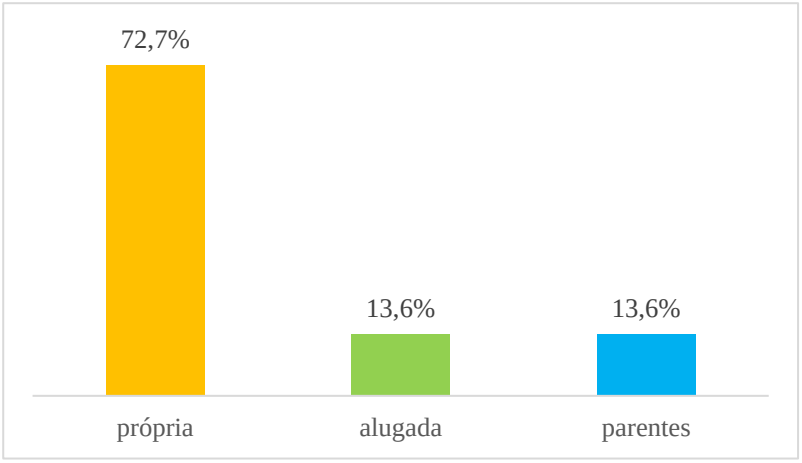
Fonte: arquivo pessoal da autora, 2022.

Figura 21 – Lixão da Colônia Treze.

Fonte: arquivo pessoal da autora, 2022.

No que concerne às condições de infraestrutura e moradia, todos os participantes habitam em residências de tijolo/alvenaria e relataram ter acesso à iluminação pública. Houve um maior quantitativo de entrevistados que possuem residência própria (72,7%), seguidos dos que residem em casas alugadas e de parentes, representando 13,6% cada (Figura 22).

Figura 22 – Tipo de moradia dos participantes da pesquisa.

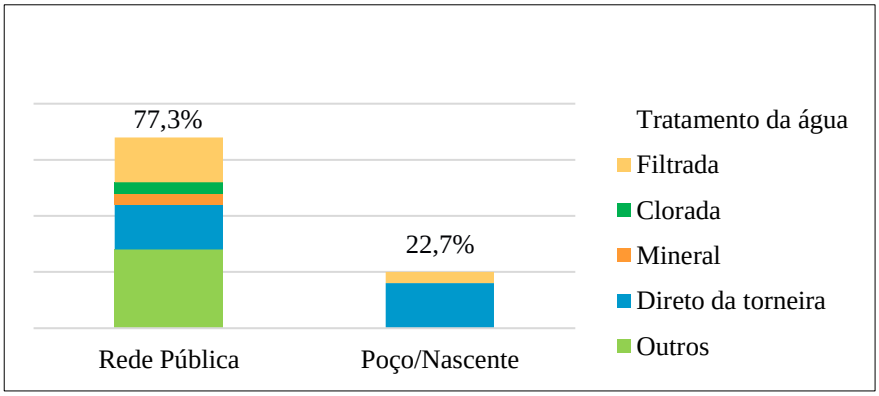


Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No que tange ao abastecimento de água, 77,3% das residências recebem esse serviço via rede pública e o restante, através de poço/nascente. No entanto, 36,4% dos participantes

relataram que bebem água direto da torneira e apenas 22,7% tem acesso a água filtrada (Figura 23). Considerando que os dados do Sisagua apontaram a presença de substâncias com o maior risco de gerar doenças crônicas na água utilizada para consumo em Lagarto, a ingestão de água não filtrada pode ocasionar danos à saúde dessas pessoas.

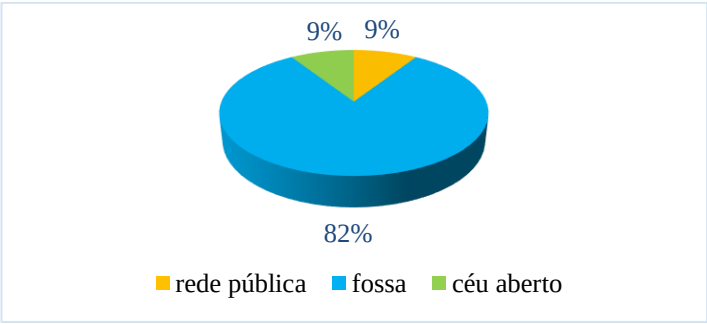
Figura 23 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Abastecimento e tratamento da água.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Referente ao esgotamento sanitário, apenas 9,1% dos habitantes dos povoados Colônia Treze e Santos Antônio que participaram da entrevista contam com esse serviço. Os demais acabam adotando outras formas de coleta e afastamento do esgoto, sendo 81,8% fossa e 9,1% céu aberto (Figura 24). Esses dados corroboram com as informações apresentadas pelo SNIS (2019), as quais demonstraram que apenas 5,32% da população total de Lagarto possui acesso aos serviços de esgotamento sanitário, ficando abaixo da média do Estado (41,8%) e do País (65,87%).

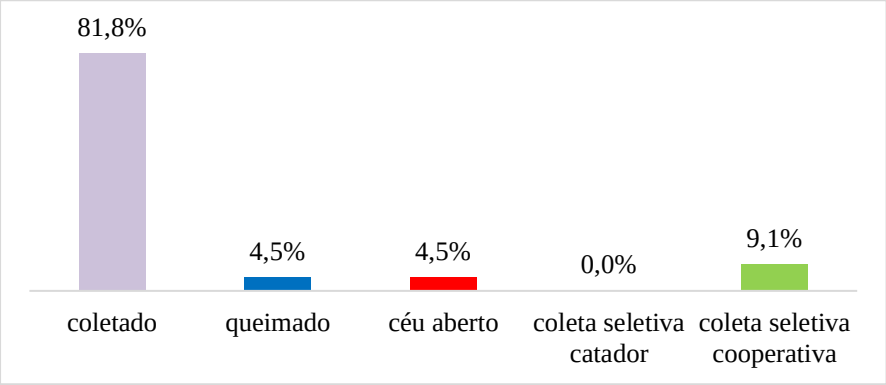
Figura 24 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Esgotamento sanitário.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação ao destino do lixo residencial produzido pelos participantes da pesquisa, 81,8% relataram que há a realização de coleta municipal, seguido de 9,1% que recebem a coleta seletiva por cooperativa, 4,5 % que depositam seus resíduos a céu aberto e 4,5% mencionaram que todo o lixo produzido na residência é queimado (Figura 25).

Figura 25 – Condições de infraestrutura e moradia dos participantes da pesquisa – Destino do lixo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Cumpre frisar que a segunda parte do formulário (Apêndice D) utilizado nas entrevistas consistiu na análise da acessibilidade e na abordagem da funcionalidade através da CIF. Foram incluídas as categorias “atividade e participação” e “fatores ambientais”, as quais estão presentes no *Checklist.* A CIF é útil para uma ampla gama de aplicações diferentes, por exemplo, previdência social, avaliação do gerenciamento da assistência à saúde e estudos de população em níveis local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura conceitual para as informações aplicáveis à assistência médica individual,incluindo prevenção, promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou mitigandoos obstáculos sociais e estimulando a provisão de suportes e facilitadores sociais. Ela também é útil para o estudo dos sistemas de assistência médica, tanto em termos de avaliação como daformulação de políticas públicas (OMS, 2003).

A CIF define “atividade” como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, e “participação” como o ato de se envolver em uma situação vital. Para este estudo, foi utilizado o qualificador “capacidade”, o qual descreve a capacidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Todos os componentes são quantificados por meio da mesma escala genérica. As palavras de qualificação apropriadas, como indicado no Quadro 1, devem ser escolhidas de acordo com o domínio de classificação relevante (OMS, 2003).

Quadro 1 – Quantificadores da CIF.

Quantificadores	Explicação
0 - Nenhuma dificuldade	Significa que a pessoa não apresenta problema para realizar a atividade
1 - Dificuldade leve	Significa um problema que está presente menos que 25% do tempo da pessoa, com uma intensidade tolerável e que ocorre raramente nos últimos 30 dias
2 - Dificuldade moderada	Significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo da pessoa, com uma intensidade que interfere na vida diária e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias
3 - Dificuldade grave	Significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo da pessoa, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias
4 - Dificuldade completa	Significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo da pessoa, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias
8 - Não especificado	Significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade
9 - Não aplicável	Significa que não tem relação com a condição de saúde da pessoa

Fonte: Adaptado pela autora (2022), com base na CIF (OMS, 2003).

Os “fatores ambientais” têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e são organizados em sequência, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral. O construto básico do componente dos “fatores ambientais” é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e de atitude. Os "fatores ambientais” devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. As consequências que os fatores ambientais têm sobre a vida das pessoas com condições de saúde são variadas e complexas e espera-se que futuras pesquisas levem a um entendimento melhor dessa interação e mostrem a utilidade de um segundo qualificador para esses fatores (OMS, 2003). Nesse contexto, para esta pesquisa foi utilizado apenas o primeiro qualificador, o qual indica se o fator é um facilitador ou um obstáculo.

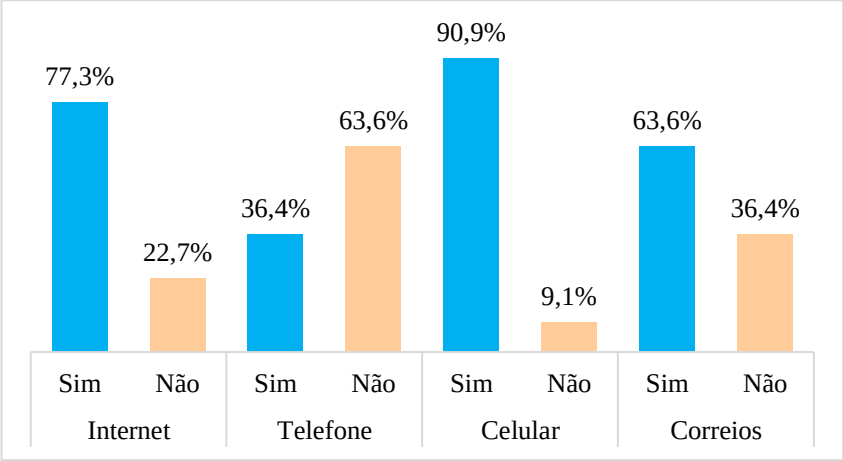
No que se refere ao domínio “Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção (projeto e construção de edifícios, públicos e privados)” todos os participantes relataram como uma barreira para a realização de suas atividades. Nessa mesma direção, 95,5% mencionaram que os “Serviços, sistemas e políticas de planejamento de espaços abertos (projeto,

desenvolvimento e manutenção de áreas públicas e áreas privadas nas zonas rurais, suburbanas e urbanas)" representam uma barreira em suas rotinas. Em relação aos "Produtos e tecnologias usados em projetos, arquitetura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública", 95,5% dos entrevistados identificaram como existindo uma limitação de acesso. De forma semelhante ocorre com os "Produtos e tecnologias usados em projetos, arquitetura, construção e acabamentos de prédios de uso privado", posto que 77,3% destacaram também como uma limitação. Os achados da pesquisa sobre a infraestrutura da região corroboram com essa percepçãodas PcD que residem nos referidos povoados, pois não há a promoção de ações que possam garantir a acessibilidade nos espaços públicos e privados.

Esses dados demonstram a situação de dupla vulnerabilidade na qual essas pessoas estão inseridas, uma vez que além da vulnerabilidade intrínseca em decorrência da deficiência apresentada, são impostas a uma condição de vulnerabilidade extrínseca, diante desse contexto de precariedade da infraestrutura da região. O estudo realizado por Toldrá e Souto (2014) corrobora com essas informações. Os autores explicam que essas condições adversas trazem limitações para o desempenho ao provocar, insegurança, medo de cair ou atravessar a rua. Aliado a isso, o transporte foi evidenciado como sendo uma barreira por todos os participantes, visto que não há transporte público disponível que transite pelas ruas, principalmente as que ficam mais afastadas. Dessa forma, é necessário o deslocamento até o ponto para ter acesso aos ônibus disponibilizados por empresas privadas ou os ônibus escolares do município, o que dificulta a locomoção das PcD.

Em relação ao quesito "Produtos e tecnologias para a comunicação", 72,7% dos entrevistados relataram como sendo um obstáculo, diante da dificuldade de acesso a estes. Da mesma forma ocorre com os "Serviços, sistemas e políticas de comunicação (transmissão e intercâmbio de informações)", uma vez que não há incentivos públicos nesse sentido, com 81,8% dos participantes destacando como uma barreira. No que concerne aos meios de comunicação aos quais possuem acesso, o celular demonstrou ser o mais utilizado entre os participantes da pesquisa, com 90,9%, seguido de internet (77,3%), correios (63,9%) e telefonia fixa (36,4%) (Figura 26).

Figura 26 – Acesso dos participantes da pesquisa aos meios de comunicação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A literatura demonstra que a CIF é uma ferramenta muito eficaz na comunicação entre os profissionais de saúde. Considerando que essa pesquisa tem como finalidade verificar os impactos do racismo ambiental na rotina das PcD, as respostas aos quesitos incluídos em "atividade e participação" foram analisadas sob a ótica do contexto social no qual os entrevistados estão envolvidos, utilizando para tal uma correlação com as informações referentes aos domínios inseridos em "fatores ambientais", não sendo realizadas medidas diretas do desempenho da funcionalidade.

Nesse escopo, o capítulo referente à mobilidade trata do movimento ao mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar, correr ou escalar e quando se utilizam várias formas de transporte (OMS, 2003). Ao analisar as respostas dos entrevistados, foi observado maior grau de dificuldade em atividades como "Dirigir", "Montar animais como meio de transporte" e "Deslocar-se", para as quais 40,9% dos participantes responderam apresentar uma dificuldade completa para as duas primeiras, bem como 22,7% e 18,2% identificaram como grave e completa para a última (Quadro 2).

As atividades "Mudar as posições básicas do corpo", "Manter a posição do corpo", "Transferir a própria posição", "Levantar e transportar objetos", "Mover objetos com os membros inferiores", "Atividades de motricidade fina da mão", "Utilização da mão e do braço", "Deslocar-se por diferentes locais", "Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento" e "Deslocar-se usando transporte" foram as que tiveram menor porcentagem de limitação entre os entrevistados, os quais elencaram como dificuldade leve ou inexistente. Já a categoria "Andar' apresentou, na maioria das respostas, como uma limitação de graduação moderada, com 36,4% dos participantes escolhendo essa opção (Quadro 2).

Quadro 2 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Mobilidade”.

Atividade e Participação							
Mobilidade	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Mudar as posições básicas do corpo	36,4%	13,6%	31,8%	9,1%	9,1%	0%	0%
Manter a posição do corpo	31,8%	22,7%	27,3%	13,6%	4,5%	0%	0%
Transferir a própria posição	50%	13,6%	13,6%	18,2%	4,5%	0%	0%
Levantar e transportar objetos	36,4%	22,7%	18,2%	9,1%	13,6%	0%	0%
Mover objetos com os membros inferiores	40,9%	13,6%	13,6%	22,7%	9,1%	0%	0%
Atividades de motricidade fina da mão	86,4%	0%	4,5%	4,5%	4,5%	0%	0%
Utilização da mão e do braço	63,6%	18,2%	9,1%	4,5%	4,5%	0%	0%
Andar	27,3%	18,2%	36,4%	9,1%	9,1%	0%	0%
Deslocar-se	22,7%	18,2%	18,2%	22,7%	18,2%	0%	0%
Deslocar-se por diferentes locais	45,5%	13,6%	13,6%	9,1%	18,2%	0%	0%
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	45,5%	0%	22,7%	13,6%	18,2%	0%	0%
Deslocar-se usando transporte	36,4%	31,8%	13,6%	9,1%	9,1%	0%	0%
Dirigir	18,2%	9,1%	4,5%	13,6%	40,9%	0%	13,6%
Montar animais como meio de transporte	18,2%	9,1%	13,6%	18,2%	40,9%	0%	0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No que se refere aos recursos assistivos, apenas 50% dos participantes possuem acesso. Nesse sentido, pertinente aos “Produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos”, 77,3% dos entrevistados destacaram como uma barreira. Da mesma forma, 68,2% salientaram que há uma limitação de acesso a “Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária”. É importante ressaltar que a maioria dos participantes do estudo necessitam de equipamentos auxiliares para deslocamento em ambientes internos ou externos, bem como para a execução de demais atividades diárias. Esses dispositivos são fundamentais para o desenvolvimento da funcionalidade das PcD. No entanto, ainda há uma dificuldade de acesso gratuito via serviço público, fazendo com que seja necessário utilizar recursos próprios para a aquisição, estes escassos diante do contexto socio-econômico vivenciado pelos entrevistados.

O capítulo referente ao “Cuidado Pessoal” trata de atividades como lavar-se e secar-se, cuidar do próprio corpo e de partes do corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde (OMS, 2003). As tarefas de “Lavar-se”, “Cuidar das partes do corpo”, “Higiene pessoal relacionada com as excreções”, “Vestir-se”, “Comer” e “Beber” apresentaram um nível de facilidade na execução, visto que foram graduadas pela maioria dos participantes como dificuldade leve ou nenhuma dificuldade. A tarefa “Cuidar da própria saúde” foi a única dessa etapa que os entrevistados relataram como dificuldade leve e moderada, cada uma sendo verificada em 36,4% (Quadro 3). O domínio “Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral” foi definido como limitação por todos os participantes, já que não disponibilizadas cuidadores que possam auxiliar as PcD em suas rotinas, ficando essas atribuições para seus familiares e cônjuges, os quais por muitas vezes precisam abdicar dos seus trabalhos e afazeres para prestar esse suporte. Nesse sentido, 77,3% dos entrevistados relataram que contam com a ajuda de familiares e/ou cônjuges para a realização de atividades diárias.

Quadro 3 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Cuidado Pessoal”.

Atividade e Participação							
Cuidado Pessoal	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Lavar-se	54,5%	22,7%	13,6%	0%	9,1%	0%	0%
Cuidar de partes do corpo	54,5%	18,2%	18,2%	0%	9,1%	0%	0%
Higiene pessoal relacionada com as excreções	63,6%	13,6%	9,1%	0%	13,6%	0%	0%
Vestir-se	50%	22,7%	13,6%	0%	13,6%	0%	0%
Comer	72,7%	13,6%	9,1%	4,5%	0%	0%	0%
Beber	77,3%	13,6%	4,5%	4,5%	0%	0%	0%
Cuidar da própria saúde	36,4%	4,5%	36,4%	4,5%	13,6%	4,5%	0%

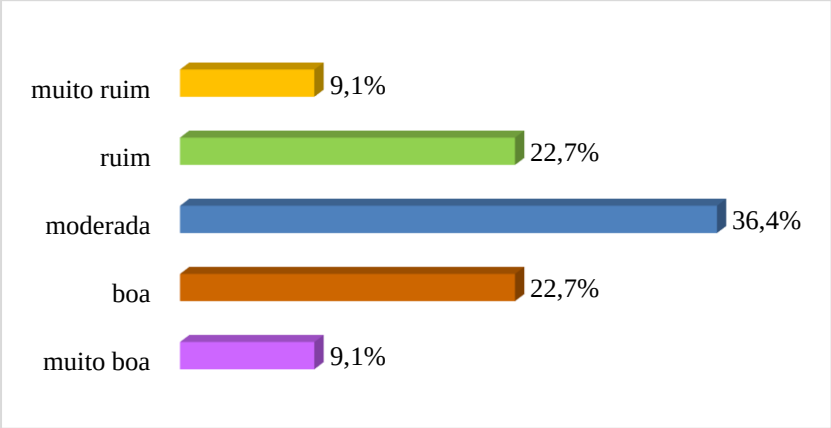
Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador importante que consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (IBGE, 2014). Essa perspectiva de saúde é racionalizada em termos biológicos, como a presença ou não de doenças diagnosticadas. Por outro lado, contém elementos culturais como crenças e comportamentos que envolvem ideias de prevenção à saúde e bem-estar (SIMON *et al.*, 2005). Nesse quesito, em relação à saúde física a maioria dos participantes classificaram como moderada (36,4%). Já para a saúde mental, 45,5% identificaram como boa, sendo que nenhum participante relatou como muito

ruim (Figuras 27 e 28).

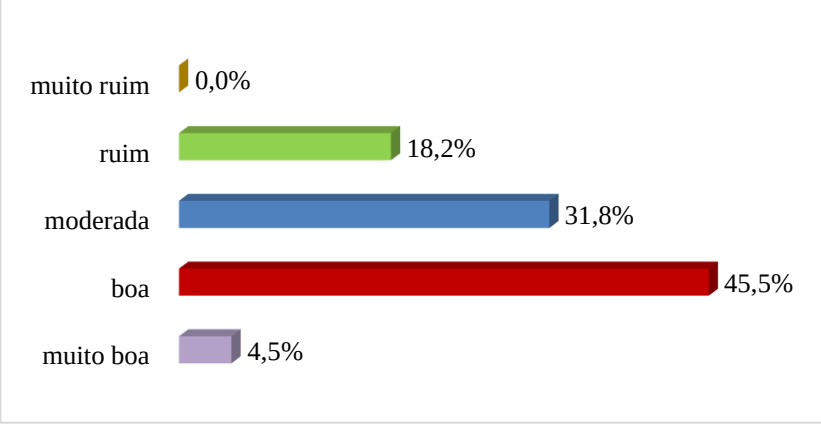
De acordo com dados do IBGE, 66,1% dos brasileiros autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa e apenas 33,9% da população considera sua saúde ruim (IBGE, 2014). Cumpre frisar que uma percepção de saúde negativa impacta na qualidade de vida do indivíduo e está relacionada com condições de adoecimento e menor funcionalidade (BRASIL, 2004). Além disso, um alto percentual de avaliação negativa de saúde é associado na literatura com desemprego, comportamentos de risco e presença de doenças crônicas (KRAJA *et al.*, 2016; MANUTI *et al.*, 2013; LIMM *et al.*, 2012).

Figura 27 – Saúde Física dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Figura 28 – Saúde Mental dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Dentre os participantes, 27,3% relataram ter ocorrido uma redução e 18,2% tiveram uma limitação total das atividades habituais. Insta consignar que apenas 9,1% salientaram a

necessidade de hospitalização no último ano, sendo em sua totalidade decorrente de piora da condição de saúde já apresentada. Quanto aos hábitos de vida, 13,6% eram fumantes e 18,2% consumiam bebida alcoólica e/ou drogas. Estes dados seguem as características da população brasileira, que apresenta cerca de 13% de fumantes entre homens e 9,3% de mulheres tabagistas; e um percentual de 14,9% da população com 18 anos ou mais de idade que consome bebida alcoólica acima do recomendado pela OMS (MALTA *et al.*, 2017). Hábitos de vida semelhantes são detalhados em pesquisas que associaram a incapacidade funcional de adultos no Brasil, China e Polônia com a presença de doenças crônicas e comorbidades (ANDRADE *et al.*, 2015; COSTA FILHO *et al.*, 2018; QIAN; REN, 2016; CWIRLEJ-SOZANSKA *et al.*, 2018).

Vale destacar que, no contexto da pandemia, nenhum participante mencionou ter testado positivo para COVID-19. Alguns relataram que não apresentaram sintomas e os que apresentaram, apontaram a dificuldade de acesso à realização dos testes. Nessa seara, Santos (2020) ressalta as limitações que a sociedade impõe às PcD, fazendo com que se sintam a viver em quarentena permanente. O autor ainda questiona sobre os obstáculos enfrentados pelas PcD:

> Como viverão a nova quarentena, sobretudo quando dependem de quem tem de violar a quarentena para lhes prestar alguma ajuda? Como já há muito se habituaram a viver em condições de algum confinamento, sentir-se-ão agora mais livres que os «não-deficientes» ou mais iguais a eles? Verão tristemente na nova quarentena alguma justiça social? (SANTOS, 2020, p. 20).

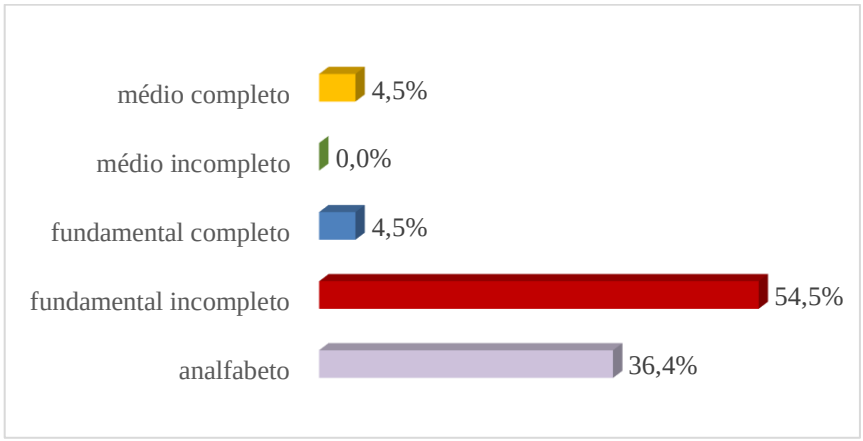
Cumpre frisar que, mesmo existindo no município o Centro Especializado em Reabilitação – CER, o qual é composto por três modalidades de reabilitação (CER III), 72,7% destacaram os “Serviços, sistemas e políticas de saúde” como uma limitação, uma vez que a maioria não possui acesso a serviçosde Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional. Corroborando com esse achado, KUPER *et al.* (2018) evidencia a baixa cobertura de serviços especializados em reabilitação em quase todo o mundo, resultando em uma lacuna assistencial para as PcD.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, 54,5% possuem o fundamental incompleto, 36,4% não foram alfabetizados e apenas 9% concluíramo fundamental completo e o ensino médio completo (sendo 4,5% para cada) (Figura 29). Em relação aos “Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento”, todos os entrevistados relataram como sendo uma barreira, evidenciando a escassez de ações educativas e que promovam a inclusão das PcD nos ambientes escolares.

Esses achados corroboram com os dados demográficos do IBGE (2010), os quais apontam que existem diferenças significativas entre o grau de escolaridade das pessoas com

pelo menos uma das deficiências investigadas e o daquelas sem alguma dessas deficiências. Enquanto 61,1% da população de 15 anos ou mais de idade com deficiência não tinha instrução ou possuía apenas o fundamental incompleto, esse percentual era de 38,2% para as pessoas de 15 anos ou mais que declararam não ter nenhuma das deficiências investigadas, representando uma diferença de 22,9 pontos percentuais. A segunda maior diferença em pontos percentuais foi observada para o ensino médio completo e o superior incompleto, onde o percentual de população de 15 anos ou mais com deficiência foi de 17,7% contra 29,7% para as pessoas sem deficiência. Observou-se ainda que a menor diferença estava no ensino superior completo: 6,7% para a população de 15 anos ou mais com deficiência e 10,4% para a população sem deficiência.

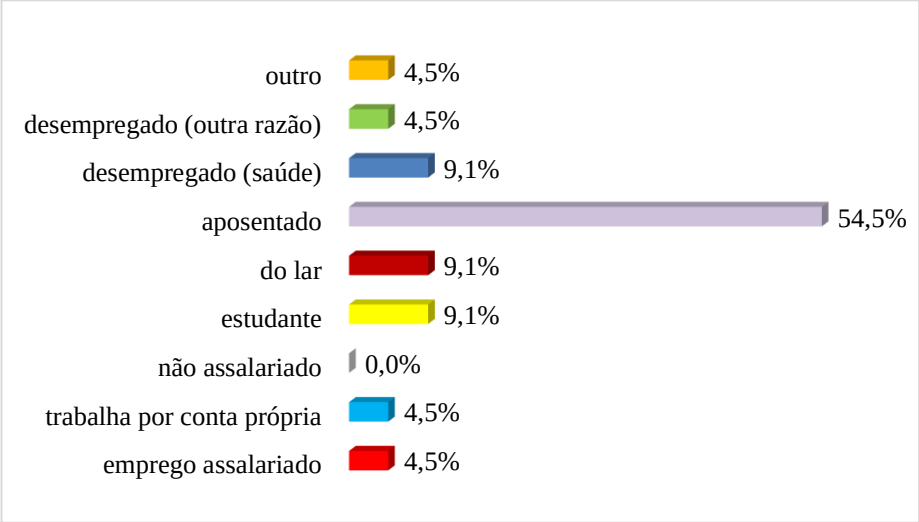
Figura 29 – Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação à ocupação, mais da metade dos participantes são aposentados (54,5%) e apenas 4,5% possuem emprego assalariado (Figura 30). Esses dados demonstram a dificuldade de inserção das PcD no mercado de trabalho. Dentre os que estão em idade de trabalho, todos relataram os “Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego” como uma barreira. Dados da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS (2019) apontaram que a participação dos (as) trabalhadores (as) com deficiência era de apenas 1,1% sobre o total de ocupados formais.

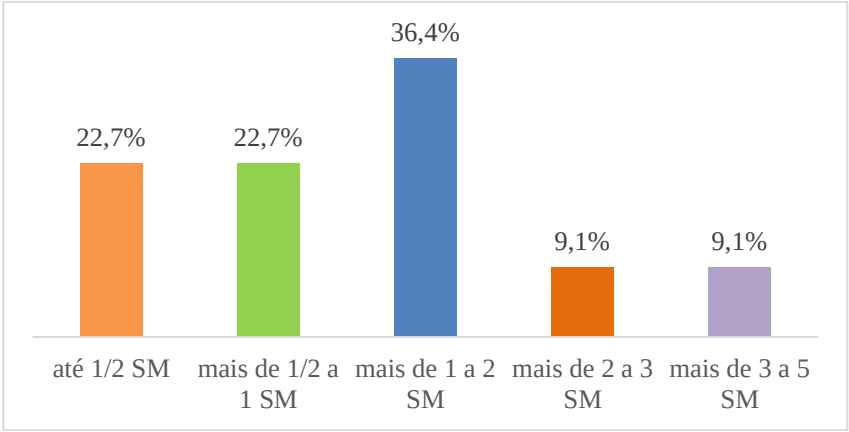
Figura 30 – Perfil de ocupação dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Pertinente à renda familiar, houve um maior quantitativo de participantes que recebem entre 1 a 2 SM (36,4%), seguidos dos que possuem renda até 1/2 SM e mais de 1/2 a 1 SM, ambos com 22,7% e apenas 9,1% estão entre os que recebem mais de 2 a 3 SM e mais de 3 a 5 SM (Figura 31). Esses achados corroboram com as pesquisas realizadas pelo IBGE (2010), as quais apontaram que entre as PcD, 65,9% possuem renda entre 0 e 1 SM. Insta consignar que, entre os entrevistados, a maior parte da fonte de renda é oriunda de aposentadoria (68,2%) e benefício (18,2%).

Figura 31 – Renda familiar dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O capítulo “Vida Doméstica” trata da realização das ações e tarefas domésticas e do dia-a-dia. As áreas da vida doméstica incluem obter um lugar para morar, alimento, vestuário e

outras necessidades, limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais e da casa e ajudar os outros (OMS, 2003). Nessa seara, a categoria "Adquirir bens para morar" foi a única que apresentou 36,4% dos participantes relatando como uma dificuldade completa. Já as tarefas "Adquirir bens e serviços", "Preparar refeições" e "Cuidar de objetos domésticos" apresentaram uma graduação como não existindo nenhuma dificuldade para a execução. "Realizar o trabalho doméstico" foi categorizada como sendo uma tarefa moderada por 31,8% dos entrevistados. "Ajudar os outros" esteve em polos extremos na avaliação dos participantes, visto que a maioria respondeu como existindo nenhuma dificuldade e a outra quantidade de pessoas como dificuldade completa, sendo 22,7% para ambas (Quadro 4).

Quadro 4 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio "Atividade e Participação: Vida doméstica".

Atividade e Participação							
Vida doméstica	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Adquirir bens para morar	13,6%	9,1%	22,7%	4,5%	36,4%	0%	13,6%
Adquirir bens e serviços	31,8%	4,5%	27,3%	0%	22,7%	0%	13,6%
Preparar refeições	40,9%	4,5%	13,6%	4,5%	18,2%	0%	18,2%
Realizar o trabalho doméstico	22,7%	9,1%	31,8%	4,5%	18,2%	0%	13,6%
Cuidar dos objetos domésticos	40,9%	4,5%	22,7%	9,1%	18,2%	0%	4,5%
Ajudar os outros	22,7%	18,2%	13,6%	9,1%	22,7%	0%	13,6%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Por fim, no que se refere à "Atividade de Participação", foram utilizados os domínios referentes à "Vida comunitária, social e cívica", os quais tratam das ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica (OMS, 2003). Nessa etapa, todas as atividades foram relatadas como existindo uma dificuldade completa para a execução, sendo 36,4% para "Vida comunitária", 36,4% "Recreação e lazer", 27,3% "Religião e espiritualidade", 45,5% "Direitos Humanos" e 27,3% "Vida política e cidadania". Esses dados escancaram as dificuldades e limitações apresentadas pelas PcD no processo de inclusão e participação social (Quadro 5). Dentre as religiões frequentadas, as mais citadas foram a católica (68,2%) e a evangélica (13,6%). Os demais participantes não frequentam nenhuma religião.

Quadro 5 – Respostas dos participantes da pesquisa ao domínio “Atividade e Participação: Vida comunitária, social e cívica”.

Atividade e Participação							
Vida comunitária, social e cívica	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Vida comunitária	22,7%	0%	4,5%	18,2%	36,4%	0%	18,2%
Recreação e lazer	22,7%	9,1%	4,5%	18,2%	36,4%	0%	9,1%
Religião e espiritualidade	31,8%	0%	18,2%	9,1%	27,3%	0%	13,6%
Direitos Humanos	13,6%	9,1%	4,5%	13,6%	45,5%	0%	13,6%
Vida política e cidadania	22,7%	4,5%	13,6%	18,2%	27,3%	0%	13,6%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Com base no discurso dos entrevistados diante da pergunta aberta “Quais os maiores desafios que você enfrenta na sua rotina diária?”, foi utilizado o recurso nuvem de palavras, via *Wordclouds*, o qual evidenciou que a maior dificuldade das PcD participantes da pesquisa está relacionada à saúde.

Figura 32 – Nuvem de palavras com base no discurso dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pela autora via *Wordclouds*, com base nos dados da pesquisa, 2022.

Analisar a relação dos fatores ambientais no contexto da rotina das PcD resulta em uma nova perspectiva em saúde pública, já que o ambiente pode oportunizar diferentes condições à saúde e ao comportamento do indivíduo. Dessa mesma maneira, o ambiente pode ser tão desigual que vire uma barreira à saúde, sejam essas relacionadas às oportunidades de moradia, educação, trabalho, políticas ou legislativas (CAIAFFA *et al.,* 2008). Nessa conjuntura, a realização de novos estudos que associem a coleta de dados com as observações diretas do território podem auxiliar na ampliação do conceito de saúde, por meio da análise de fatores contextuais e identificação de barreiras ambientais, subsidiando políticas públicas eficazes na promoção de uma mudança dessa realidade cruel e segregacionista.

Nesse contexto, alinhado com a Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência) e os ODS, no intuito de mitigar as barreiras identificadas na pesquisa, bem como na busca por acessibilidade, educação de qualidade, inclusiva e equitativa, redução de desigualdades sociais e promoção de empregos plenos, produtivos e inclusivos, foi elaborada e encaminhada para a Câmara Municipal de Vereadores do município de Lagarto uma propositura legislativa que cria o Projeto Inclusive-SE, o qual tem como objetivo promover de forma contínua, com periodicidade mensal, a realização de atividades educacionais, profissionalizantes, esportivas, culturais e de lazer direcionadas para as PcD, visando a inclusão social e o empoderamento (Apêndice G).

7. PRODUTO TÉCNICO

Considerando o disposto no Art. 5º da Portaria 793/2012 referente à operacionalização da Rede de Cuidados à PcD, faz-se necessário o diagnóstico e desenho regional da rede com intuito da adesão das Pcd no atendimento integral. Em 1994, o MS instituiu a ESF com o objetivo de ampliar a atenção básica nos municípios, visando a promoção da saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), fundamentada nos princípios das políticas nacionais de educação e de saúde, apresenta diretrizes e orientações para a qualificação de profissionais de enfermagem e de ACS que atuam na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em diversas áreas, incluindo a Rede de Atenção à PcD. A política de educação profissional de nível médio para o SUS implementada pela SGTES, por meio das Ações Técnicas do DEGES, busca estratégias de fomento e fortalecimento da formação e qualificação da força de trabalho do SUS.

Segundo o IBGE (2010), cerca de 25% do total da população tem algum tipo de deficiência. Estes dados, assim como o quantitativo da população brasileira, foram provenientes de questionário amostral que levantou informações sobre deficiência física/motora, visual, auditiva, mental/intelectual em 8,2% dos domicílios entrevistados. Com base na pesquisa realizada, o IBGE apontou que as desigualdades permanecem em relação às PcD, as quais apresentam taxas de escolarização, ocupação e rendimentos menores que a maioria da população sem deficiência.

O Mestrado Profissional (MP) possibilita a imersão do Mestrando no mundo da pesquisa, visto que o seu desenvolvimento demanda uma necessidade de proposta de intervenção com base na realidade identificada. Dessa forma, os resultados obtidos sobre o tema investigado e o produto gerado com a pesquisa, precisam não apenas ser divulgados com a publicação da dissertação ou artigo dela decorrente, mas, sobretudo, utilizados para transformações (ROCHA *et al.*, 2019).

Baseando-se nos objetivos da Rede de Cuidados à PcD, foi desenvolvido o Produto Técnico “Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (Apêndice H). Este tem como objetivo capacitar os ACS para a desmistificação e identificação de PcD, com vistas a mitigar estigmas, na observação da acessibilidade dos ambientes escolares e laborais, detecção de barreiras atitudinais, estruturais e sociais, atividades de autocuidado, atividades de classe e relacionamento dos serviços (unidades de saúde, centro especializado e comunidade).

A capacitação para os ACS aconteceu entre os meses de julho e novembro de 2021, via

plataforma *Google Meet*, de forma remota e on-line, com representatividade de ACS, principalmente dos municípios que compõem a regional centro-sul de Sergipe. Cumpre frisar que esse curso foi divulgado via *WhatsApp* e na página do *Instagram* do grupo de pesquisa e extensão TALT (@taltprodida).

Figura 33 – Página do *Instagram* do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Cada encontro abordou uma temática específica, seguindo a programação mensal e o cronograma de atividades (Quadro 6):

(1) Pessoa com deficiência (PCD) - estigma e capacitismo;

(2) Políticas Públicas envolvendo as Pessoas Com Deficiência, saúde global e questões clínicas;

(3) Pessoa com Síndrome de Down: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(4) Pessoa com Paralisia Cerebral: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(5) Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(6) Acidente Vascular Cerebral: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características

clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(7) Diabetes mellitus: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(8) Doença de Parkinson: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(9) Doença de Alzheimer: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(10) Uso de medicamentos e o tratamento medicamentoso.

Quadro 6 – Cronograma de atividades do curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Encontros	2021				
	Julho	**Agosto**	**Setembro**	**Outubro**	**Novembro**
Encontro (1)					
Encontro (2)					
Encontro (3)					
Encontro (4)					
Encontro (5)					
Encontro (6)					
Encontro (7)					
Encontro (8)					
Encontro (9)					
Encontro (10)					

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O formato de Mestrado Profissional do PROFCIAMB permite que o acadêmico, além de realizar a pesquisa, também apresente uma proposta de intervenção para modificação daquela realidade. Diante disso, realizei processo seletivo para ingressar no programa com o intuito de buscar aliar a pesquisa na área das Ciências Ambientais à área da saúde. A proposta inicial era a de realizar um estudo acerca do lixo hospitalar. No entanto, após a mudança de orientação, a orientadora da pesquisa sugeriu que pudéssemos vincular a pesquisa direcionando o foco para as PcD.

Nesse contexto, surgiu a ideia de analisar as implicações do racismo ambiental na rotina das PcD. O termo racismo ambiental ainda é pouco utilizado nas discussões sobre saúde no Brasil. No entanto, as visitas realizadas aos locais de estudo, bem como os dados coletados, demonstraram a necessidade latente de mais pesquisas relacionando essas duas áreas. Devido à situação ocasionada pela pandemia de COVID-19, foi avaliada a possibilidade de aplicar os formulários via *e-mail* ou encaminhando para os contatos de *WhatsApp* dos participantes. Todavia, o avanço da vacinação em todo país e a estabilização do número de casos, possibilitou que fossem aplicados presencialmente.

As visitas às residências, bem como aos lixões foi fundamental para compreender a complexidade da realidade vivenciada por quem reside na região. Além disso, possibilitou que pessoas não alfabetizadas também pudessem ser incluídas na pesquisa e, exatamente estas, representam o maior quantitativo de entrevistados. Cumpre frisar que, com o objetivo de efetivar a proposta do Produto Técnico inerente ao Mestrado Profissional, foi desenvolvido o curso de "Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)" (Apêndice H), o qual foi organizado com a orientadora dessa pesquisa e contou com a monitoria de alunas de graduação e pós-graduação do projeto de pesquisa e extensão TALT da UFS.

Insta consignar que a utilização dos tópicos do *Checklist* da CIF possibilitou analisar e relacionar a influência dos fatores ambientais na rotina das PcD. Outro ponto importante é que, por se tratar de uma classificação internacional, é possível realizar comparações com estudos nacionais e internacionais, contribuindo na busca por estratégias que promovam a inclusão social e o empoderamento das PcD.

Diante das observações da área da pesquisa, bem como da análise dos resultados, foi possível constatar que as PcD que residem nos arredores dos lixões do Santo Antônio e Colônia Treze vivenciam uma realidade de dupla vulnerabilidade social, pois além da condição de saúde apresentada, são submetidos a uma conjuntura de precariedade na infraestrutura dos povoados,

ausência de ações que promovam a acessibilidade e facilitem a mobilidade dessas pessoas, com ruas sem calçamento ou calçamento irregular e déficit de transportes públicos. Além disso, foi evidenciado que essas pessoas possuem acesso dificultado a ações de saúde e educação, limitações para a inserção no mercado de trabalho, bem como no que se refere aos obstáculos para a participação comunitária e social. Esses aspectos ambientais, econômicos, sociais e culturais que cercam essas PcD evidenciam a carga de impacto do racismo ambiental na rotina de grupos vulneráveis.

Ainda no intuito de mitigar os impactos do racismo ambiental na rotina das PcD que vivem em situação de vulnerabilidade no município, juntamente com a orientadora da pesquisa, foram realizadas reuniões com o Secretário Municipal de Saúde, o Secretário Municipal de Educação e um Vereador de Lagarto, nas quais o Projeto de Lei Municipal que propõe a criação do Projeto Inclusive-SE (Apêndice G) foi apresentado a esses gestores. É importante destacar que todos se mostraram solícitos e empenhados a contribuir para que a freferida propositura legislativa possa ser colocada em prática o mais breve possível.

Ante o exposto, é fundamental que mais estudos possam ser realizados correlacionando as temáticas do racismo ambiental e da PcD em situação de vulnerabilidade, podendo evoluir para pesquisas comparativas, nas quais sejam verificadas as diferenças relacionadas aos fatores ambientais entre comunidades mais periféricas e bairros mais centralizados.

9. REFERÊNCIAS

ABREU, I. S.; BUSSINGUER, E. C. A. "O racismo ambiental no Brasil e seus reflexos na saúde: uma análise do uso do corante caramelo IV". **Opin. jurid.** Medellín vol. 16 n. 32. July/Dec, 2017.

ABREU, I., S. **A vulnerabilidade e o racismo ambiental no Brasil: uma análise a partir da perspectiva biopolítica Foucaultiana**. 2018. 230 f. Tese (Doutorado em Direitos e Garantias Fundamentais) - Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2018.

ABRELPE. **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. 2021.

ACSELRAD, H.; BEZERRA, G. N.; MELLO, C. C. A. **O que é justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

AKOTIRENE, K. Interseccionalidade. São Paulo: Editora Jandaíra, 2019.

ALMEIDA, D. S. **Justiça Ambiental e Racismo Ambiental no Brasil**. Monografia (Graduação em Direito) – Departamento de Direito – PUC-Rio, 2016.

AMPONSAH-BEDIAKO, K. Relevance of disability models from the perspective of a developing country: An analysis. **Developing Country Studies**, 3, n. 11, p. 121-132, 2013.

ANDRADE, K. R. C. et al. Functional disability of adults in Brazil: prevalence and associated factors. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.49, n. 89, p. 1-8, 2015.

ARAÚJO, E.A.B.S.; FERRAZ, F.B. **O Conceito de Pessoa com Deficiência e seu impacto nas ações afirmativas brasileiras no mercado de trabalho**. Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, Fortaleza, 2010.

BAHIENSE, J.S.G. **Análise Estatística Utilizando o SPSS**. Apostila: Análise Estatística utilizando SPSS. Salvador, 2008.

BARBOSA, M. B. **Elaboração de normas técnicas voltadas à acessibilidade na comunicação**. In: II Seminário AIID – Acessibilidade, TI e Inclusão Digital, São Paulo – SP, 23-24/09/2003.

BARNES, C.; OLIVER, M.; BARTON, L. **Disability studies today**. Polity Press, 2002. 280-280.

BAYTON, D. C. **Defectives in the Land**. Chicago: University of Chicago Press. 2016.

BETHENCOURT, F. **Racismos: Das Cruzadas ao Século XX.** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

BITTENCOURT, L. S. et al. Acessibilidade e Cidadania: barreiras arquitetônicas e exclusão

social dos portadores de deficiência física. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte, 2004.

BLOCK, P. Sexuality, Fertility and Danger: Twentieth Century Images of Women with Cognitive Disabilities. **Sexuality and Disability**, v. 18, n. 4, p. 239- 54, 2000.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Vol. 2. 5. ed. Brasília: UnB, 2000.

BOMFIM, A. M. **Trabalho, Meio Ambiente e Educação: apontamentos à Educação Ambiental a partir da Filosofia da Práxis**. In: XIV ENDIPE, 2008, Porto Alegre. XIV ENDIPE. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p.1-14.

BORGES, J. A. S. **Sustentabilidade & Acessibilidade**: **Educação Ambiental, inclusão e direitos da pessoa com deficiência – práticas, aproximações teóricas, caminhos e perspectivas!** Brasília: Dino Editorial ME, 2014. 212 p.

BORGES, J. A. S; PEREIRA, A. C. C. "O estado da arte sobre políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: dialogando sobre transversalidade e educação". **Rev. Serv. Público**. Brasília, out/dez – 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento (SNIS)**. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BULLARD, R. **"**Confronting Environmental Racism in the Twenty-First Century". **Global Dialogue,** v. 4, n. 11, Winter. 2002.

BULLARD, R. "Ética e racismo ambiental". **Revista Eco 21**. Ano XV. 2005.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 6, p. 1785-1796, dez. 2008.

CARVALHO, I. C. M. **Educação Ambiental Crítica: Nomes e Endereçamentos da Educação.** In: Identidades da Educação Ambiental. Brasília, 2004.

CASEY, R. "Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis". **Disability and Health Journal**, 8, n. 2, p. 173-181, 2015.

CIDADE, R. E. A.. **Introdução à educação física e ao desporto para pessoas portadoras de deficiência.** Curitiba: Ed. UFPR, 2001.

COHEN, A. **Imbeciles**. New York: Penguin Random House. 2017.

COSTA FILHO, A. M. et al. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey

(2013). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00204016, 2018.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, A. et al. Analysis of chronic illnesses and disability in a community-based sample of elderly people in south-eastern Poland. **Med sci. monit**., Warsaw, v. 24, p. 1387-1396, 2018.

DE SHERBININ A.; SCHILLER A.; PULSIPHER A. "The vulnerability of global cities to climate hazards". **Environ. Urban**. London, 2007. Apr:19.

DEVULSKY, A. **Colorismo: Feminismos plurais**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DUTRA, F. C. M. S. et al. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, v. 20, n. 5, p. 384-394, 2016.

EMDAGRO. **Informações Básicas Municipais Município de Lagarto.** Aracaju, 2018.

FIELDS, K. E.; FIELDS, B. **Racecraft: the soul of inequality in American life**. London: Verso, 2014.

FLORES, P. A. **Entre as leis e as ruas: um recorte da realidade vivida pelas Pessoas om Deficiência nos municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo.** Dissertação (Mestrado Profissional em Inclusão Social e Acessibilidade) – Universidade, Novo Hamburgo, 2013.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções deautonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, n. 10, p. 3061-3070, 2016.

GESSER, M.; NUERNBERG, A. H.; TONELI, M. J. F. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 557-566, 2012. https://doi.org/10.1590/ S0102-71822012000300009.

GESSER, M.; BOCK, G. L. K.; LOPES, P. H. (org.). **Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação**. Curitiba : CRV, 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas - 6. ed, 2008.

GUGEL, M. A. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho.** Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

HAESBAERT, R. Reflexões geográficas em tempos de pandemia. **Espaço e Economia [Online]**, 18 | 2020, posto online no dia 17 abril 2020, consultado o 20 maio 2020. URL : http://

journals.openedition.org/espacoeconomia/11826.

HAESBAERT, R. **Território e descolonialidade: sobre o giro (multi) territorial/de(s)colonial na América Latina**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografía; Universidade Federal Fluminense, 1ª ed. 2021.

HARRIS, M.R.; RUGGIERI, A.P.; CHUTE, C.G. **From clinical records to regulatory reporting:formal terminologies as foundation.** Health Care Financing Review 2003; 24: 103-20.

HERCULANO, S.; PACHECO, T. (org). Racismo Ambiental. In: I SEMINÁRIO BRASILEIRO SOBRE RACISMO AMBIENTAL – RIO DE JANEIRO. **Projeto Brasil Sustentável e Democrático: FASE**, 2006, 334p.

HORTON R. Offline: **COVID-19 is not a pandemic**. Lancet 2020; 396:874.

GUDYNAS, E. **Diez tesis urgentes sobre el nuevo extractivismo**. In: CAAP y CLAES. Extractivismo, política y sociedad. Quito: Centro Andino de Acción Popular y Centro Latino Americano de Ecología Social, 2009.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 26/06/2020.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014. 92 p.

IBGE. **Estimativa populacional,** 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-depopulacao.html>. Acesso em: 01/07/2020.

IBGE. **Nota técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington**. Brasilia, 2018.

JUNGES, J.R. A proteção do meio ambiente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Bioética.** Brasília, v. 2, n. 1, p. 21-38, 2006.

KITTAY, E. F. "The ethics of care, dependence, and disability". **Ratio Juris**, v. 24, n. 1, p. 49–58, 2011.

KITTAY, E. F. "Centering Justice on Dependency and Recovering Freedom". **Hypatia**, v. 30,

n. 1, p. 285-291, 2015.

KLOCK, A.B.; CAMBI, E. Vulnerabilidade socioambiental. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, v. 898, ano 99, p. 49-62, ago, 2010.

KRAJA, F. et al. Socio-demographic and lifestyle correlates of self-perceived health status in a population-based sample of albanian adult men and women. **Mater. sociomed.,** Sarajevo, v. 28, n. 3, p. 173-177, 2016.

KUPER, H. et al.; "Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? Results from a national case-control study in Guatemala". **Plos One**, 13, n. 12, 2018.

LEFÉBVRE, H. **O Direito à Cidade** [1968]. São Paulo: Centauro, 5ª ed., 2008.

LIMM, H. et al. Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed. **BMC public health**, London, v. 12, n. 485, 2012.

LUZIO, J.; SILVA, C. R. R. Educação e Pesquisa na Desconstrução do Racismo no Brasil: desafios, resistências e avanço. *In:* LIMA, E. F.; NAKASHIMA, H. A. Y; SANTOS, F. F.; TEDESCHI, L. S. (org.). **Ensaios sobre racismos: pensamento de fronteira.** Brasil: Balão Editorial, 2019.

MASALA, C.; PETRETTO, D. R. From disablement to enablement: Conceptual models ofdisability in the 20th century. **Disability and Rehabilitation**, 30, n. 17, p. 1233-1244, 2008.

MANZINI, E. J. et al. **Acessibilidade em ambiente Universitário: identificação e quantificação de barreiras arquitetônicas.** In: MARQUEZINI, M. C. et al. (Org.). Educação física, atividades lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais. Londrina: Uel, 2003. p.185-192 (Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, v. 9).

MANUTI, B. et al. Assessment of perceived health status among primary care patients in southern Italy: findings from a cross-sectional survey. **Health qual. life outcomes**, London, v.11, n.93, p. 1-9, 2013.

MALTA DC, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev. bras. epidemiol.,** São Paulo, v. 20, p. 217-232, 2017. (Supl. 1).

MAZZOTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: história e políticas Públicas**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDENHALL, E.; OSTRACH, B.; SINGER, M.; BULLED, N. **Syndemics and the biosocial conception of health.** Lancet 2017; 389:941-50.

MONTAGU, A. **Man's most dangerous myth: the fallacy of race.** 5th ed. revised and enlarged. London; New York: Oxford University Press, 1974. (A Galaxy book).

MMA. **Rede Brasileira de Justiça Ambiental**. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/informma/item/8077-manifesto-de-lan%C3%A7amento-da-rede-brasileira-de-justi%C3%A7a-ambiental.html>.Acesso em 02/07/2020.

MORAIS, T. C. A.; MONTEIRO, P.D. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**. Brasília, v. 25, n. 02, p. 311-319, 2017.

MORATO et al. "Justiça Ambiental e Racismo Ambiental Na Bacia Hidrográfica Do Córrego Do Jaguaré, São Paulo/SP" In: XIII ENANPEGE: A GEOGRAFIA BRASILEIRA NA CIÊNCIA-MUNDO: PRODUÇÃO, CIRCULAÇÃO E APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO. São Paulo, 2019.

MS. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Editora MS, 2012. p. 48-49.

NASCIMENTO, A. L. S. **Investigação dos efeitos de fatores socioeconômicos e ambientais sobre a saúde de populações residentes na baixada santista: uma abordagem ecológica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado em Saúde Coletiva,UNISANTOS, Santos, 2018.

NAKASHIMA, H. A. Y. O Jardim da Retidão: Reflexões Sobre Eurocentrismo, Racismos E Religiões. *In:* LIMA, E. F.; NAKASHIMA, H. A. Y; SANTOS, F. F.; TEDESCHI, L. S. (org.). **Ensaios sobre racismos: pensamento de fronteira.** Brasil: Balão Editorial, 2019.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: Sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 19, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, C. A. de. Revisitando os conceitos de cidade difusa e acessibilidade: relações com a circulação e o aumento da frota de veículos em cidades médias do Estado de São Paulo. **Geo UERJ**. Rio de Janeiro - Ano 16, nº. 25, v.2, 2º semestre de 2014, pp.324-365.

OLIVEIRA, P.T.M.S. Pessoas com deficiência: questão de risco sob aplicação de regressão logística politômica e sob visão epidemiológica. In: XV ESCOLA DE MODELOS DE REGRESSÃO. Campinas, 2015.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e Revisão: Amélia Leitão – Lisboa, 2004.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasil, 2015.

OSÓRIO, R. G. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE.** Brasília, 2003

PACHECO, T**. Inequality, environmental injustice, and racism in Brazil: beyond the question of colour (Desigualdade, injustiça ambiental e racismo: uma luta que transcende**

a cor). Development in Practice, 2008: Nov:18(6): 713-25. Versão em português disponível em: <https://racismoambiental.net.br/textos-eartigos/desigualdade-injustica-ambiental-e-racismo-uma-luta-que-transcende-a-cor>. Acesso em 01/07/2020.

PANTALEÃO, B. C. F. **A contribuição da Educação Ambiental para desenvolvimento e inclusão da Pessoa com Deficiência Intelectual através do Projeto De Intervenção: VEMSER** Dissertação (Mestrado em Tecnologia) –Faculdade de Tecnologia – UNICAMP, Limeira, 2019.

PAVESSI, A. **A ambientalização curricular da formação do arquiteto: o caso do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Escola de Engenharia de São Carlos (CAU, EESC – USP)**. 2007. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

PELICIONE, M. C. F. **Fundamentos da Educação Ambiental**. In: PHILIPPI, A; ROMÉRO, M. A.; B., G.C. **Curso de Gestão Ambiental** – Col. Ambiental. 1. Ed., São Paulo, Manole. 2004.

PEREIRA, R.; BROUWERS, S. P. "Sociedade de risco e racismo ambiental na globalização". **Revista de Direito Ambiental.** Ano 16, 2011. p. 37-74.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: 2013.

PORTO, M.F., PACHECO, T., LEROY, J.P., **Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, 306 p.

QIAN, J.; REN, X. Association between comorbid conditions and BADL/IADL disability in hypertension patients over age 45: based on the China health and retirement longitudinal study (CHARLS). **Medicine (Baltimore),** United States, v. 95, n. 31, e4536 ou p. 1-7, 2016.

REIS, A. A. **Educação Ambiental e Educação Inclusiva: Possíveis Conexões**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, UFS, São Cristóvão, 2016.

RIOJAS, J. **A complexidade ambiental na universidade**. In: LEFF, E. (Coor.). Complexidade ambiental. São Paulo: Cortez, 2005. p. 217-240.

RJAC. **El riesgo en la gestión del agua: justicia ambiental y conflictos por el agua.** Colombia, 2013. Disponível em: <https://justiciaambientalcolombia.org/el-riesgo-en-la-gestion-del-agua-justicia-ambiental-y-conflictos-por-el-agua> Acesso em 05/07/2020.

ROCHA, S. L.; GALVÃO, E. F. C.; DOMINGUES, R. J. S. **PRODUTO EDUCACIONAL - Guia de Produtos Educacionais em Ensino em Saúde.** Belém, 2019.

ROUX, D. A. V. Investigating neighborhood and area effects on health. **Am. j. public health**, United States, v. 91, n.11, p.1783-1789, 2001.

SABARIEGO, C. et al. "Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection

Approaches on Disability Rates". **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 12, n. 9, p. 10329- 10351, 2015.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde**. Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.475-483, 2009.

SANTOS, A. M. D.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região desaúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 32, 2016.

SANTOS, B. S. O Colonialismo e o século XXI. Outras Palavras, 2018.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Portugal: Edições Almedina, S.A., 2020. p. 18. p. 21.

SANTOS, D. **Acessibilidade da pessoa com deficiência física no transporte coletivo urbano em São Luís – MA**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFMA, São Luís, 2016.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 7. ed., 2007.

SANTOS, B. S. **Entre Próspero e Caliban: Colonialismo, Pós-Colonialismo e Interidentidade.** Novos Estudos, São Paulo, 2003.

SERGIPE. **Plano Plurianual 2020/2023**. Aracaju - Sergipe, 2020.

SILVA, F. C. M. et al. Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 34, n. 4, p. 250- 256, 2013.

SILVA, J. B.; MUNIZ, A. M. V. Pandemia do Coronavírus no Brasil: Impactos no Território Cearense. **Espaço e Economia [Online]**, 17 | 2020, posto online no dia 07 abril 2020, consultado o 21 abril 2020. URL : http://journals.openedition.org/espacoeconomia/10501 ; DOI : https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10501.

SILVA E SILVA, T. **O colorismo e suas bases históricas discriminatórias**. Direito UNIFACS–Debate Virtual 201, 2017.

SIMON, J. G. et al. How is your health in general? A qualitative study on selfassessed health. **Eur. j. public health**, Stockholm, v. 15, n.2, p. 200–208, 2005.

SOUZA, D. P. **Políticas Públicas e a Visibilidade da Pessoa com Deficiência: Estudo de Caso do Projeto Curupira**. Tese (Doutorado em Educação) – UFAM, Manaus, 2014.

TAYLOR, S. **Beasts of Burden: Animal and Disability Liberation**. New York: The New Press. 2017.

TERAN, E. **Las nuevas fronteras de las commodities en Venezuela: extractivismo, crisis histórica y disputas territoriales**. Ciencia Política, 11(21), 251-285, 2016.

TOLDRÁ, R. C.; SOUTO, A. C. F. Fatores contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 347-359, 2014.

TORRALBA Y ROSELLÓ, F. **Antropologia del cuidar**. Barcelona: Instituto Borja de Bioética e Fundação Mapfre Medicina, 1998.

TSAI, A.C.; MENDENHALL, E.; TROSTLE J. A.; KAWACHI, I. **Co-occurring epidemics, syndemics, and population health**. Lancet 2017; 389:978-82.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. **International Bioethics Committee. Report of IBC on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity**. Paris: Unesco; 2013.

URSINE, B.L.; PEREIRA, E.L.; CARNEIRO, F.F. **The health of people with disablility living in rural areas: what do Basic Health Care workers say?** Interface (Botucatu). 2018; 22 (64): 109-20.

VAZ**,** L. M. S. S. As comissões de verificação e o direito à (dever de) proteção contra a falsidade de autodeclarações raciais. *In:* DIAS, G. R. M.; JUNIOR, P. R. F.T. (org.). **Heteroidentificação e cotas raciais: dúvidas, metodologias e procedimentos.** Canoas: IFRS campus Canoas, 2018. 267p.

WERNECK, J. **Políticas públicas para as mulheres negras. Passo a passo, defesa, monitoramento, e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

WHO. **World report on disability**. 2011.

WHO. **Training manual on disability Statistics. United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific**, 2008, 242p.

ZOLA, I. K. Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy. **The Milbank Quarterly**, 67, p. 401-401, 1989.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE

Pesquisador: JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44277421.0.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.117.211

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 1682265.pdf)

Introdução:

O termo racismo se entende como "[...] o uso político de alguns resultados aparentemente científicos, para levar à crença da superioridade de uma raça sobre as demais. Este uso visa a justificar e consentir atitudes de discriminação e perseguição contra as raças que se consideram inferiores" (BOBBIO, 2000). A partir do contexto tradicional de racismo, outras vertentes começaram a se destacar e a serem estudadas, dentre as quais o racismo ambiental (ABREU; BUSSINGUER, 2017). Ao estudar o racismo em suas modalidades institucional, cultural e científica, Pereira e Brouwers (2011) concluem que "a forma mais recente de discriminação que atinge os povos mais pobres e os ecossistemas, é denominada de racismo ambiental". As discussões sobre racismo ambiental se iniciaram com o Movimento de Justiça Ambiental, nos Estados Unidos, na década de 80. Os princípios deste movimento foram aprovados em 1991, durante "The First National People of Color Environmental Leadership Summit", em Washington-DC. "La Justicia Ambiental está construida sobre el principio mediante el cual todos los pueblos y comunidades tienen derecho a igual protección de las leyes y normativas ambientales y de salud pública" (RJAC, 2013). Tal engajamento mostrou que essa população estava sendo vítima de um "racismo

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cep@academico.ufs.br

ambiental", ao apontar que a degradação do meio ambiente repercutia diretamente no seu cotidiano, gerando injustiça social – visto que a população negra fora marcada por séculos de opressão e descaso em favor dos lucros dos diversos setores econômicos (PACHECO, 2008). Bullard (2005) enfatiza que o racismo ambiental fortalece a estratificação das pessoas (por raça, etnia, status social e poder), do lugar (nas cidades principais, bairros periféricos, áreas rurais, áreas não incorporadas ou reservas indígenas) e do trabalho (por exemplo, oferece-se uma maior proteção aos trabalhadores dos escritórios do que aos trabalhadores agrícolas).O racismo ambiental se infiltra nos diferentes setores da sociedade e extrapola o preconceito meramente racial, tomando um contorno diferente no Brasil, com a exclusão social e econômica. A população negra é vítima de racismo ambiental na nação brasileira, mas o grupo que se destaca como vítima é a população pobre (que acaba englobando parte da população afrodescendente) (ABREU; BUSSINGUER, 2017).Os segmentos mais vulneráveis da população, tanto do ponto de vista racial como socioeconômico, estão expostos a maior carga de problemas decorrentes da falta de infraestrutura urbana e qualidade ambiental, afetando a qualidade de vida destes moradores (MORATO et al., 2019). As áreas de risco ambiental (próximas de lixões, sujeitas a inundações e desmoronamentos) são muitas vezes as únicas acessíveis às populações de mais baixa renda, que acabam construindo nesses locais domicílios em condições precárias (NASCIMENTO, 2018).O Brasil, nas últimas décadas, tem produzido um conjunto de políticas públicas que desafiam a sociedade sob todos os seus aspectos, sejam eles éticos, morais ou culturais. Os temas de direitos humanos, como igualdade racial, diversidade sexual e de gênero, questões geracionais e direitos da pessoa com deficiência, cada vez mais se afirmam na agenda do País e provocam as estruturas de gestão em todas as esferas, sejam elas a federal, a estadual ou a distrital e a municipal.

Um dos fatores que nos ajuda a entender esse processo é o de que a luta pelos direitos humanos é um aspecto contraditório, no qual o Estado, qualquer que seja o governo no regime democrático, e a sociedade civil têm responsabilidades necessariamente compartilhadas (BORGES; PEREIRA, 2016). A literatura demonstra sobremaneira que a deficiência está associada à pobreza e expõe os indivíduos à posição marginalizada dentro da sociedade (KUPER et al., 2018). É mais comum com o avanço da idade. Tem probabilidade quase três vezes maior de apresentar alguma doença associada, mas tem somente 1,4 mais vezes de receber tratamento, e vivenciam piores experiências de saúde do que as demais

(CASEY, 2015). Deficiência e incapacidade são intrínsecas à condição humana.

Grande parte das pessoas, em algum momento das suas vidas, irão experimentá-las de alguma forma, seja ela definitiva, momentânea ou intermitente (ZOLA, 1989). Esta é uma importante questão, uma vez que, estes indivíduos têm maiores dificuldades para acesso a serviços de saúde, educação, trabalho (WHO,2011). Deficiência pode ser de natureza permanente ou temporária e que faz limitar a capacidade de exercer uma ou mais atividade como enxergar, ouvir, movimentar e intelectualizar. É caracterizada como uma complexa experiência multidimensional e impõe diversos desafios de mensuração (OLIVEIRA, 2015). Conforme dados do Censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil,45.606.048 pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população brasileira. Entre as pessoas com deficiência, 65,9% possuem renda entre 0 e 1 salário mínimo. Em relação à cor ou raça, a maior taxa dos entrevistados com algum tipo de deficiência está entre os que se definiram como pretos e amarelos, ambos com 27%. A população branca têm 23,5%, enquanto os indígenas apresentaram um número menor: 20%. A população feminina com alguma deficiência apresentou percentuais superiores para qualquer cor ou raça declarada, sendo que a maior diferença foi encontrada entre as mulheres (30,9%) e os homens (23,5%) de cor preta: 7,3 pontos percentuais. Por outro lado, entre os indígenas, foi observada a menor diferença percentual entre homens (18,4%) e mulheres (21,8%). A deficiência visual foi a mais citada: 18,8% dos brasileiros têm dificuldade para enxergar ou são cegos em absoluto. Os deficientes auditivos correspondem a 5%, enquanto os motores são 7% e mentais, 1,4% (IBGE, 2010). Há desafios na compreensão destes números e criar condições de entender as medidas a serem adotadas de forma prioritária para garantir a inclusão social da pessoa com deficiência (PcD). Os dados do IBGE, assim como outras informações, como o Cadastro Único (CaDúnico), por exemplo, permite conhecer a realidade socioeconômica das famílias de baixa renda, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família, associados ao Censo Escolar, a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e as teses e dissertações, produzidas as centenas em nossas universidades públicas e privadas, são instrumentos que nos ajudam a construir o estado da arte das políticas e os cenários possíveis para avanços necessários em um universo de exclusão social (BORGES, 2014).

Metodologia Proposta:

Essa pesquisa possui caráter exploratório-descritivo. Enquanto exploratória, proporciona familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, visando aprimorar ideias; já a descritiva busca estudar as atitudes e crenças de uma população, descobrindo a existência de uma associação entre os fatores em estudo variáveis (GIL, 2002). A abordagem será qualitativa e quantitativa.
Enquanto qualitativa, serão analisadas as respostas subjetivas às entrevistas individuais semiestruturadas e aos questionários (Apêndice E) aplicados em campo, os quais possuirão perguntas fechadas e abertas que permitirão ao entrevistado discorrer sobre sua percepção em relação à temática. As perguntas do questionário foram fundamentadas nos dispositivos da Lei 13.146/2015. Enquanto quantitativa, partirá da tabulação dos dados referentes às características do quantitativo de pessoas com deficiência que residem nas comunidades do Alto da Boa Vista e do Santo Antônio, e quais possuem acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, transporte, atividades de lazer, ambientes com acessibilidade, bem como no que se refere à idade, sexo biológico, raça, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, tipo de deficiência, grau de dependência para sair de casa, grau de dependência para deslocamento a pé em vias e calçadas, uso de órteses, próteses e demais meios auxiliares de locomoção. Para a sistematização da proposta, serão realizadas as seguintes etapas: (1) Análise da situação das PcD – treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e levantamento do Cadastro da Família via e-SUS e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) para PcD; (2) Visitas domiciliares indicadas pelos ACS e aplicação dos questionários semiestruturados pelo responsável; (3) Realização de entrevistas filmadas, mediante autorização dos participantes, para a produção do documentário; (4) Registros fotográficos da infraestrutura da região estudada.(1) Capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para a identificação de PcD. A capacitação será composta por palestra com as seguintes temáticas: conceito de PcD, tipos e classificação da deficiência. (2) Aplicação do questionário nas residências de PcD identificadas pelos ACS. O questionário (Apêndice E) será composto de informações sobre a PcD: idade, sexo biológico, raça, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, tipo de deficiência, grau de dependência para sair de casa, grau de dependência para deslocamento a pé em vias e calçadas, uso de órteses, próteses e demais meios auxiliares de locomoção, acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, transporte, atividades de lazer, ambientes com acessibilidade.(3) Realização de entrevistas filmadas, mediante autorização dos participantes, para a produção do documentário, nas quais as

PcD e/ou seus responsáveis legais poderão
abordar sobre suas rotinas, perspectivas e desafios enfrentados;(4) Registros fotográficos da infraestrutura da região estudada, com o objetivo de compilar imagens e vídeos acerca das condições de saúde e acessibilidade da região estudada.
Critério de Inclusão:
Serão estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: possuir algum tipo de deficiência; residir na área de abrangência da pesquisa; possuir disponibilidade para responder os questionários e participar das entrevistas; concordar com a assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos (Apêndice B).
Metodologia de Análise de Dados:
A análise dos dados será baseada no diagnóstico situacional aos questionários aplicados e o discurso dos entrevistados, mediante a utilização da escala de Likert. De acordo com Gil (2008), a escala de Likert é de elaboração simples e tem caráter ordinal, e não mede quanto uma atitude é mais ou menos favorável. Os dados e resultados da pesquisa serão tabulados e analisados através do software Statistical Package for Social Science for
Windows (SPSS), o qual, de acordo com o seu nome, é um pacote estatístico para utilização nas ciências sociais. De acordo com Bahiense (2008), o SPSS possui um ambiente amigável, utilizando-se de menus e janelas de diálogo, que permite realizar cálculos complexos e visualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativas.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
O presente projeto de pesquisa tem como objetivo analisar os impactos socioambientais do racismo ambiental na rotina diária de pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade.
Objetivo Secundário:
Com base no Objetivo Geral, foram estabelecidos os seguintes Objetivos Específicos:
Verificar as condições de moradia, infraestrutura e acessibilidade;
Avaliar o grau de escolaridade, o acesso à educação e participação social das pessoas com deficiência que residem na região;

Analisar as condições de transportes públicos disponibilizados para essas comunidades; Analisar o acesso a serviços públicos de reabilitação e demais serviços de saúde;
Avaliar os impactos socioambientais ocasionados pela pandemia do COVID-19;
Verificar as oportunidades de trabalho disponibilizadas pelo município para pessoas com

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguns riscos poderão ser encontrados durante a pesquisa, como: invasão de privacidade, o (a) participante não se sentir confortável em se expressar sobre algum assunto e/ou no que se refere à indisponibilidade de tempo dos (as) participantes para responder os questionários. Os pesquisadores se comprometem em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente o participante venha a ter. Caso em algum momento da coleta de dados o participante sinta algum desconforto ou incômodo, poderá interromper e retirar o consentimento sem qualquer custo. Em qualquer circunstância, também poderá entrar em contato com os pesquisadores para que se possa tomar as medidas adequadas com as informações fornecidas. Os pesquisadores providenciarão informações necessárias para minimizar possíveis desconfortos e estarão disponíveis para contato posterior. Os dados dos participantes serão anonimizados para garantir a eticidade da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios que a pesquisa proporcionará serão um melhor conhecimento sobre a realidade da população vítima do racismo ambiental, mais especificamente no que concerne aos desafios vivenciados por pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade, de forma a buscar estratégias eficazes para a solução dessa problemática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui caráter exploratório-descritivo e a abordagem será qualitativa e quantitativa. Para asistematização da proposta, serão realizadas as seguintes etapas: (1) análise da situação das PcD – treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e levantamento do Cadastro da Família via e-SUS e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) para PcD; (2) visitas domiciliares indicadas pelos ACS e aplicação dos questionários semiestruturados pelo responsável; (3) realização de entrevistas filmadas, mediante autorização dos participantes ou responsáveis, para a produção do documentário; (4) registros fotográficos da infraestrutura da região estudada. O projeto tem como resultado esperado o diagnóstico situacional acerca da influência do racismo ambiental na rotina da PcD em situação de vulnerabilidade,permitindo assim conhecer os desafios

enfrentados pelos mesmos e conscientizar a sociedade sobre a importância de adotar estratégias eficazes para a inclusão social, o empoderamento das PcD e redução de desigualdades. As informações coletadas também permitirão a realização de comparações com as estatísticas nacionais e internacionais sobre a inclusão social da PcD, de forma a buscar um melhor planejamento das ações de saúde. Além dos resultados obtidos, será produzido um documentário e um blog interativo com o intuito de estimular o senso crítico sobre as temáticas abordadas,

bem como será desenvolvida uma cartilha com orientações claras e concisas acerca dos direitos das PcD,com base na Lei13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as RES. 466-2012 e 510-2016 da CONEP-MS é de responsabilidade do pesquisador enviar os relatórios Parcial e Final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1682265.pdf	21/09/2021 10:00:38		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA__S_PEND_NCIAS_CEP_UFS_JMFO_2.pdf	21/09/2021 09:54:21	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RACISMO_AMBIENTAL_NA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA_MODIFICADO_2_JMFO.pdf	21/09/2021 09:51:47	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO_2.pdf	21/09/2021 09:50:21	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_ADOLESCENTE_MODIFICADO.pdf	21/09/2021 09:49:13	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE_CRIANCA_MODIFICADO.pdf	21/09/2021 09:48:30	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito

Ausência	TALE_CRIANCA_MODIFICADO.pdf	21/09/2021 09:48:30	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_MODIFICADO_2.pdf	21/09/2021 09:47:22	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA__S_PEND_NCIAS_CEP_UFS.doc	16/06/2021 22:28:15	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RACISMO_AMBIENTAL_NA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA_MODIFICADO.docx	16/06/2021 22:25:01	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.docx	16/06/2021 22:23:41	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_USO_IMAGENS_DEPOIMENTOS_MODIFICADO.docx	16/06/2021 22:22:31	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_CRIANCA.docx	16/06/2021 22:17:51	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_ADOLESCENTE.docx	16/06/2021 22:17:23	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_MODIFICADO_.pdf	16/06/2021 22:16:43	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RACISMO_AMBIENTAL_NA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA.docx	01/03/2021 21:10:16	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	PROPOSTA_JULIANA_MARIA.pdf	01/03/2021 21:09:47	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_DE_USO_DE_IMAGEM_E_DEPOIMENTOS.docx	01/03/2021 21:08:14	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE.docx	01/03/2021 21:06:01	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/03/2021 21:02:14	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	01/03/2021 21:01:25	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_INFRAESTRUTURA.pdf	01/03/2021 21:01:05	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Juliana.pdf	01/03/2021 20:53:16	JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ARACAJU, 22 de Novembro de 2021

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

APÊNDICES

APÊNDICE A - REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHODEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: "**RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE**", cujo objetivo principal é analisar os impactos socioambientais do racismo ambiental na rotina diária de pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade. Os resultados desta pesquisa irão contribuir para melhorar o conhecimento dos desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência e conscientizar a sociedade sobre a importância de adotar estratégias eficazes para a inclusão social, o empoderamento das pessoas com deficiência e a redução de desigualdades. Acredita-se que tais dados são importantes para auxiliar no desenvolvimento e planejamento de ações de saúde mais inclusivas.

Para participar, primeiro você irá responder um questionário, o qual está dividido em três partes. A primeira parte possui perguntas sobre seus dados pessoais. A segunda parte é referente aos seus dados sociodemográficos e você irá responder perguntas sobre você e sobre sua vida. Em seguida, na parte final do questionário, você irá responder sobre condições de acessibilidade em diversos ambientes da sua rotina.

Sua participação não é obrigatória e apresenta riscos mínimos relacionados a: invasão de privacidade, desconforto psicológico em se expressar sobre algum assunto, você também poderá se sentir discriminado (a) ou estigmatizado (a) a partir do conteúdo revelado e/ou você não ter tempo disponível para responder os questionários. Como forma de minimizar esses riscos, as pesquisadoras irão garantir que as etapas da pesquisa sejam realizadas em local

reservado, no qual você se sinta confortável, sendo marcado previamente um horário que seja mais conveniente para você. As informações obtidas pelo questionário serão estritamente confidenciais, estando garantidos o anonimato, a privacidade na apresentação ou divulgação dos dados e o sigilo das suas informações durante todas as fases da pesquisa. Com o objetivo de garantir o sigilo das informações, apenas as pesquisadoras responsáveis irão trabalhar com a análise dos dados e substituirão na planilha o seu nome por números e letras (1a, por exemplo). Você poderá parar para descansar cinco minutos durante o preenchimento do questionário, no intervalo entre os protocolos, ou, caso em algum momento da coleta de dados sinta algum desconforto ou incômodo, você terá plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum custo. Em qualquer circunstância, também poderá entrar em contato com as pesquisadoras para que se possa tomar as medidas adequadas com as informações fornecidas. As pesquisadoras se comprometem em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente você venha a ter, assim como providenciarão as informações necessárias para minimizar possíveis desconfortos e estarão disponíveis para contato posterior.

Essa pesquisa também poderá trazer benefícios, visto que proporcionará um melhor conhecimento sobre a realidade da população vítima do racismo ambiental, mais especificamente sobre os desafios vivenciados por pessoas com deficiência, de forma a buscar estratégias eficazes para a solução dessa questão. Também será apresentado um Projeto de Lei na Câmara Municipal de Lagarto com o objetivo de garantir a realização de atividades periódicas profissionalizantes, educativas, culturais e de lazer direcionadas para as pessoas com deficiência que residem no município.

Essa é uma pesquisa realizada com pessoas voluntárias, por isso você não receberá nenhum dinheiro para participar do estudo e não precisará pagar por nenhum teste. As pesquisadoras se comprometem a disponibilizar a devida assistência a eventuais danos materiais (despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação) e/ou imateriais (relacionados à integridade física e psicológica, saúde, honra, imagem e privacidade), decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário. Se em algum momento você tiver qualquer despesa ocasionada pela pesquisa, as pesquisadoras responsáveis irão realizar o ressarcimento da forma que for mais conveniente para você. Na ocorrência de algum dano imaterial, as pesquisadoras disponibilizarão assistência médica, psicológica, jurídica e qualquer outra que seja necessária. Você terá direito a buscar indenização através de vias judiciais e à assistência imediata e integral caso esta pesquisa lhe cause algum dano, sendo isso, uma responsabilidade das responsáveis pela pesquisa. As

pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em todas as etapas da pesquisa.

O conteúdo e os resultados do presente estudo serão divulgados em meio científico apenas de forma agregada, impossibilitando a sua identificação pessoal ou qualquer forma de rastrear suas respostas de volta a você. Os dados levantados serão mantidos em bases de dados virtuais e será concedido acesso aos mesmos seguindo as boas práticas de segurança de dados em pesquisa científica.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, obedecendo aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Você receberá uma devolutiva dos resultados da pesquisa por e-mail ou via Correios após terminarmos a coleta e análise de dados, juntamente com todos os materiais produzidos que possam trazer benefícios a você. Se não quiser participar da pesquisa, não se preocupe, é um direito seu. Qualquer dúvida e pergunta sobre o estudo, antes ou durante a realização dele, será explicada. Em caso de qualquer dúvida com a pesquisa procure a pesquisadora responsável: Juliana Maria Freitas de Oliveira, telefone (79) 99984-6912 e e-mail juliana.oliveira@academico.ufs.br.

Esse documento foi elaborado em duas vias com o mesmo conteúdo, as quais deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você ou por seu representante legal, assim como pela pesquisadora responsável. Você receberá uma via desse Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e a outra via ficará com a pesquisadora responsável.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito (a) com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, situado no Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento JR, Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas, Rua Cláudio Batista s/n, Bairro Sanatório, Aracaju/SE, telefone (79) 3194-7208, às segundas, terças, quintas e sextas, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cep@academico.ufs.br.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome:_____

Assinatura do (a) participante ou responsável legal:_____

Pesquisador:_____

Data:_/_/

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

Eu, **Adriana Andrade Carvalho**, diretora do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, autorizo a realização do projeto intitulado "**RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE**" pelas pesquisadoras **JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA e LAVINIA TEIXEIRA DE AGUIAR MACHADO**, que envolverá a realização de visitas domiciliares às Pessoas com Deficiência (PcD) residentes nas comunidades do Alto da Boa Vista e o povoado Santo Antônio, localizadas em Lagarto – Sergipe, com o objetivo de aplicar questionários semiestruturados e realizar entrevistas filmadas para a produção do documentário acerca da análise dos impactos socioambientais do racismo ambiental na rotina das PcD em situação de vulnerabilidade. Cumpre frisar que o projeto será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS).

Estamos cientes de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para desenvolvê-la em conformidade às diretrizes e normas éticas. Ademais, ratifico que não haverá quaisquer implicações negativas às pessoas com deficiência e seus familiares que não desejarem ou desistirem de participar do projeto.

Declaro, outrossim, na condição de representante desta Instituição, conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas nas Resoluções nºs 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510, de 07 de abril de 2016, e Norma Operacional nº 001/2013, pelo CNS.

Local, **06** de agosto de 2020.

Adriana Andrade Carvalho
Diretora Geral
Universidade Federal de Sergipe
Campus de Lagarto
SIAPE - 1893534

Assinatura do responsável pela instituição/organização
(com carimbo)

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

ESTADO DE SERGIPE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGARTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE LAGARTO

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora **JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA** do Curso de Mestrado em Ciências Ambientais – PROFCIAMB da Universidade Federal de Sergipe, o acesso aos arquivos de (prontuários, e de base de dados do cadastro das famílias e afins) para serem utilizados na pesquisa: **"RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE"**, sob a orientação da **Profa. Dra. LAVINIA TEIXEIRA DE AGUIAR MACHADO.**

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos desta pesquisa, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras deverão apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Lagarto, 06 de agosto de 2020.

Polyana Ribeiro

Polyana de Souza Ribeiro
Secretária Municipal da Saúde

Polyana de Souza Ribeiro
Secretária de Saúde / Lagarto
Mat. 15581

APÊNDICE D – FORMULÁRIO

UFS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário nº_____

Antes de iniciar o preenchimento deste formulário, assinale por favor quem está respondendo:
[ ] Participante **[ ] Responsável legal**

DADOS PESSOAIS

NOME/INICIAIS:
Data de nascimento: _ _/_ _/_ _ (dia/mês/ano)
Telefone/E-mail:
Sexo Biológico: (1) Feminino [ ] (2) Masculino [ ]
Endereço:
Cor/Raça: (1) Branca [ ] (2) Preta [ ] (3) Amarela [ ] (4) Parda [ ] (5) Indígena [ ]
Tipo de Deficiência: (1) Visual [ ] (2) Motora [ ] (3) Auditiva [ ] (4) Mental/Intelectual [ ]

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Anos de Educação Formal: _____
Grau de escolaridade: (1) Analfabeto [ ] (2) Fundamental Incompleto [ ] (3) Fundamental Completo [ ] (4) Médio Incompleto [ ] (5) Médio Completo [ ] (6) Superior Incompleto [ ] (7) Superior Completo [ ] (8) Pós-graduação Incompleto [ ] (9) Pós-graduação Completo [ ]
Religião: (1) católica [ ] (2) espírita [ ] (3) evangélica [ ] (4) umbanda [ ] (5) candomblé [ ] (6) outra [ ]_____ (7) não tem Frequenta: (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, qual o local:_____
Estado matrimonial atual: (Assinale somente o mais compatível)
(1) Nunca foi casado [ ] (2) Atualmente casado [ ] (3) Separado [ ] (4) Divorciado [ ] (5) Viúvo [ ] (6) Coabitação/União Estável [ ]
Ocupação atual (Selecione a única melhor opção)

(1) Emprego assalariado [ ] (2) Trabalha por conta própria (autônomo) [ ] (3) Não assalariado, voluntário/caridade [ ] (4) Estudante [ ]
(5) Prendas domésticas/Dona de casa [ ] (6) Aposentado [ ] (7) Desempregado (razão de saúde) [ ] (8) Desempregado (outra razão) [ ]
(9) Outro [ ] (por favor especifique) _____
Moradia: (1) própria [ ] (2) alugada[ ] (3) favor [ ] (4) pais[ ] (5) parentes[ ] (6) arrendada[ ] (7) outro [ ]: _____
Quantas pessoas residem no local: _____Idades/sexo/parentesco:_____
_____
Há quanto tempo reside no bairro:_____
Naturalidade: _____
Qual o tipo de domicílio: (1) Tijolo/Alvenaria [ ] (2) Madeira [ ] (3) Material aproveitado [ ] (4) Outros [ ] _____
Você já participou de algum programa habitacional subsidiado com recursos públicos? (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Quantos cômodos/peças têm a casa (inclui banheiro)? Número: _____
Existe banheiro na casa? (1) Sim [ ] (2) Não [ ]. Se sim, quantos? _____
Quantos cômodos/peças usam para dormir? Número: _____
Como é feito o abastecimento de água? (1) Rede pública [ ] (2) Poço ou nascente [ ] (3) Outros [ ] _____
A água que a família toma no domicílio é: (1) Filtrada [ ] (2) Fervida [ ] (3) Clorada [ ] (4) Mineral [ ] (5) Direto da torneira[ ] (6)Outros [ ] _____
Como é feito o esgotamento sanitário? (1) Rede pública [ ] (2) Fossa [ ] (3) Céu aberto [ ]
Qual o destino do lixo? (1) Coletado [ ] (2) Queimado/enterrado [ ] (3) Céu aberto [ ] (4) Coleta seletiva catador [ ] (5) Coleta seletiva cooperativa [ ]
Tem algum animal doméstico? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, Qual: _____. Quantos?_____
Se for gato ou cachorro, foram vacinados: (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Internet (em casa ou no bairro): (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Rua asfaltada/calçada: (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Iluminação pública: (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Telefone (em casa ou no bairro): (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Celular: (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Correio passa na residência? (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
A renda familiar é composta por: (1) Salário [ ] (2) Benefício [ ] (3) Aposentadoria [ ] (4) Sem renda [ ] (5) Outros [ ] _____
Qual a renda familiar mensal total ou número de Salário Mínimo (SM)? R$ _____ (1) até 1/2 SM [ ] (2) mais de 1/2 a 1 SM [ ] (3) mais de 1 a 2 SM [ ] (4) mais de 2 a 3 SM [ ] (5) mais de 3 a 5 SM [ ] (6) mais de 5 a 10 SM [ ] (7) mais de 10 a 20 SM [ ] (8) mais de 20 SM [ ] (9) sem rendimentos [ ]
Diagnóstico Médico das condições principais de saúde:
(1)Não existe nenhuma de Saúde [ ]
(2)Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão). Qual (is): _____
(3)Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos: _____
Outras informações de saúde:
Altura:_____cm [ ] referido [ ] aferido Peso:_____Kg [ ] referido [ ] aferido

Mão dominante (anterior à condição de saúde): (1) Esquerda [ ] (2) Direita [ ] (3) Ambidestro [ ]
Como você avalia sua saúde física no último mês? (1) Muito boa [ ] (2) Boa [ ] (3) Moderada [ ] (4) Ruim [ ] (5) Muito ruim [ ]
Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês? (1) Muito boa [ ] (2) Boa [ ] (3) Moderada [ ] (4) Ruim [ ] (5) Muito ruim [ ]
Você já teve qualquer lesão significante que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, por favor especifique:

Foi hospitalizado no último ano? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo? _____

Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, especifique os medicamentos principais:

Você fuma? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Quantos cigarros/dia?____

Você consome álcool ou drogas? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, por favor especifique quantidade média diária:
Tabaco:_____ Álcool: _____ Drogas: _____

Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, por favor especifique:

Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias? (1) Sim [ ] (2) Não [ ]
Se sim, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m)_____
Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, por favor, especifique _____

Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:_____

No último mês, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua *condição de saúde*? (uma doença, lesão, razõesemocionais ou uso de álcool ou droga) (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, quantos dias? _____

No último mês, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua *condição de saúde*?(uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga) (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, quantos dias? _____

Durante a pandemia, você testou positivo para Covid-19? (1) Sim [ ] (2) Não [ ] Se sim, quando e como foi o tratamento?_____

ACESSIBILIDADE:

Nessa etapa você irá responder sobre as dificuldades/limitações que você pode ter para executar uma atividade. Você irá assinalar em cada atividade do quadro qual o seu grau de dificuldade/limitação, conforme a seguinte orientação:

0 Nenhuma dificuldade: significa que você não tem problema para realizar a atividade,
1 Dificuldade leve: significa um problema que está presente menos que 25% do seu tempo, com uma intensidade que você pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias,
2 Dificuldade moderada: significa um problema que está presente em menos que 50% do seu tempo, com uma intensidade que interfere na sua vida diária e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias,
3 Dificuldade grave: significa um problema que está presente em mais que 50% do seu tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a sua vida diária e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias,
4 Dificuldade completa: significa um problema que está presente em mais que 95% do seu tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a sua vida diária e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias,
8 Não especificado: significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade,
9 Não aplicável: significa que não tem relação com a sua condição de saúde.

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO (d)									
Atividade e Participação (d)			Qualificadores						
			0	1	2	3	4	8	9
			Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa	Não especificada	Não Aplicável
Mobilidade									
	d410	Mudar as posições básicas do corpo (mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé)							
	d415	Manter a posição do corpo (manter uma posição deitada, agachada, ajoelhada, sentada ou em pé)							
	d420	Transferir a própria posição (deslocar-se enquanto sentado ou deitado)							
	d430	Levantar e transportar objetos (levantar objetos, carregar nas mãos ou nos braços ou sobre os ombros, quadril, costas ou cabeça; abaixar objetos)							

	d435 Mover objetos com os membros inferiores (empurrar com as pernas e pés; chutar)							
	d440 Atividades de motricidade fina da mão (realizar as ações de manusear objetos, levantá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar)							
	d445 Utilização da mão e do braço (puxar ou empurrar objetos; alcançar; virar ou torcer as mãos ou os braços; jogar; apanhar um objeto em movimento)							
	d450 Andar (andar distâncias curtas ou longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos)							
	d455 Deslocar-se (engatinhar, subir, correr, saltar e nadar)							
	d 460 Deslocar-se por diferentes locais (mover-se dentro de casa, engatinhar ou subir dentro da casa; andar ou mover-se dentro de prédios que não a própria casa e fora de casa e em outros prédios)							
	d 465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (mover todo o corpo de um lugar para outro sobre qualquer superfície ou espaço utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação)							
	d 470 Deslocar-se usando transporte (usar transporte movido por pessoas; usar transporte motorizado ou público)							
	d 475 Dirigir (dirigir transporte com tração humana, veículos motorizados, veículos com tração animal, montar animal)							
	d 480 Montar animais como meio de transporte (deslocar-se no lombo de um animal, como cavalo, boi)							

Atividade e Participação (d)		Qualificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa	Não especificada	Não Aplicável
Autocuidados								
	d510 Lavar-se (lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se)							
	d520 Cuidar de partes do corpo (cuidado da pele, dentes, cabelo, unhas das mãos e dos pés)							
	d530 Higiene pessoal relacionada com as excreções (regulação da micção, defecação e cuidado menstrual)							
	d540 Vestir-se (vestir ou tirar roupas e calçados e escolher as roupas apropriadas)							
	d550 Comer (executar as tarefas e ações de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios)							
	d560 Beber (pegar a bebida, levá-la à boca e consumir a bebida, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)							
	d570 Cuidar da sua própria saúde (garantir o próprio conforto físico; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde)							

Atividade e Participação (d)		Qualificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa	Não especificada	Não Aplicável
Vida doméstica								
	d610 Adquirir bens para morar (comprar ou alugar um lugar para morar e mobiliar um lugar para morar)							
	d620 Adquirir bens e serviços (comprar e armazenar as necessidades diárias)							
	d630 Preparar refeições (preparar refeições simples e complexas)							
	d640 Realizar o trabalho doméstico (lavar e secar roupas; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo)							
	d650 Cuidar dos objetos domésticos (fazer ou consertar roupas; manter a habitação, móveis e aparelhos domésticos; manter veículos; manter dispositivos de auxílio; cuidar das plantas e animais)							
	d 660 Ajudar os outros (ajudar os outros no cuidado pessoal, movimento, comunicação, relações interpessoais, nutrição e manutenção da saúde)							

Atividade e Participação (d)		Qualificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa	Não especificada	Não Aplicável
Vida comunitária, social e cívica								
	d910 Vida comunitária (participar de todos os aspectos da vida social comunitária, como participar de organizações beneficentes, de clubes de serviços ou de organizações sociais profissionais)							
	d920 Recreação e lazer (participar de jogos, esportes, arte e cultura, artesanato, hobbies e socialização)							
	d930 Religião e espiritualidade (participar de atividades, organizações ou práticas religiosas ou espirituais, com propósito de satisfação pessoal, para encontrar um significado, um valor religioso ou espiritual)							
	d940 Direitos Humanos (desfrutar de todos os direitos nacional e internacionalmente reconhecidos que são atribuídos às pessoas pelo simples fato da sua condição humana)							
	d950 Vida política e cidadania (participar da vida social, política e governamental de um cidadão, ter o status legal de cidadão e desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel, como o direito ao voto e à candidatura a um cargo político, a formar associações políticas; desfrutar os direitos e as liberdades associadas à cidadania)							
	Demais aspectos da Atividade e Participação a considerar							
d								
d								
d								
d								
d								
d								

Agora você irá responder sobre as barreiras e/ou facilitadores existentes no seu ambiente físico e social, os quais podem dificultar ou ajudar a conduzir sua rotina. Primeiro você irá assinalar em cada item do quadro com o símbolo (-) se possui alguma barreira e com o símbolo (+) se possui algum facilitador para cada ação. Na sequência, você irá informar o nível dificuldade ou de ajuda que cada barreira ou facilitador impõe em sua vida, conforme a orientação a seguir:

0 Nenhum: significa que não há nenhuma barreira ou facilitador que dificulte ou ajude na sua rotina diária,
1 Leve: significa que há alguma barreira ou facilitador que dificulta ou ajuda menos que 25% na sua rotina diária,
2 Moderado: significa que há alguma barreira ou facilitador que dificulta ou ajuda menos que 50% na sua rotina diária,
3 Grave ou considerável: significa que há alguma barreira ou facilitador que dificulta ou ajuda em mais de 50% da sua rotina diária,
4 Completo: significa que há alguma barreira ou facilitador que dificulta ou ajuda em mais de 95% da sua rotina diária,
8 Não especificado: significa que a informação é insuficiente para especificar se é uma barreira ou facilitador,
9 Não aplicável: significa que não tem relação com a sua condição de saúde.

FATORES AMBIENTAIS (e)									
Fatores Ambientais (e)		Barreira (.) ou Facilitador (+)	Qualificadores						
			0	1	2	3	4	8	9
			Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Completo	Não especificado	Não aplicável
Produtos e Tecnologias									
	e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (alimentos, medicamentos, bebidas)								
	e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária								
	e120 Produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos								
	e125 Produtos e tecnologias para a comunicação								

	e130 Produtos e tecnologias para a educação								
	e135 Produtos e tecnologias para o trabalho								
	e140 Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas								
	e145 Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade								
	e150 Produtos e tecnologias usados em projetos, arquitetura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública								
	e155 Produtos e tecnologias usados em projetos, arquitetura, construção e acabamentos de prédios de uso privado								
	e160 Produtos e tecnologias relacionados ao uso e à exploração do solo e que afetam o seu ambiente externo								
	e165 Bens (produtos ou objetos de intercâmbio econômico, como dinheiro, mercadorias, propriedade e outras coisas valiosas que um indivíduo tem ou que ele ou ela tem direito a usar)								

Fatores Ambientais(e)		**Barreira (.) ou Facilitador (+)**	**Quantificadores**						
			0	**1**	**2**	**3**	**4**	**8**	**9**
			Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Completo	Não especificado	Não aplicável
Serviços, Sistemas e Políticas									
	e510 Serviços, sistemas e políticas para a produção de bens de consumo (regem e fornecem a produção de objetos e produtos consumidos ou utilizados pelas pessoas)								
	e515 Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção (projeto e construção de edifícios, públicos e privados)								
	e520 Serviços, sistemas e políticas de planejamento de espaços abertos (projeto, desenvolvimento e manutenção de áreas públicas e áreas privadas nas zonas rurais, suburbanas e urbanas)								
	e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação (fornecimento de abrigos, habitação e alojamento para as pessoas)								
	e530 Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (abastecimento de água, combustível, energia elétrica, saneamento, transporte público e serviços essenciais)								
	e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação (transmissão e intercâmbio de informações)								

	e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte (possibilitam o deslocamento de pessoas de um local para outro)								
	e545 Serviços, sistemas e políticas de proteção civil (voltadas para a segurança das pessoas e da propriedade)								
	e550 Serviços, sistemas e políticas legais (relacionados à legislação de um país)								
	e555 Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações (relacionadas a grupos de pessoas que se organizaram em busca de interesses comuns e não comerciais, com frequência em uma estrutura de associação dos membros)								
	e560 Serviços, sistemas e políticas dos meios de comunicação (fornecimento de comunicação em massa por meio de rádio, televisão, jornais e internet)								
	e565 Serviços, sistemas e políticas econômicas (relacionados ao sistema geral de produção, distribuição, consumo e utilização de bens e serviços)								
	e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social (voltadas para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública)								

	e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (voltadas para o fornecimento de suporte para aqueles que necessitam de ajuda em áreas como compras, trabalho doméstico, transporte, cuidado pessoal e cuidado dos outros, para poder funcionar melhor na sociedade)								
	e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde (prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável)								
	e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (aquisição, manutenção e aperfeiçoamento do conhecimento, experiências e habilidades vocacionais ou artísticas)								
	e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego (relacionadas a encontrar um trabalho adequado para as pessoas que estão desempregadas ou em busca de um trabalho diferente, ou para dar suporte a indivíduos já empregados que buscam uma promoção)								
	e595 Serviços, sistemas e políticas do sistema político (relacionados com votação, eleições e governo de países, regiões e comunidades, bem como de organizações internacionais)								

Demais aspectos Ambientais a considerar								
e								
e								
e								
e								

Quais os maiores desafios que você enfrenta na sua rotina diária?

Observações/impressões do entrevistador (aspectos relacionados à moradia, às condições de vida, às relações familiares, às pessoas presentes no momento da entrevista)

Entrevistador:
Data:

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CRIANÇA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHODEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)
(Maiores de 07 anos e menores de 12 anos)

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/criancas-felizes-estudando-juntos_5564487.htm

Eu me chamo Juliana Maria e quero te convidar para participar do meu estudo "RACISMO AMBIENTAL NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CENTRO-SUL DO ESTADO DE SERGIPE".

Posso te contar do meu estudo?

Fonte: https://institutoitard.com.br/avaliacao-inclusiva-como-avaliar-um-aluno-com-deficiencia-ou-dificuldades-de-aprendizagem/

Esse estudo busca analisar como é a rotina das Pessoas com Deficiência que vivem em bairros que possuem situações que causam a destruição da natureza, como por exemplo a presença de lixões.

Às vezes você pode não gostar de tudo que vamos fazer na pesquisa, podendo ficar envergonhado ou envergonhada e cansado ou cansada durante o preenchimento das perguntas que iremos fazer. Se isso acontecer, você poderá parar para descansar cinco minutos e se ficar muito envergonhado ou envergonhada, você poderá desistir de participar.

Fonte: https://br.pinterest.com/pin/613826624203340744/

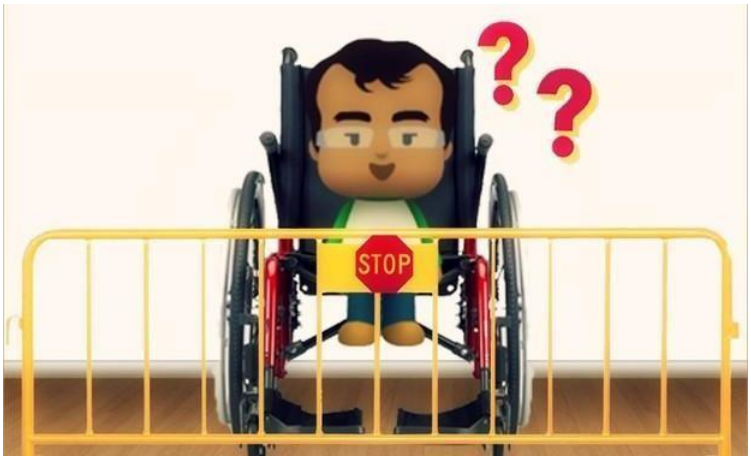
Também há o risco de outras pessoas verem suas informações. Para que isso não aconteça, iremos substituir seu nome por letras e números e assim ninguém irá saber que foi você quem respondeu.

Mas sabe? Coisas boas também podem acontecer!

Nós acreditamos que esse estudo vai ajudar a sociedade a ter mais consciência sobre a importância de existir mais inclusão das Pessoas com Deficiência em todos os lugares.

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/deficiencia-e-necessidades-especiais-de-criancas-com-amigos-personagens-de-desenhos-animados-vetor-definido-isolado_5768652.htm

Mas se você não gostar você pode me dizer: “chega, não quero mais” e eu deixo você desistir e fazer outra coisa, pode ser?



Fonte: http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/blog/mao-na-roda/autor/tulio-mendhes/13.html

Se você quiser falar comigo, peça à pessoa responsável por você e ela meachará através desses contatos: telefone (79) 99984-6912 e e-mail juliana.oliveira@academico.ufs.br.

Fonte: http://pt.coolclips.com/m/vetores/vc006123/crian%C3%A7as-a-brincar,-as-crian%C3%A7as,-no-tele/

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa que é um órgão que protege o bem-estar das pessoas que participam de pesquisas. Se você tiver mais alguma dúvida ou se estiver insatisfeito (a) com alguma coisa desse estudo, você pode pedir à pessoa responsável por você para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, localizado no Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento JR, Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas, Rua Cláudio Batista s/n, Bairro Sanatório, Aracaju/SE, telefone (79) 3194-7208 ou pelo e-mail cep@academico.ufs.br.

Nós já explicamos tudo também para a pessoa responsável por você, mas queremos saber sua opinião, ok?

Então, você quer fazer parte deste meu estudo?

Fonte: https://www.smartkids.com.br/trabalho/inclusao-social

Hum, quero sim! Entendi tudo, você me explicou direitinho as coisas boas e as não tão boas e você respondeu todas as minhas perguntas.

Eu entendi também que sou livre para aceitar ou recusar participar da pesquisa, que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão e eu até vou assinar aqui!

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Lagarto,_____de_____de _____

_____

Sua assinatura

_____

Assinatura da pesquisadora

Endereço e contato do Responsável Legal:

APÊNDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTE

UFS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

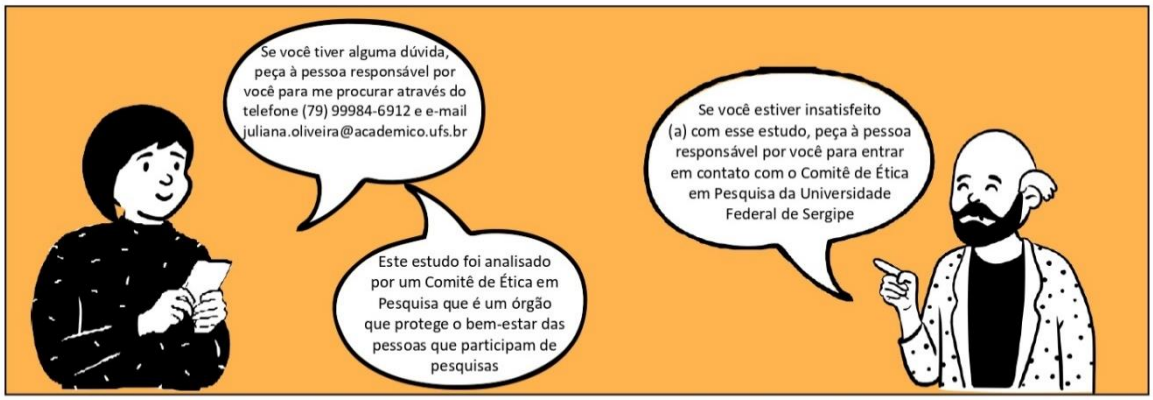
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

(Maiores de 12 anos e menores de 18 anos)

Template desenvolvido pela autora/pesquisadora via plataforma Canva. 1

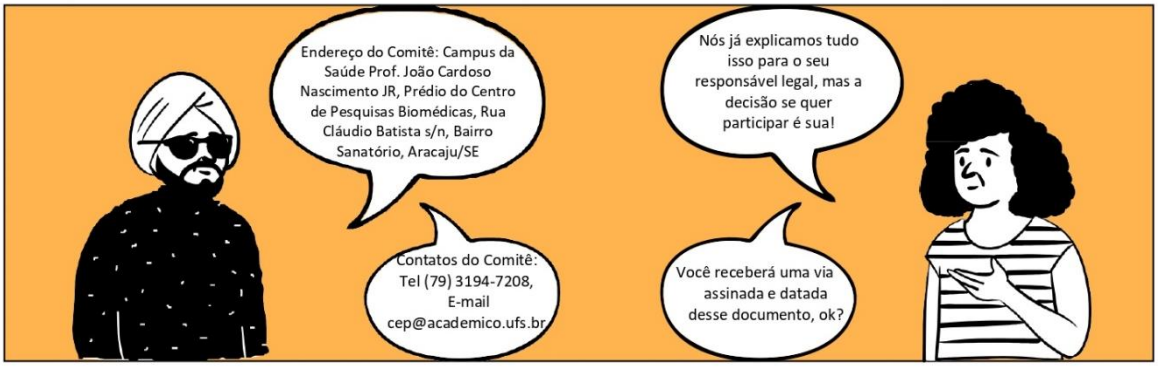
2

Template desenvolvido pela autora/pesquisadora via plataforma Canva.



3

Template desenvolvido pela autora/pesquisadora via plataforma Canva.



CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA!

Lagarto, _____ de _____de _____

_____

Sua assinatura

_____

Assinatura da pesquisadora

Endereço e contato do Responsável Legal:

4

Template desenvolvido pela autora/pesquisadora via plataforma Canva.

APÊNDICE G – PROJETO DE LEI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE NACIONAL PARA ENSINO DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS

Lagarto, 09 de fevereiro de 2022

Exmos. Senhores Vereadores
Câmara Municipal de Lagarto

Dirigimo-nos a V. Exas. para encaminhar, a título de sugestão de iniciativa legislativa, texto elaborado por Juliana Maria Freitas de Oliveira - Pesquisadora - Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais da Universidade Federal de Sergipe (PROFCIAMB/UFS) e a Prof.ª Dra. Lavínia Teixeira-Machado - Orientadora - Professora Adjunta do Departamento de Educação em Saúde - Campus Professor Antônio Garcia Filho - Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPGCAS/UFS) - Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais (PROFCIAMB/UFS) - Universidade Federal de Sergipe.

A referida propositura legislativa tem como objetivo a criação do Projeto Inclusive-SE, o qual possui a finalidade de promover de forma contínua, com periodicidade mensal, a realização de atividades educacionais, profissionalizantes, esportivas, culturais e de lazer direcionadas para as Pessoas com Deficiência, visando a inclusão social e o empoderamento. Essa sugestão de Projeto de Lei é parte da pesquisa "Racismo Ambiental na Pessoa com Deficiência em situação de vulnerabilidade no Centro-Sul do Estado de Sergipe" do Programa de Pós-graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais da Universidade Federal de Sergipe (PROFCIAMB/UFS), a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe - UFS sob o número 5.117.211.

Colocamo-nos à disposição desse Colegiado para o debate do assunto.

Atenciosamente,

_____
Juliana Maria Freitas de Oliveira

_____
Lavínia Teixeira-Machado

PROJETO DE LEI

Dispõe sobre a criação do Projeto Inclusive-SE e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Lagarto decreta:

Artigo 1º - Esta lei trata da criação do Projeto Inclusive-SE, o qual tem como objetivo promover de forma contínua, com periodicidade mensal, a realização de atividades educacionais, profissionalizantes, esportivas, culturais e de lazer direcionadas para as Pessoas com Deficiência, visando a inclusão social e o empoderamento.

Artigo 2º - Para efeitos desta Lei, considera-se Pessoa com Deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Artigo 3º - São finalidades do Projeto Inclusive-SE:

I - Promover cursos de capacitação para as Pessoas com Deficiência, de acordo com o nível de formação,

II - Prover formação para professores da rede de ensino regular do município, com base na inclusão social,

III - Ofertar cursos de orientação vocacional para Pessoas com Deficiência,

IV - Fornecer suporte para as Pessoas com Deficiência em seus ambientes de trabalho através da metodologia do Emprego Apoiado,

V - Promover ações que garantam a prática de exercícios físicos e atividades esportivas,

VI - Garantir a autonomia e eliminar as barreiras que impedem o acesso de Pessoas com Deficiência a eventos culturais e de lazer.

Artigo 4º - O Executivo poderá firmar termos de cooperação, parcerias ou convênios com as entidades ou órgãos ligados às áreas de atenção às Pessoas com Deficiência, além daquelas relacionadas à saúde, à educação, ao esporte, à cultura e lazer.

Parágrafo único: Os convênios mencionados visam oportunizar a disponibilização de profissionais habilitados que possam contribuir com a realização dos cursos e capacitações, bem como a prestação de assessoria técnica e apoio no desenvolvimento do projeto.

Artigo 5º - A despesa para a implantação deste projeto poderá ser dada através da busca de

recursos no Governo Estadual e Federal, da reserva orçamentária do Executivo Municipal, com o uso das verbas federais já existentes, parcerias e convênios com a iniciativa pública e privada.
Artigo 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

De acordo com dados do Censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 45.606.048 pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população brasileira. No que concerne às regiões, nota-se maior concentração desses indivíduos na região Nordeste do país, com um quantitativo de 26,6% da população.

Conforme informações desse mesmo censo, a população de Lagarto, município localizado na região centro-sul de Sergipe, em 2010 era de 94.861 pessoas, com uma estimativa de crescimento para 104.408 de habitantes em 2019. Desse quantitativo, foi identificado um total de 32.698 pessoas com algum tipo deficiência no município, sendo 6.223 com deficiência auditiva, 1.780 com deficiência intelectual/mental, 7.188 com deficiência motora e 17.507 com deficiência visual. Esse quantitativo corresponde a 30% da população total do município do período analisado, superior, portanto, às médias regional e nacional (IBGE, 2010). Esses dados indicam a necessidade de implementação de políticas públicas no município que contemplem as Pessoas com Deficiência, considerando as suas especificidades.

A Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, representa um grande marco na luta pela garantia dos direitos das Pessoas com Deficiência. No entanto, na rotina diária, essas pessoas se deparam com diversas barreiras que dificultam o desenvolvimento da autonomia e a inclusão social.

De acordo com Santos (2020), Pessoas com Deficiência têm sido vítimas de outra forma de dominação, além do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado: o capacitismo. Trata-se da forma como a sociedade os discrimina, não lhes reconhecendo as suas necessidades especiais, não lhes facilitando acesso à mobilidade e às condições que lhes permitiriam desfrutar da sociedade como qualquer outra pessoa.

De acordo com a Lei Orgânica do município de Lagarto/SE, Art. 10º, Inciso II: "*É da competência do Município em comum com a União e o Estado: cuidar da saúde e assistência pública, dar proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência"*. Ainda nos termos dessa normativa, Art. 27: "*A iniciativa das Leis Complementares e ordinárias cabe a qualquer Vereador ou Comissão, ao Prefeito e aos cidadãos na forma e nos casos previstos nesta Lei Orgânica".*

Desta forma, a presente iniciativa legislativa propõe considerar a Pessoa com Deficiência nos objetivos e ações das políticas públicas do município, de forma a assegurar a inclusão social efetiva. Isto posto, por estar a presente matéria em conformidade com os

dispositivos da Lei nº 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), rogo aos nobres pares, dentro de suas prerrogativas legais e constitucionais, a aprovação deste Projeto de Lei em nome dos princípios da equidade e da dignidade da pessoa humana.

Certo de que esta solicitação será atendida, renovo os protestos de estima e consideração.

Lagarto/SE, 09 de fevereiro de 2022.

_____

Vereadores

REFERÊNCIA:

IBGE. **Censo demográfico, 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>.

IBGE. **Estimativa populacional, 2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-depopulacao.html>.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Portugal: Edições Almedina, S.A., 2020. p. 18. p. 21.

BRASIL, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

BRASIL, Lei Orgânica nº 1, de 31 de dezembro de 2015. **Lei Orgânica do Município de Lagarto/Sergipe**. Disponível em: https://www.lagarto.se.leg.br/leis/lei-organica-do-municipio.

APÊNDICE H – PRODUTO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE NACIONAL PARA ENSINO DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS

Juliana Maria Freitas de Oliveira

CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

PRODUTO TÉCNICO

São Cristóvão – SE

2022

JULIANA MARIA FREITAS DE OLIVEIRA

CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Produto Técnico apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais (PROFCIAMB), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Ambientais.

Orientadora: Prof.ª Dra. Lavínia Teixeira de Aguiar Machado

São Cristóvão – SE

2022

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

2.1 Descrição das atividades

2.2 Público-alvo

2.3 Execução das atividades e Cronograma

2.4 Membros da equipe de execução

3. REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a deficiência é um conceito que se modifica ao longo do tempo e surge da interação entre condições de saúde e fatores contextuais. Pode se manifestar em graus variados e em ambos sexos, sem distinção de faixa etária ou estrato social. Considera-se pessoa com deficiência (PcD) "aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (Art. 2, Lei Federal nº 13.146/2015).

Embora a Constituição Federal de 1988 assegure os direitos à vida, saúde, educação e cidadania para a PcD, somente em 2008, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, instituída pelo Decreto Federal n° 6.949, foi que se obteve um maior debate a respeito dessa população. Essa convenção teve como principais eixos norteadores a igualdade, a acessibilidade, a não discriminação, a participação plena e efetiva, bem como inclusão na sociedade.

No Brasil, existem poucos estudos que mostram a prevalência e distribuição das PcD no território nacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no seu último censo realizado em 2010, demonstrou que 45.606.048 pessoas possuem algum tipo de deficiência, correspondendo a cerca de 24% da população brasileira. Em 2013, a pesquisa nacional em saúde (PNS) demonstrou uma estimativa de 200,6 milhões de pessoas no Brasil e 6,2% destas tinham alguma deficiência. O Nordeste é a região com maior percentual da população que apresenta pelo menos um tipo de deficiência, com um quantitativo de 26,6% da população. No estado de Sergipe, o IBGE em 2010 notificou um total de Sergipe de 25% da população apresentando alguma deficiência. O município de Lagarto, localizado na região centro-sul do Estado de Sergipe, apresentou um quantitativo correspondente a 30% de PcD, sendo superior, portanto, às médias regional e nacional (IBGE, 2010).

Diante disso, faz-se necessário uma atualização nos dados sociodemográficos dessa população nesse território. Além disso, a deficiência é uma condição permanente que está presente nos diversos ciclos da vida, podendo surgir desde o nascimento, ou aparecer durante a fase adulta, ou até mesmo no envelhecimento. O conceito de deficiência é uma discussão historicamente antiga: PcD eram mal vistas pela sociedade, sendo denominadas pejorativamente e "direcionadas" a rejeição ou morte. Posteriormente, a PcD passou a ser estudada e interpretada como portadora de uma condição clínica tratável, visto que para sua reinserção social necessitava-se de tratamento. Nesta época, pouco se ouvia e conhecia sobre

as singularidades da PcD.

Sendo assim, o produto técnico foi planejado com o intuito de desmistificar a PcD sobre suas individualidades e as características sociais, políticas e culturais intrincadas à rede de atenção à PcD, necessária para melhorar a compreensão que a pessoa está em primeiro lugar e que a deficiência é um produto das barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade, as quais podem impedir sua plena inclusão e participação. Para isso, faz-se necessário o entendimento do conceito da PcD pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais responsáveis pelo preenchimento do cadastro da família do SUS, para que se tenham dados epidemiológicos e demográficos mais condizentes com a realidade local, sendo substanciais para o desenvolvimento de políticas e ações futuras centradas nos pilares da saúde, da educação, do direito à participação social e cultural, promovendo autonomia e empoderamento para a PcD.

Tendo como base o Art 2º da Portaria nº 793/2012, elencamos como substanciais diretrizes: o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, garantia de acesso e cuidado integral, e como meta central a diversificação de estratégias de cuidado focadas na comunidade, a partir do desenvolvimento de atividades no território que favoreçam o "viver sem limite", com vistas à promoção e ao exercício da cidadania, através de ações exequíveis de educação continuada com participação e controle social nos diversos âmbitos que compõem o cenário da PcD.

1. INTRODUÇÃO

Considerando o disposto no Art. 5º da Portaria 793/2012 referente à operacionalização da Rede de Cuidados à PcD, faz-se necessário o diagnóstico e desenho regional da rede com intuito da adesão das pessoas com deficiência no atendimento integral. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de ampliar a atenção básica nos municípios, visando a promoção da saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, é de atribuição específica dos ACS trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea, bem como cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os dados atualizados (MS, 2012).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), fundamentada nos princípios das políticas nacionais de educação e de saúde, apresenta diretrizes e orientações para a qualificação de profissionais de enfermagem e de ACS que atuam na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em diversas áreas, incluindo a Rede de Atenção à PcD. A política de educação profissional de nível médio para o SUS implementada pela SGTES, por meio das Ações Técnicas do DEGES, busca estratégias de fomento e fortalecimento da formação e qualificação da força de trabalho do SUS.

Segundo o IBGE (2010), cerca de 25% do total da população tem algum tipo de deficiência. Estes dados, assim como o quantitativo da população brasileira, foram provenientes de questionário amostral que levantou informações sobre deficiência física/motora, visual, auditiva, mental/intelectual em 8,2% dos domicílios entrevistados. Com base na pesquisa realizada, o IBGE apontou que as desigualdades permanecem em relação às PcD, as quais apresentam taxas de escolarização, ocupação e rendimentos menores que a maioria da população sem deficiência.

Cumpre frisar que o Mestrado Profissional (MP) possibilita a imersão do Mestrando no mundo da pesquisa, visto que o seu desenvolvimento demanda uma necessidade de proposta de intervenção com base na realidade identificada. Dessa forma, os resultados obtidos sobre o temainvestigado e o produto gerado com a pesquisa, precisam não apenas ser divulgados com a publicação da dissertação ou artigo dela decorrente, mas, sobretudo, utilizados para transformações (ROCHA *et al.*, 2019).

Baseando-se nos objetivos da Rede de Cuidados à PcD, foi desenvolvido o Produto Técnico “Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”, com a finalidade de atender os requisitos do Mestrado Profissional vinculado ao Programa de Pós-Graduação em

Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais (PROFCIAMB) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O Produto Técnico está vinculado à dissertação intitulada “Racismo ambiental na pessoa com deficiência em situação de vulnerabilidade no centro-sul do estado de Sergipe”. Este produto tem como objetivo capacitar os ACS para a desmistificação e identificação de PcD, com vistas a mitigar estigmas, na observação da acessibilidade dos ambientes escolares e laborais, detecção de barreiras atitudinais, estruturais e sociais, atividades de autocuidado, atividades de classe e relacionamento dos serviços (unidades de saúde, centro especializado e comunidade).

2. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

2.1 Descrição das atividades

A capacitação para os ACS foi cadastrada como um projeto de extensão da Universidade Federal de Sergipe – UFS, sob o Edital nº 02 PROEX PIAEX/UFS de 10 de maio de 2021 e divulgada via *WhatsApp* e na página do *Instagram* do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT (@taltprodida) (Figura 1). As inscrições para o curso foram gratuitas e realizadas via *link* de acesso à atividade de extensão.

Figura 1 – Página do *Instagram* do projeto de pesquisa e extensão Técnica Aplicada Lavínia Teixeira – TALT.

2.2 Público-alvo

Agentes Comunitários de Saúde.

2.3 Execução das atividades e Cronograma

A capacitação para os ACS ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2021, via plataforma *Google Meet*, de forma remota e on-line, com representatividade de ACS, principalmente dos municípios que compõem a regional centro-sul de Sergipe.

Cada encontro abordou uma temática específica, seguindo a programação mensal e o

cronograma de atividades (Quadro 1):

(1) Pessoa com deficiência (PCD) - estigma e capacitismo;

(2) Políticas Públicas envolvendo as Pessoas Com Deficiência, saúde global e questões clínicas;

(3) Pessoa com Síndrome de Down: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(4) Pessoa com Paralisia Cerebral: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(5) Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(6) Acidente Vascular Cerebral: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(7) Diabetes mellitus: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(8) Doença de Parkinson: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(9) Doença de Alzheimer: conceito, prevalência, causas, diagnósticos, características clínicas, características funcionais, tratamentos e linhas de cuidado;

(10) Uso de medicamentos e o tratamento medicamentoso.

Quadro 1 – Cronograma de atividades do curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Encontros	2021				
	Julho	**Agosto**	**Setembro**	**Outubro**	**Novembro**
Encontro (1)					
Encontro (2)					
Encontro (3)					
Encontro (4)					
Encontro (5)					
Encontro (6)					
Encontro (7)					
Encontro (8)					
Encontro (9)					
Encontro (10)					

2.4 Membros da equipe de execução

Além da organização com a orientadora dessa pesquisa, a capaciação contou com a monitoria de alunas de graduação e pós-graduação do projeto de pesquisa e extensão TALT da UFS:

Quadro 2 – Membros da equipe de execução.

Nome	Categoria	Função	Departamento
Lavínia Teixeira de Aguiar Machado	Docente	Coordenadora	DESL
Juliana Maria Freitas de Oliveira	Discente	Coordenadora Adjunta	PROFCIAMB
Adrielle Andrade Passos	Discente	Monitora	PPGCAS
Beatriz Menezes de Jesus	Discente	Monitora	PROCFIS
Marcia Soares de Oliveira Lopes	Servidora	Monitora	DIAC

3. REFERÊNCIAS

EMDAGRO. Informações Básicas Municipais Município de Lagarto. Aracaju, 2018.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.

MS. PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora MS, 2012. p. 48-49.

ONU. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasil, 2015.

ROCHA, S. L.; GALVÃO, E. F. C.; DOMINGUES, R. J. S. PRODUTO EDUCACIONAL - Guia de Produtos Educacionais em Ensino em Saúde. Belém, 2019.