



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Daniele Batista Brandt

**Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com
deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

Daniele Batista Brandt

**Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com deficiência
e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina da Costa Cardoso

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

B821 Brandt, Daniele Batista.
Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com
deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro / Daniele
Batista Brandt. – 2018.
183 f.

Orientadora: Isabel Cristina da Costa Cardoso.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Serviço Social.

1. Pessoas com deficiência - Orientação e mobilidade - Rio de Janeiro
(Estado) - Teses. 2. Espaços públicos - Rio de Janeiro (Estado) - Teses.
3. Doentes crônicos - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 4. Política urbana -
Rio de Janeiro (Estado) - Teses. I. Cardoso, Isabel Cristina da Costa. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social.
III. Título.

CDU 711-056.26

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Daniele Batista Brandt

Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 31 de outubro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina da Costa Cardoso (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^a. Dr^a. Mônica Maria Torres de Alencar
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^a. Dr^a. Tatiana Dahmer Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Rafael Soares Gonçalves
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana e Carlos, à minha irmã Eliana, ao meu irmão Carlos Alberto (*in memoriam*), à minha cunhada Eliane e à minha sobrinha Julia, pela compreensão diante das ausências ao longo destes quatro anos.

À minha orientadora, Isabel Cristina da Costa Cardoso, que acompanha e estimula meu processo de formação como pesquisadora desde o mestrado.

Às professoras Ana Fani Alessandri Carlos, Marilda Vilela Iamamoto, Luiz Antônio Recamán Barros e Leandro Silva Medrano pela inspiração nas disciplinas cursadas no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana da Universidade de São Paulo (Usp) e no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura de Urbanismo da Usp.

Aos professores Ana Fani Alessandri Carlos, Marilda Vilela Iamamoto, Maurílio Castro de Matos e Tatiana Dahmer Pereira pela participação na banca de qualificação da tese. Aos professores Maurílio Castro de Matos, Tatiana Dahmer Pereira, Mônica Maria Torres de Alencar e Rafael Soares Gonçalves pela participação na banca de defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialmente às Professoras Ana Inês Simões, Elaine Rossetti Behring e Silene de Moraes Freire, por suas valiosas contribuições.

Ao Departamento de Fundamentos Teórico-Práticos da Faculdade de Serviço Social pelo investimento na minha formação e liberação de carga horária para a conclusão do processo de doutoramento.

A minhas companheiras de coordenação do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde, Débora Lopes e Rodriane Oliveira, por todo o apoio e incentivo.

Ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, especialmente aos colegas Alexandre, Claudia Carmo Gonçalves, Cláudia Domingues Guimarães, Cláudia Palmieri, Érica Fabro, Luzia Pereira, Raquel Sena, Valdéa, Vânia Braz, Vanessa Barreto e Vanessa Miranda Gomes da Silva.

Aos meus companheiros do URBANOSS, Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas-Lefebvrianos sobre Espaço Urbano, Vida Cotidiana e Serviço Social, Caroline, Daiane, Débora, Gorete, Jonas, Mariana, Natiely, Patrícia e Vinicius.

Aos meus amigos Elaine Junger Pelaez, Flavia Orind, Graziela Scheffer Machado, Juliana Fiuza Cislighi, Luciana Dantas e Sandra Maria Lisboa Veríssimo, por todo amor que torna essa jornada menos dura. E à minha amiga Juliana June que, além de tudo, contribuiu na tabulação dos dados empíricos e na revisão do texto para elaboração dessa tese.

Aos colegas fundamentais nessa jornada de doutoramento, Dayana da Silva Scoralich, na Uerj e Mariana Pinheiro, na Usp, com a certeza de futuros encontros.

E, por último, mas não menos importante, ao meu amado Rodrigo Jordá Vendrell, por sua presença constante, apesar do oceano que (ainda) nos separa.

RESUMO

BRANDT, Daniele Batista. *Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro*. 2018. 183 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Este trabalho tem como objetivo geral discutir a mobilidade urbana e o transporte das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro como questão pertinente ao campo teórico e político da produção social do espaço e do “direito à cidade”, nos termos de Henri Lefebvre. E, como objetivos específicos: 1) analisar a importância da mobilidade urbana para a produção do espaço social, para a re-produção das relações sociais, para a vida cotidiana e para as lutas em torno do direito à cidade; 2) identificar o papel das classes sociais e do Estado com relação à mobilidade e urbana e ao transporte público urbano no Brasil no final do século XX e início do século XXI, com ênfase na cidade do Rio de Janeiro; 3) refletir sobre as demandas de mobilidade e transporte urbana das pessoas com deficiências e doenças crônicas na cidade do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada tem como base o método materialista histórico-dialético e como técnicas de coleta pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: mobilidade urbana; transporte; saúde; deficiências; doenças crônicas.

ABSTRACT

BRANDT, Daniele Batista. *Social production of space and urban mobility of people with disabilities and chronic diseases in the city of Rio de Janeiro*. 2018. 183 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This work has the general objective of discussing urban mobility and transport of people with disabilities and chronic diseases in the city of Rio de Janeiro as an issue pertinent to the theoretical and political field of the social production of space and the “right to the city”, in terms of Henri Lefebvre. And, as specific objectives: 1) analyze the importance of urban mobility for the production of social space, for the re-production of social relations, for everyday life and for the struggles around the right to the city; 2) identify the role of social classes and the State in relation to urban mobility and urban public transport in Brazil at the end of the 20th century and beginning of the 21st century, with an emphasis on the city of Rio de Janeiro; 3) reflect on the mobility and urban transport demands of people with disabilities and chronic diseases in the city of Rio de Janeiro. The methodology used is based on the historical-dialectical materialist method and bibliographic and documentary research as collection techniques.

Keywords: urban mobility; transport; health; disabilities; chronic diseases.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Pessoas com deficiências adquiridas por doença ou acidente, segundo tipo de deficiência: Brasil, 2013	106
Tabela 2 – Limitação e frequência em serviço de reabilitação pela pessoa com deficiência, segundo tipos: Brasil, 2013	107
Quadro 1 – Centros especializados em reabilitação no município do Rio de Janeiro (RJ)	148
Quadro 2 – Modalidades de transporte para pessoas com deficiência e doença crônica	149
Tabela 3 – Dados clínicos e sociodemográficos das pessoas com câncer: INCA/HC III, 2012 – 2016	182

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABSOLUTE	Sistema de Informações Clínicas
ANPET	Associação Nacional de Pesquisa e Ensino em Transportes
ANTP	Associação Nacional de Transportes Públicos
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BRT	<i>Bus Rapid Transport</i> / Ônibus de Trânsito Rápido
BRS	<i>Bus Rapid Service</i> / Ônibus de Serviço Rápido
CADÚNICO	Cadastro Único do Governo Federal
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEO	Centro de Especialidade Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENOM	Centro Educacional Nosso Mundo
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades
CIP	Conselho Interministerial de Preços
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Centro Municipal de Saúde
CMTR	Conselho Municipal de Transportes
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
COMDEF	Conselho Municipal de Defesa da Pessoa com Deficiência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONCIDADES	Conselho das Cidades
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DEM	Partido Democratas
DETRO	Departamento de Transportes Rodoviários do Rio de Janeiro
DNER	Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
EBTU	Empresa Brasileira de Transportes Urbanos
ESS	Escola de Serviço Social
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
FDTU	Fundo de Desenvolvimento dos Transportes Urbanos
FETRANSPOR	Federação das Empresas de Transportes de Passageiros do Estado do Rio de Janeiro
FFLCH	Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
FNRU	Fórum Nacional da Reforma Urbana
FPTP	Frente Parlamentar do Transporte Público
FNR	Fundo Rodoviário Nacional
FSS	Faculdade de Serviço Social
GEIPOT	Grupo de Estudos para Integração da Política de Transporte
HCIII	Hospital do Câncer III
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA	Índice Geral de Preços ao Consumidor
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
IPPUR	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional
ISS	Imposto sobre Serviços
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOMRJ	Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro

MCIDADES	Ministério das Cidades
MDT	Movimento Nacional pelo Direito ao Transporte Público e de Qualidade para Todos
MPE	Ministério Público Estadual
MPL	Movimento Passe Livre
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Transporte
NTU	Associação Nacional das Empresas de Transportes Urbanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PET	Programa de Educação Tutorial
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PMCMV	Programa Minha Casa Minha Vida
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNMU	Política Nacional de Mobilidade Urbana
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAT/SAT	Risco/Seguro de Acidente de Trabalho
REITUP	Regime Especial de Incentivos para o Transporte Coletivo Urbano e Metropolitano de Passageiros
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SEDU	Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano
SEMOB	Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SETRANS	Secretaria de Estado de Transportes
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGEM	Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais
SISCAF	Sistema Informatizado de Produtividade da Fisioterapia Oncológica

SISPROFNS	Sistema de Gerenciamento e Cadastro de Propostas do Fundo Nacional de Saúde
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMTR	Secretaria Municipal de Transporte
SNH	Secretaria Nacional de Habitação
SNPU	Secretaria Nacional de Programas Urbanos
SNSA	Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental
SNTU	Sistema Nacional de Transportes Urbanos
STA	Secretaria de Transportes Aquáticos
STT	Secretaria de Transportes Terrestres
SUBPD	Subsecretaria da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TPU	Transporte Público Urbano
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
USP	Universidade de São Paulo
VLT	Veículo Leve sobre Trilhos
VT	Vale Transporte

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE	27
1.1 Leituras sobre modo de produção e reprodução das relações sociais de produção	28
1.2 Produção do espaço e da vida cotidiana	36
1.3 Direito à cidade	47
2 A POLÍTICA DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE NO BRASIL..	62
2.1 Caracterização da política de mobilidade urbana e transporte	62
2.2 Panorama da política de mobilidade urbana e transporte no Brasil	82
2.3 Política de mobilidade urbana e transporte nos anos 2000	88
3 QUANDO NOMEAR É UM ATO POLÍTICO: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA	97
3.1 Disputa de sentidos sobre deficiência e doença crônica	98
3.2 Caracterização do universo das pessoas com deficiência e doença crônica	105
3.3 Particularidades das pessoas com câncer de mama	109
4 RESPOSTAS ÀS NECESSIDADES SOCIAIS E DEMANDAS DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA E A RELAÇÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE E O DIREITO À CIDADE	121
4.1 A intersectorialidade como tática para garantia do direito à saúde	121
4.2 Políticas de mobilidade urbana, transporte e saúde das pessoas com deficiência e doença crônica	130
4.2.1 <u>Carteira ou bilhete eletrônico para gratuidade no transporte coletivo</u>	130
4.2.2 <u>Veículo para transporte</u>	139

4.3	Em defesa da articulação entre direito à saúde e direito à cidade.....	151
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	166
	APÊNDICE A – Tabela 3 – Dados clínicos e sociodemográficos das pessoas com câncer: INCA/HC III, 2012 – 2016	182

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como *tema* a mobilidade urbana das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro, buscando responder aos seguintes *problemas* de investigação: Qual a importância da mobilidade urbana e do transporte na sociedade urbana? A mobilidade urbana e o transporte vem sendo objeto de disputa pelas classes sociais? Qual tem sido o papel do Estado? Qual a relação entre o direito à saúde e o direito ao transporte na cidade do Rio de Janeiro? Essa relação possui materialidade através de políticas públicas ou de ações intersetoriais? Estas ações contemplam os diferentes níveis de restrição, dependência e necessidade dos usuários?

O tema da *mobilidade urbana* vem ganhando progressivo destaque no pensamento sobre o urbano nas últimas décadas, tanto na academia quanto nos movimentos sociais urbanos, tendo em vista sua importância enquanto expressão do fenômeno e da problemática urbana contemporânea. Na academia, é abordado por diversas áreas do conhecimento, em especial pelas disciplinas Engenharia, Arquitetura e Urbanismo e Planejamento Urbano, donde resulta a polissemia e o babelismo em torno do seu conceito. Em termos gerais, o conceito de mobilidade urbana busca contemplar os determinantes e condicionantes dos deslocamentos no espaço, mas é comum sua utilização como sinônimo de transporte.

Por outro lado, o tema do *transporte* vem sendo historicamente resumido ao deslocamento de pessoas e mercadorias no espaço, contemplando o modo (motorizado e não motorizado), o objeto (passageiro e carga), a característica (coletivo e individual), a natureza (público e privada), o modal (rodoviário; ferroviário; aquaviário; dutoviário; e aéreo) e a infraestrutura (vias e logradouros públicos, estacionamentos; terminais, estações e conexões; pontos para embarque e desembarque; sinalização viária e de trânsito; equipamentos e instalações; e instrumentos de controle, fiscalização, arrecadação e informação).

A partir das lutas pela redução das tarifas do transporte coletivo, que deram origem às *Jornadas de Junho de 2013*, e do reconhecimento do transporte como direito social na Constituição Federal em 2015, observa-se uma tendência de indissociabilidade dos temas da *mobilidade urbana* e do *transporte*, processo que vem contribuindo para a uma tentativa de superação do racionalismo tecnicista

recorrente, rumo à construção de um saber crítico e uma prática social inovadora sobre a questão.

Não obstante os avanços indicados, a importância da mobilidade urbana e do transporte vem sendo pouco tematizada através de análises críticas, sobretudo a partir dos conceitos de *produção do espaço*, *re-produção das relações sociais*, *vida cotidiana* e *direito à cidade*, presentes na obra do filósofo marxista francês Henri Lefebvre.

O processo de industrialização-urbanização a partir do século XX, com consequente implosão-explosão das cidades (LEFEBVRE, 1999), deu origem ao crescimento dos meios de deslocamento motorizados para transporte individual e coletivo, bem como a constituição de um modelo rodoviário, hegemônico em diversos países como o Brasil. O sistema de transporte, que deveria ser organizado para o atendimento às pessoas, inclusive as com deficiência e doença crônica, tornou-se cada vez mais um ramo independente da indústria que reproduz as relações sociais de produção capitalistas. Sendo assim, a diversidade de necessidades sociais que expressa o valor de uso do transporte é subordinada ao valor de troca desse serviço urbano e à dinâmica de valorização do capital.

No presente trabalho, o conceito de *mobilidade urbana* será abordado a partir de uma perspectiva ampliada, pois, considerando que o *espaço social* é produtor das relações socioespaciais no modo de produção e na sociedade urbana neocapitalista moderna (LEFEBVRE, 2006), os deslocamentos (físicos, econômicos e sociais) devem ser compreendidos enquanto resultantes e condicionantes da *re-produção das relações sociais de produção* (LEFEBVRE, 1973), que assumem formas específicas na *produção do espaço* e na *vida cotidiana* no mundo moderno, no contexto da *sociedade burocrática de consumo dirigido* (LEFEBVRE, 1991), ganhando importância enquanto estratégia de lutas contra-hegemônicas que buscam a materialização do projeto global da sociedade urbana, contemplando o *direito à cidade* e o *direito à diferença* (LEFEBVRE, 1999; 2008).

No Brasil, a *mobilidade urbana* foi incorporada enquanto tema estratégico da política de desenvolvimento urbano, a partir da criação do Ministério das Cidades, no ano de 2003, estando presente desde a primeira formulação da Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável (BRASIL, 2004a), bem como na Política Nacional de Mobilidade Urbana - Lei nº 12.587/12 (BRASIL, 2012a). Além disso, cabe destacar

que a *mobilidade urbana*, incluindo as regras de *acessibilidade* aos locais de uso público, passou a ser uma das diretrizes da política urbana presentes no Estatuto das Cidades - Lei nº 10.257/2001 (BRASIL, 2001a), através do Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015). Considerando-se o conjunto dos marcos político-institucionais e jurídicos referidos, a tese dedicará sua atenção ao período compreendido entre o início do século XXI e os dias atuais.

Um dos princípios da Política Nacional de Mobilidade Urbana é a *acessibilidade universal*, compreendida como “facilidade disponibilizada às pessoas que possibilite a todos autonomia nos deslocamentos desejados, respeitando-se a legislação em vigor” (BRASIL, 2012). O conceito de *acessibilidade* busca abordar as condições favoráveis para o uso de objetos, serviços e espaços urbanos que garantam a participação social dos sujeitos em todos os âmbitos da vida cotidiana. Mas, considerando que conceito teve origem na reabilitação física e profissional, ele vem sendo tradicionalmente utilizado para designar as condições de participação social das pessoas com deficiência. Conforme expresso no Estatuto da Pessoa com Deficiência, considera-se *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, s.p.).

Por um lado, a *mobilidade urbana* pode ser afetada por diferentes fatores, tais como idade, estado de saúde, funcionalidade, capacidade, dependência, entre outros, que podem resultar em restrição de mobilidade, de caráter definitivo ou temporário; por outro, a *acessibilidade* pode ser constringida por barreiras físicas, sociais e econômicas. Mas, em ambos os casos, observa-se que as restrições e barreiras atingem de forma mais contundente a população pobre, em consonância com a afirmação de Lourenço (2006), de que *mobilidade urbana* e *acessibilidade* estão relacionadas à condição de classe, o que pressupõe levar em consideração a desigualdade social e econômica que influencia na forma como o deslocamento se realiza no tempo e no espaço:

[...] a baixa mobilidade dos pobres na metrópole decorre não só da insuficiência da renda, mas, também, do desigual acesso aos meios de transportes. Esta desigualdade reproduz-se na forma de obstáculos ao

acesso às oportunidades de trabalho e de educação e, até mesmo, no isolamento social (LOURENÇO, 2006, p.99).

Considerando a diferença entre deficiência e doença crônica, cabe destacar que pessoas com doença crônica podem apresentar deficiências, temporárias ou permanentes, devido à evolução da doença ou ao tratamento realizado, com limitações para a vida em sociedade. Uma dessas limitações é o exercício da mobilidade urbana, com importantes repercussões para a apropriação do tempo e do espaço por estes sujeitos, na medida em que encontram ainda mais restrições para o uso da cidade que os demais cidadãos, considerando seus equipamentos urbanos e serviços coletivos, e para a materialização de seus direitos fundamentais, como a liberdade de locomoção e o direito à propriedade atendendo à sua função social, e de seus direitos sociais, como a saúde e o transporte.

No Brasil, algumas das respostas do Estado diante das necessidades de mobilidade urbana e o transporte das pessoas com deficiência e doença crônica têm sido a oferta de programas das políticas de transporte e de saúde, nos três níveis de governo: programas de gratuidades por carteira/bilhete eletrônico e de veículos para transporte. Contudo, há dúvidas se estes programas contemplam os diferentes níveis de restrição, dependência e necessidade destes usuários.

Frente esse quadro, a *hipótese* de trabalho aponta para três dimensões:

1. O frágil embasamento teórico-crítico dos estudos e políticas que tratam do tema da mobilidade urbana e do transporte urbanos, notadamente a baixa interlocução com o pensamento lefebvriano;

2. A luta de classes e papel do Estado em torno da definição das políticas de mobilidade urbana e transporte tem sido historicamente obscurecida por análises que priorizam o racionalismo tecnicista;

3. As políticas de mobilidade e transporte e de saúde em curso nos três níveis de governo não têm levado em consideração a realidade das pessoas com deficiência e/ou doenças crônicas na oferta de ações e serviços, ignorando os diferentes níveis de restrição, dependência e necessidade destes usuários.

A tese tem como *objetivo geral* discutir a mobilidade urbana e o transporte das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro. E, como *objetivos específicos*:

1. Analisar a importância da mobilidade urbana para a produção do espaço social, para a re-produção das relações sociais, para a vida cotidiana e para as lutas em torno do direito à cidade;

2. Identificar o papel das classes sociais e do Estado com relação à mobilidade e urbana e ao transporte público urbano no Brasil no período compreendido pelo início do século XXI aos dias atuais, com ênfase na cidade do Rio de Janeiro;

3. Refletir sobre as necessidades e demandas de mobilidade e transporte urbana das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo tem como *motivação teórica* a produção de conhecimento sobre mobilidade urbana e transporte enquanto uma das expressões do fenômeno urbano e da problemática urbana contemporânea, considerando três principais lacunas observadas: incipiente corpus teórico de inspiração marxista, pouca interlocução entre diferentes áreas do conhecimento, e carência de estudos mais robustos sobre a temática em relação às necessidades e demandas das pessoas com deficiências e/ou doenças crônicas.

A mobilidade urbana e o transporte vem sendo tematizados por um número expressivo de estudos, sobretudo nas áreas de Engenharia, Arquitetura e Urbanismo, Planejamento Urbano¹. Porém, observa-se que a grande maioria das produções está baseada em pesquisas exploratórias de origem e destino e estudos de casos, frente a um número ainda incipiente de reflexões fundamentadas na teoria social crítica e, em especial, no método dialético presente na obra do filósofo marxista francês Henri Lefebvre.

O fenômeno urbano não pertence a uma ciência especializada, sendo, portanto, um campo diferencial e um objeto virtual, cuja complexidade torna indispensável superação do imperialismo científico, rumo à cooperação interdisciplinar que vise a totalidade e à construção de uma estratégia urbana contra-hegemônica (LEFEBVRE, 1999). Contudo, na divisão do trabalho teórico, observa-se pouca interlocução entre os saberes em diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo, de Serviço Social e de Planejamento Urbano (PEREIRA, 2009).

É inegável a importância de estudos sobre a mobilidade urbana e transporte que contemplem a realidade de grupos sociais específicos, caracterizando as

¹ Citamos como referências dos estudos dessas áreas que merecem destaque na presente tese, ainda que não esgotem a bibliografia desses campos disciplinares: Vasconcellos (2013) e outros.

desigualdades, as necessidades e as demandas desses sujeitos e, quiçá, elaborando propostas para mudança dessa realidade. Entretanto, observa-se a carência de análises baseadas na realidade das pessoas com deficiência e/ou doença crônica que, apesar de contarem com estatutos que garantem medidas de promoção da equidade, encontram sérias dificuldades para o exercício de seus direitos fundamentais e de seus direitos sociais (BRANDT, 2013; 2017).

O estudo apresenta como *motivação prática* a produção de conhecimento que materialize a função social da universidade e que contribua para a mudança das práticas sociais rumo à constituição de uma prática global da sociedade urbana, ou seja, “a prática da apropriação, pelo ser humano, do tempo e do espaço, modalidade superior da liberdade” (LEFEBVRE, 1999, p. 131), na qual venha a se materializar o direito à cidade e à diferença. A produção de conhecimento é uma mediação importante da práxis social e, em especial, da práxis transformadora das condições de exploração, opressão e dominação, na sociedade capitalista.

Compreende-se que o desvendamento da realidade social dos sujeitos que realizam tratamento em uma unidade de saúde de alta complexidade na área de oncologia, situada na cidade do Rio de Janeiro, poderá fornecer subsídios para gestores, profissionais de saúde, dentre os quais os assistentes sociais, e usuários dos serviços de saúde, com vistas ao exercício dos direitos sociais por esse segmento da população. Espera-se que seus resultados possam contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas, para a melhoria do processo de trabalho em saúde e do trabalho do assistente social junto aos usuários dos serviços de saúde, bem como para a formulação de estratégias de luta dos usuários, dos movimentos sociais urbanos e dos partidos políticos.

A proposta de estudo tem como *motivação pessoal* a experiência profissional da autora em uma unidade de saúde de alta complexidade, referência na assistência, ensino e pesquisa em oncologia, situada na cidade do Rio de Janeiro: o Hospital do Câncer III (HCIII) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)², onde atua como assistente social na atenção a pessoas com doença crônica desde 2011.

Além disso, apresenta como motivação a experiência acadêmica da autora, dando continuidade aos estudos realizados durante o curso de Especialização em

² O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil (Cf. INCA, 2017).

Política e Planejamento Urbano, do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que deu origem ao trabalho de conclusão de curso intitulado: “Mobilidade Urbana para Quem? Considerações sobre a política de mobilidade urbana e transporte para pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro/RJ” (BRANDT, 2013), sob orientação do Profº Drº Mauro Kleiman.

O referido trabalho teve como enfoque as gratuidades no transporte coletivo sob responsabilidade do poder público municipal, utilizando referências teóricas do Planejamento Urbano brasileiro. No segundo semestre de 2017, esta produção deu origem ao artigo “Mobilidade urbana, transporte e saúde na cidade do Rio de Janeiro” (BRANDT, 2017), publicado em periódico nacional da área de Serviço Social, classificado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em Qualis A2, demonstrando a relevância de sua contribuição para a área no país.

Diante dos resultados daquele estudo, surgiu a intenção de ampliar a análise sobre mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e doença crônica, através de projeto de pesquisa submetido ao curso de Doutorado em Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), dando origem à tese atualmente intitulada “A Produção Social do Espaço e Mobilidade Urbana das Pessoas com Deficiência e Doença Crônica na Cidade do Rio de Janeiro”.

A presente investigação pretende discutir a mobilidade urbana e o transporte, com ênfase nas ações desenvolvidas pelas políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde, pelos três níveis de governo na cidade do Rio de Janeiro, utilizando como principal referência teórica e política a obra do filósofo marxista francês Henri Lefebvre, a fim de lançar um olhar mais abrangente, do ponto de vista teórico-metodológico, sobre a questão em tela.

Cabe destacar que a problemática urbana já vem sendo objeto de reflexão da autora desde os estudos realizados durante o curso de Mestrado em Serviço Social no PPGSS/UERJ e na linha de pesquisa “Cidade, Política Urbana e Lutas Sociais”, do Programa de Estudos Trabalho e Política da Faculdade de Serviço Social (FSS) da UERJ, sob orientação da Profª Drª Isabel Cristina da Costa Cardoso.

Não por acaso, o título inicial da tese era inspirado na célebre frase “*Nous sommes tous indésirables*”, imortalizada nos cartazes do Maio de 1968, na França. Naquele ano, “indesejáveis” jovens e estudantes protagonizaram movimentos de revoltas contra a sociedade industrial que eclodiram não apenas na França, mas em várias partes do mundo. Na rua, lugar social não ocupado pelas instituições, se manifestou a espontaneidade, que em seguida estendeu-se até os locais institucionais: “tornando-se a rua um lugar político, era essa a indicação do vazio político nos locais especializados” (LEFEBVRE, 1968, p. 114).

Mais de quarenta anos depois, diante dos efeitos da crise mundial de 2008, outros tantos indesejáveis protagonizaram protestos e ocupações por todo o globo: *Revolução dos Paneleços*, na Islândia, *Primavera Árabe*, no Oriente Médio e Norte da África, *Indignados*, na Espanha, *Ocupe Wall Street*, nos Estados Unidos da América, *Ocupe Syntagma*, na Grécia, *Ocupe Taksim Gezi*, na Turquia, *Eu Sou 132*, no México e *Jornadas de Junho*, no Brasil (HARVEY et al, 2012). Contudo, passados cinquenta anos do Maio de 1968, observa-se a capacidade do capitalismo de resistir às crises e às convulsões revolucionárias, através da estratégia da classe hegemônica: a reprodução das relações sociais de produção.

No Brasil, os indesejáveis das *Jornadas de Junho* de 2013, colocaram na ordem do dia o debate sobre a *mobilidade urbana e transporte*, embalado pela retomada da bandeira de luta do *direito à cidade*. Segundo Harvey (2014), o ressurgimento da ideia do *direito à cidade* na última década não se deve ao legado intelectual de Henri Lefebvre, mas às lutas em torno das configurações das características da vida urbana cotidiana, através da disputa de poder sobre os processos de urbanização. Entretanto, a tese seguirá o caminho inverso: a partir da contribuição teórica e política de Lefebvre, buscará compreender a importância da mobilidade urbana para a *reprodução das relações sociais de produção*, através da estratégia hegemônica de *produção do espaço social e da vida cotidiana*, e da estratégia contra-hegemônica, através de luta pelo *direito à cidade*, estabelecendo um diálogo com alguns conceitos centrais em sua obra.

Compreende-se que, na atualidade, os indesejáveis continuam os mesmos: os segregados, afastados dos centros de poder, alienados do direito à cidade e à diferença, cujo cotidiano é reduzido ao consumo programado, integrados pela burguesia e Estado. Como afirma Lefebvre (1973, p.24): “Esta sociedade, em que a

reprodução (das relações) constitui o processo central e escondido, rejeita toda a espécie de grupos constituintes da vida social: a juventude [...], as mulheres, os estrangeiros, os arredores, os periféricos”. Contudo foi estabelecido como recorte metodológico, com base na trajetória profissional e acadêmica da autora, o grupo social específico das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro.

Dessa maneira, o estudo tinha como motivação inicial, ao eleger a chave analítica dos indesejáveis elaborada por Lefebvre, dar relevo às disputas em relação à mobilidade urbana e transporte, através do resgate histórico das agendas de lutas e reivindicações das pessoas com deficiência e doença crônica. Entretanto, um dos resultados da qualificação, foi reconhecer que a pesquisa não produziria dados suficientes para a análise sobre a mediação da ação política dos sujeitos enquanto sociedade civil, que permitissem compreender quais suas formas de organização e pautas de lutas relativas ao direito à saúde e ao direito à cidade

A pesquisa que ora vem a público, foi baseada na dialética materialista e histórica de investigação e exposição, que propõe uma interpretação dinâmica da realidade enquanto totalidade, pelo qual os fenômenos não podem ser compreendidos isoladamente e abstraídos de suas determinações políticas, econômicas e culturais.

Na etapa da *investigação* utilizou-se como técnicas de pesquisa para coleta de dados a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, conforme exposto a seguir:

A pesquisa bibliográfica consiste em uma técnica de coleta de dados em livros e artigos científicos, obtidos em bibliotecas ou bases de dados, cujo uso apresenta como vantagem a cobertura de uma gama de fenômenos mais ampla do que a pesquisa direta em fontes primárias (GIL, 2008). Na presente pesquisa, foi aplicada através do levantamento de obras que abordam a produção e a reprodução das relações de produção no capitalismo, em especial as contribuições de Marx e Lefebvre, como também a produção do espaço social e da vida cotidiana, o direito à cidade, a mobilidade urbana e o transporte, destes e de outros autores da tradição marxista, obtidas em bibliotecas da UERJ, da USP e em bases de dados nacionais.

A pesquisa documental consiste em uma técnica de coleta de dados presentes em documentos, obtidos em fontes tais como registros estatísticos,

registros institucionais escritos, documentos pessoais e de comunicação de massa, cujo uso apresenta como vantagens o conhecimento do passado, a investigação dos processos de mudança social e cultural, a obtenção de dados com menor custo e a sem o constrangimento dos sujeitos (GIL, 2008). Na presente pesquisa, tal técnica foi aplicada em dois momentos:

1. Caracterização da política de mobilidade urbana e transporte vigente: levantamento de registros institucionais escritos, como leis, políticas, planos e programas dos governos federal, estadual e municipal e de comunicação de massas, como matérias de jornais e blogs digitais, obtidos nas páginas eletrônicas dos órgãos dos ministérios e secretarias de governo responsáveis e demais organizações relacionadas;

2. Caracterização das desigualdades, necessidades e demandas das pessoas com deficiência e doença crônica: levantamento de dados primários agregados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Sistema de Informações Clínicas (ABSOLUTE) e Sistema de Informações de Produtividade da Fisioterapia Oncológica (SISCAF) de uma instituição de referência para o tratamento de câncer na cidade do Rio de Janeiro, o HC III, integrante do INCA, obtidos no Setor de RHC, no Setor de Faturamento e no Setor de Fisioterapia da referida instituição.

No primeiro momento, os critérios de inclusão foram: legislações e matérias de jornais que se aplicam à cidade do Rio de Janeiro. No segundo momento, os critérios de inclusão foram: pessoas com deficiência e doença crônica matriculadas para tratamento no HC III/INCA no período de 2012 a 2016 e residentes na cidade do Rio de Janeiro, que apresentem ao menos uma dessas condições: a) doença localmente avançada (especialmente lesão ulcerada); b) doença em tratamento paliativo (câncer metastático, especialmente fratura patológica, síndrome de compressão medular e/ou doença em sistema nervoso central); c) uso de órteses ou auxiliares de marcha (cadeira de rodas, bengala, muleta, andador e/ou colete putty); d) uso de oxigenoterapia contínua; e) comorbidade resultante da doença ou do tratamento (especialmente linfedema grau III); e f) tratamento pós-operatório imediato em uso de dreno (até 15 dias).

Inicialmente, considerou-se que o projeto de tese não deveria ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, por se tratar de pesquisa com banco de dados e de situações que emergem na prática profissional e, portanto,

sem possibilidade de identificação individual dos usuários, tendo em vista as novas normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016:

Art. 1º - Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público;

IV - pesquisa censitária;

V - *pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e*

VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;

VII - *pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e*

VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

§ 1º Não se enquadram no inciso antecedente os Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias e similares, devendo-se, nestes casos, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP;

§ 2º Caso, durante o planejamento ou a execução da atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2016a, grifo nosso).

No momento de coleta dos dados no RHC do HCIII/INCA, verificou-se, contudo, que os dados de registro não se encontram agregados e, portanto, houve a necessidade da produção de uma sistematização pela equipe da Seção de Serviço Social do HC III/INCA, para que os dados empíricos pudessem ser utilizados na tese.

Além disso, no momento da coleta dos dados no SISCAF do HCIII/INCA, observou-se que as informações de produtividade do Setor de Fisioterapia refletem dados primários que expressam o número de consultas ou procedimentos (por exemplo: número de consultas ambulatoriais de enfaixamento para controle de linfedema em membro superior; número de consultas ambulatoriais de adaptação de colete *putty* para controle de lesão em coluna, número de atendimentos na unidade de internação oncológica etc.). Considerando que há um grande número de

comorbidades³ resultantes da evolução da doença ou do tratamento realizado que apresentam impactos diretos sobre a mobilidade dos usuários, assim como diferentes propostas fisioterapêuticas individualizadas e de difícil generalização, avaliou-se que os dados obtidos não permitiriam mensurar de forma fidedigna as necessidades e demandas de transporte dos usuários deste serviço de saúde e, portanto, optou-se por não incorporar tais dados ao presente estudo.

Na etapa de *exposição*, os dados foram ordenados, classificados e analisados, dando origem à presente Tese de Doutorado, que se encontra dividida em duas partes, conforme disposto a seguir:

A primeira parte da tese “Mobilidade Urbana, Reprodução das Relações de Produção e Direito à Cidade” apresenta a base teórico-crítica sobre a qual o estudo foi conduzido, discutindo algumas noções centrais no pensamento dos autores escolhidos e a trajetória da política de mobilidade e transporte no Brasil. Esta parte encontra-se dividida em dois capítulos.

O primeiro capítulo “Mobilidade urbana e transporte” busca demonstrar a contribuição de Henri Lefebvre, a partir da superação da obra de Karl Marx, para o desvelamento dos mecanismos de reprodução das relações sociais de produção, da produção de espaço e da vida cotidiana e da utopia do direito à cidade.

O segundo capítulo “A política de mobilidade urbana e transporte no Brasil” pretende possibilitar a compreensão sobre o caráter atribuído à política de mobilidade e transporte desenvolvida desde a década de 1930 até os dias atuais, com resultado das relações entre as classes sociais e o Estado.

A segunda parte da tese “Mobilidade Urbana, Transporte e Saúde das Pessoas com Deficiência e Doença Crônica” discute a relação entre as políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde, a partir da compreensão das necessidades sociais e demandas das pessoas com deficiência e doença crônica e das respostas do Estado a estas questões.

O terceiro capítulo “Quando nomear é um ato político: as pessoas com deficiência e doença crônica” discute os sentidos da deficiência e da doença crônica em disputa na sociedade brasileira, apresenta o universo mais geral das pessoas com deficiência e doença crônica no país e, em seguida, aborda as necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com doença

³ Ou seja, doenças ou transtornos coexistentes.

crônica que se expressam no cotidiano do trabalho do assistente social em uma unidade de saúde pública especializada no tratamento do câncer de mama.

O quarto capítulo “Respostas às necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e doença crônica e a relação entre direito à saúde e o direito à cidade” aborda a intersectorialidade enquanto estratégia para superação da fragmentação da vida social através da setorização das políticas públicas, com vistas à garantia do direito à saúde, demonstra a relação entre as duas políticas a partir das respostas do Estado através de políticas dirigidas a esse público, pelas três esperas de governo, na cidade do Rio de Janeiro e, discute as iniciativas que apontam relação entre o direito à cidade e o direito à saúde.

E as considerações finais apresentam um balanço sobre os resultados da pesquisa que deram origem à presente tese de doutorado e suas possíveis contribuições ao estudo dessa problemática urbana no Serviço Social.

PARTE I MOBILIDADE URBANA, REPRODUÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO E DIREITO À CIDADE

1 MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE

Este capítulo aborda a mobilidade urbana e o transporte enquanto expressão da problemática urbana contemporânea, em disputa pela estratégia hegemônica de reprodução das relações sociais de produção, através da produção do espaço e da vida cotidiana, e pela estratégia contra-hegemônica, através da construção de um projeto global que materialize o direito à cidade. Nessa perspectiva, apresenta uma síntese das leituras marxistas sobre modo de produção e reprodução das relações de produção, com centralidade no pensamento de Karl Marx, Henry Lefebvre, David Harvey e Ernest Mandel.

A *primeira seção* apresenta as leituras marxistas sobre modo de produção e reprodução das relações sociais, a partir da obra de Karl Marx, e demonstra a importância da retomada dos apontamentos sobre a *reprodução das relações sociais de produção*, a partir da produção intelectual de Henri Lefebvre, para a compreensão da problemática urbana atual.

A *segunda seção* recupera a reflexão sobre a produção do espaço e da vida cotidiana, a partir da obra de Henri Lefebvre, para o desvelamento dos mecanismos de reprodução das relações sociais de produção, da produção de espaço e da vida cotidiana, com vistas à utopia do direito à cidade. Além disso, apresenta a contribuição de Ernest Mandel para a compreensão sobre o papel do Estado e da importância do fundo público no processo de valorização do capital no contexto da crise contemporânea.

E, por último, a *terceira seção* discute o direito à cidade, retomando a sua formulação original, de autoria de Henri Lefebvre, e problematizando a elaboração mais recente, realizada por David Harvey, tecendo algumas considerações sobre suas semelhanças e diferenças a fim de dar visibilidade à polissemia que o conceito vem assumindo na atualidade, inspirando tanto pautas reformistas, como revolucionárias.

1.1 Leituras sobre modo de produção e reprodução das relações sociais de produção

O debate sobre mobilidade urbana e transporte ainda vem sendo pouco explorado na teoria marxista. Ele pode seguir dois caminhos: o primeiro, mais conhecido, orientado pela leitura sobre o *modo de produção* presente na obra de Marx, do transporte enquanto atividade produtora de valor, em uma cidade/estrutura subordinada ao processo de reprodução da força de trabalho e dos meios de produção; e o segundo, ainda pouco explorado, orientado pela leitura sobre a *reprodução das relações de produção* proposta na obra de Lefebvre, do transporte enquanto um subsistema teórico e prático no cotidiano da “*sociedade burocrática de consumo dirigido*”⁴.

O desafio desta tese será considerar a importância de ambas as contribuições, no contexto da passagem da sociedade industrial à sociedade urbana (esta última, ainda como virtualidade), no qual destaca-se a importância decisiva da produção do espaço homogêneo e do cotidiano programado para a reprodução das relações sociais de produção na sociedade contemporânea.

Em sua pesquisa sobre o modo de produção capitalista e as suas relações de produção e de circulação (e da reprodução dessas relações), Marx (1985) utiliza como ponto de partida a análise da mercadoria na sociedade. Para o autor, a mercadoria é a forma elementar do modo de produção capitalista, uma “coisa” que por suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie, independente se originadas “do estômago ou da fantasia”, se satisfeitas diretamente como meio subsistência (objeto de consumo), ou indiretamente como meio de produção. Deve ser encarada sob duplo ponto de vista, segundo o seu valor de uso que se realiza no consumo, como também o seu valor de troca, que se realiza no intercâmbio entre equivalentes no mercado.

O produto de trabalho é em todas as situações sociais objetos de uso, porém apenas uma época historicamente determinada de desenvolvimento – a qual apresenta o trabalho despendido na produção de um objeto de uso como sua propriedade ‘objetiva’, isto é, como seu valor – transforma o produto de trabalho em mercadoria (MARX, 1985, Livro I, p.63).

⁴ Este conceito de Lefebvre é discutido ao longo do presente capítulo.

Ela tem a propriedade de ser produto de diferentes formas concretas de trabalho, que se reduzem em sua totalidade a trabalho humano abstrato. Seu valor é determinado pelo quantum de trabalho socialmente necessário à sua produção, sujeito à mudança oriunda do desenvolvimento da sua força produtiva ao longo da história. Para Marx:

Somente a expressão de equivalência de diferentes espécies de mercadoria revela o caráter específico do trabalho gerador de valor, ao reduzir, de fato, os diversos trabalhos contidos nas mercadorias diferentes a algo comum neles, ao trabalho humano em geral (MARX, 1985, Livro I, p.56).

A mercadoria reflete aos homens as características sociais do seu trabalho enquanto características dos próprios produtos, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtos com o trabalho total como relação social exterior a eles, que assume “a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (MARX, 1985, Livro I, p.71). Esse caráter fetichista provém do caráter social peculiar do trabalho que produz mercadorias, onde os trabalhos privados atuam como parte do trabalho social total por meio das relações que a troca estabelece entre produtos do trabalho e, por meio destes, entre produtores, relações reificadas entre pessoas e relações sociais entre pessoas:

Portanto, os homens relacionam entre si seus produtos de trabalho como valores não porque consideram essas coisas como meros envoltórios materiais de trabalho humano da mesma espécie. Ao contrário. Ao equiparar seus produtos de diferentes espécies na troca, como valores, equiparam seus diferentes trabalhos como trabalho humano. Não o sabem, mas o fazem (MARX, 1985, Livro I, p.72),

Ela possui uma forma comum de valor que contrasta com a forma natural que apresenta seu valor de uso, que é a forma dinheiro, seu equivalente geral e social. O dinheiro atua como mediador da circulação de mercadorias, assumindo a função de meio circulante. Segundo o autor:

É exatamente essa forma acabada – a forma dinheiro – do mundo das mercadorias que objetivamente vela, em vez de revelar, o caráter social dos trabalhos privados e, portanto, as relações sociais entre os produtores privados (MARX, 1985, Livro I, p.73).

O processo de troca é o metabolismo social pelo qual as mercadorias, valores de uso, são convertidas em portadores de valor e se tornam novamente valores de uso, passando da esfera de intercâmbio para a esfera do consumo. Ele ocorre por

meio de duas metamorfoses opostas, mas complementares: a transformação da mercadoria em dinheiro (M – D) e sua retransformação de dinheiro em mercadoria (D – M). O processo de intercâmbio da mercadoria se completa na mudança de forma (M – D – M) e ao seu conjunto apresenta-se como circulação de mercadoria:

Primeiro, o dinheiro defronta-se à mercadoria como sua figura de valor, que no outro lado, no bolso alheio, possui realidade reificadamente contundente. Assim, ao possuidor de mercadorias se defronta um possuidor de dinheiro. Tão logo a mercadoria se transforma em dinheiro, torna-se este último a forma equivalente transitória dela, cujo valor ou conteúdo de uso existe desse lado, nos corpos das outras mercadorias. Como ponto final de primeira transformação da mercadoria, o dinheiro é ao mesmo tempo ponto de partida da segunda. Assim, o vendedor do primeiro ato torna-se comprador, no segundo, onde com ele se defronta um terceiro possuidor de mercadorias, como vendedor (MARX, 1985, Livro I, p.98-9).

As metamorfoses da mercadoria, em sua conversão de uma forma a outra, custam força de trabalho e tempo de trabalho que não criam valor. Trata-se de um momento necessário do processo capitalista de produção em sua totalidade, que implica também a circulação (ou sendo implicado por ela). O processo de reprodução implica funções improdutivas, cuja utilidade consiste em que uma parte menor da força de trabalho e do tempo de trabalho da sociedade seja imobilizada nessa função. Segundo o autor:

Em qualquer circunstância, o tempo empregado nisso é um custo de circulação que nada agrega aos valores convertidos. É o custo necessário para transpô-los da forma-mercadoria para a forma-dinheiro. À medida que o produtor capitalista de mercadoria aparece como agente da circulação, ele só se diferencia do produtor direto de mercadorias pelo fato de vender e comprar em escala maior e, por isso, funciona num âmbito maior como agente da circulação. No entanto, assim que o volume de seu negócio o obriga ou habilita a comprar (contratar) agentes próprios da circulação como assalariados, então o fenômeno não se altera quanto ao seu conteúdo. Força de trabalho e tempo de trabalho precisam, em certa medida, ser despendidos no processo de circulação (enquanto mera transformação da forma). Mas isso aparece agora como gasto adicional de capital; parte do capital variável precisa ser investida na compra dessas forças de trabalho que só funcionam na circulação. Esse adiantamento de capital não gera produto nem valor. Ele diminui pro tanto [proporcionalmente, nota do tradutor] o âmbito em que o capital adiantado funciona produtivamente. Seria o mesmo se parte do produto fosse transformada numa máquina que compra e vende a parte restante do produto. Essa máquina ocasiona uma dedução do produto. Não participa do processo de produção, embora possa reduzir a força de trabalho despendida na circulação etc. Constitui tão somente parte dos custos de circulação (MARX, 1985, Livro II, p.97-8).

Dessa maneira, os custos de circulação que derivam da mudança de forma do valor não entram no valor das mercadorias, constituindo meras deduções do capital gasto produtivamente pelo capitalista:

A lei geral é que todos os custos de circulação que só se originam da transformação formal da mercadoria não lhe agregam valor. São apenas custos para a realização do valor ou para sua conversão de uma forma em outra. O capital despendido nesses custos (inclusive o trabalho por ele comandado) pertence ao *faux frais* da produção capitalista. A reposição dos mesmos tem de se dar a partir do mais-produto e, considerando-se a classe capitalista como um todo, constitui uma dedução da mais-valia ou do mais-produto, exatamente como, para um trabalhador, o tempo de que precisa para comprar seus meios de subsistência é tempo perdido. (MARX, 1985, Livro II, p.108).

O autor destaca que há, contudo, custos de circulação que podem originar-se de processos de produção, cujo caráter produtivo é apenas ocultado pela forma circulação, como por exemplo, os custos de transporte. Dentro do ciclo do capital e da metamorfose da mercadoria ocorre o metabolismo do trabalho social, que pode exigir a mudança espacial dos produtos, seu movimento do lugar da produção para o lugar do consumo, dando origem ao processo de produção adicional da indústria de transportes:

O capital produtivo nela investido agrega, pois, valor aos produtos transportados, em parte pela transferência de valor dos meios de transporte, em parte pelo acréscimo de valor pelo trabalho de transportar. Como ocorre com toda a produção capitalista, este último acréscimo de valor se divide em reposição de salário e mais-valia (MARX, 1985, Livro II, p.109).

Além disso, o modo de produção capitalista diminui os custos do transporte da mercadoria mediante o desenvolvimento dos meios de transporte e de sua concentração. Ele multiplica a parte do trabalho social (tanto do vivo como do objetivado) despendida no transporte de mercadorias pela transformação da maioria de todos os produtos em mercadorias e pela substituição de mercados locais por outros distantes.

Em síntese, para Marx a indústria de transporte constitui um ramo autônomo da produção e uma esfera especial de investimento do capital produtivo que se diferencia por aparecer como continuação do processo de produção “*dentro* do processo de circulação e *para* o processo de circulação” (1985, Livro II, p.110). Portanto, há que se compreender o transporte não apenas como uma atividade de circulação de mercadorias, mas como uma atividade produtora de valor e de mais-valia.

Cabe destacar que o debate sobre o modo de produção ocupou lugar central nos estudos marxistas de inspiração estruturalista sobre a problemática urbana (CASTELLS, 2009), orientando a leitura sobre os fenômenos urbanos enquanto um

componente dos processos de reprodução da força de trabalho e dos meios de produção.

Por outro lado, Lefebvre propõe a inversão dessa perspectiva, ao considerar a industrialização como uma etapa da urbanização, já que o caráter essencial da sociedade industrial é o desenvolvimento da sociedade urbana. E destaca que, na sociedade atual, observa-se a tendência de declínio dos fenômenos ligados à industrialização, que cedem lugar aos fenômenos urbanos:

É a vida urbana que dá o sentido da industrialização, que a contém como segundo aspecto do processo. É possível que a partir de certo ponto crítico (onde podemos nos situar), a urbanização e sua problemática dominem o processo de industrialização. O que resta como perspectiva à 'sociedade industrial', se ela não produz a *vida urbana* em sua plenitude? Nada mais que *produzir por produzir*. Pra, uma classe pode produzir para ter proveito: a burguesia. Uma sociedade, mesmo gerida pela burguesia ou por uma fração da burguesia, dificilmente pode produzir apenas por produzir. Ou ela produz para o poder e a dominação, isto é, para a guerra, ou então toda ideologia, toda 'cultura', toda a racionalidade e todo sentido se decompõem (LEFEBVRE, 1991, p. 55 – grifo do autor).

A sociedade urbana deve ser o objetivo e a finalidade da urbanização e da industrialização, mas esse duplo processo perdeu seu sentido quando a vida urbana passou a ser subordinada ao crescimento econômico sem o devido desenvolvimento social, dando origem aos problemas da cidade e da sociedade urbana. Assim, o autor defende a tese que:

a cidade e a realidade urbana dependem do valor de uso. O valor de troca e a generalização da mercadoria pela industrialização tendem a destruir, ao subordiná-las a si, a cidade e a realidade urbana, refúgios do valor de uso, embriões de uma virtual predominância e de uma revalorização do uso (LEFEBVRE, 2008, p.14).

A industrialização produz a urbanização inicialmente de um modo negativo, através da explosão da sua cidade tradicional, da sua morfologia, da sua realidade prático-sensível. Mas o duplo processo industrialização-urbanização se transforma quando a cidade deixa de ser o local passivo de produção, circulação e consumo, e o centro de decisão entra para os meios de produção e para os dispositivos de exploração do trabalho através da ideologia.

A planificação racional da produção, disposição do território, industrialização e urbanização globais são aspectos do que Lefebvre denomina por "socialização da sociedade". Mas o autor chama atenção para a leitura reformista no âmbito da tradição marxista que as utiliza para designar o fato de que a acentuação da divisão

sociotécnica do trabalho implica em uma unidade mais forte dos ramos da indústria, da função do mercado e da própria produção. Segundo ele, tal formulação põe em evidência a quantidade das trocas econômicas e deixa de lado a qualidade e a diferença entre valor de uso e valor de troca:

A tese do descontínuo e do voluntarismo revolucionário radical replica o contínuo reformista: é indispensável uma ruptura, uma cesura, para que o caráter social do trabalho produtivo realize a abolição das relações de produção ligadas à propriedade privada desses meios de produção. Ora, a tese da 'socialização da sociedade', interpretação evolucionista e reformista, assume um outro sentido se observarmos que essas palavras designam – mal, incompletamente – a urbanização da sociedade. A multiplicação e a complexificação das trocas no sentido amplo da palavra não podem continuar sem que existam locais e momentos privilegiados, sem que esses lugares e momentos de encontro se libertem das coações do mercado, sem que a lei do valor de troca seja dominada, sem que se modifiquem as relações que condicionam o lucro. Até esse momento, a cultura se dissolve, tornando-se objeto de consumo, ocasião para o lucro, produção para o mercado; o 'cultural' dissimula mais de uma armadilha. A interpretação revolucionária, até o momento, não levou em consideração esses novos elementos. Não seria possível que definindo mais rigorosamente as relações entre a industrialização e a urbanização, na situação de crise, se contribuísse para a superação da contradição entre contínuo e do descontínuo absoluto, do evolucionismo reformista e da revolução total? Se o desejo é superar o mercado, a lei do valor de troca, o dinheiro e o lucro, não será necessário definir o lugar dessa possibilidade: a sociedade urbana, a cidade como valor de uso? (LEFEBVRE, 2008, p.78-79).

Para Lefebvre, o duplo processo industrialização-urbanização não é devidamente compreendido no marxismo, destacando que, para o próprio Marx, a industrialização trazia em si mesma sua finalidade, não demonstrando que a urbanização e o urbano contêm o sentido da industrialização. A produção industrial implica a urbanização da sociedade, o domínio das potencialidades da indústria exige conhecimentos específicos da urbanização e que a produção industrial produz a urbanização, fornecendo suas condições e lhe abrindo possibilidades. Dessa maneira, compreende que a "socialização da sociedade" barrou o caminho para a transformação urbana na e pela cidade, pois não se compreendeu que essa socialização contém, por essência, a urbanização:

O que foi socializado? Os signos, ao entregá-los ao consumo: os signos da cidade, do urbano, da vida urbana, bem como os signos da natureza e do campo, os da alegria e da felicidade, sem que uma prática social efetiva faça com que o 'urbano' entre para o cotidiano. A vida urbana só entra nas necessidades de marcha à ré, através da pobreza das necessidades sociais da 'sociedade socializada', através do consumo cotidiano e de seus próprios signos na publicidade, na moda, no estetismo (LEFEBVRE, 2008, p.86).

Assim, as consequências da explosão das antigas morfologias recaem sobre a classe operária, através da segregação, estratégia da classe dominante. Como resultado, uma nova miséria atinge o proletariado e outras camadas e classes sociais: a miséria do habitat, do habitante submetido a uma cotidianidade organizada na e pela “*sociedade burocrática de consumo dirigido*”⁵.

A cidade se transforma não apenas em razão de ‘processos globais’ relativamente contínuos (tais como o crescimento da produção material no decorrer das épocas, com suas consequências nas trocas, ou o desenvolvimento da racionalidade) como também em função de modificações profundas no modo de produção, nas relações ‘cidade-campo’, nas relações de classe e propriedade (LEFEBVRE, 2008, p.58).

Lefebvre alerta para a vigência de uma ideologia humanista liberal que busca ocultar a segregação por meio de uma prática social integrativa, pela via do mercado e do consumo, e da participação estimulada pela via autoritária, por prescrição administrativa ou por intervenção de especialistas:

Na prática, a ideologia da participação permite obter pelo menor preço a aquiescência das pessoas interessadas e que estão em questão. Após um simulacro mais ou menos desenvolvido de informação e de atividade social, elas voltam para a sua passiva tranquilidade, para o seu retiro. É evidente que a participação real e ativa já tem um nome. Chama-se autogestão. O que levanta outros problemas (LEFEBVRE, 2008, p.104).

A ideologia do urbanismo substitui o conceito de habitar, “participar de uma vida social, de uma comunidade, aldeia ou cidade, onde a vida urbana detinha, entre outras qualidades, esse atributo” (LEFEBVRE, 2008, p.23) pelo de habitat, que ao funcionalizar a cidade, provocou a perda da centralidade do sentido da obra, da consciência social sobre a produção, substituída pela cotidianidade do consumo e, conseqüentemente, da própria consciência urbana.

Para Lefebvre (1973), a retomada dos apontamentos sobre a *reprodução das relações sociais de produção*, presentes no Capítulo VI Inédito de O Capital (MARX, 2004), contém a chave para a compreensão do processo de *produção do espaço* social e da *vida cotidiana*, e da estratégia contra-hegemônica de construção de um *espaço diferencial* e de conquista da cotidianidade que materializem a vida urbana, através da luta pelo *direito à cidade*.

⁵ O conceito de sociedade burocrática de consumo dirigido, em Lefebvre, refere-se à programação do cotidiano em um ambiente urbano adaptado, na qual o Estado ocupa papel importante, a partir da complexificação das relações sociais capitalistas (LEFEBRE, 1991).

O conceito de *re-produção das relações sociais de produção* trata do capitalismo como modo de produção enquanto totalidade nunca sistematizada e acabada. Segundo o autor, a formulação do conceito pressupõe a elaboração por aproximações sucessivas de vários conceitos, por exemplo: o cotidiano, o urbano, o repetitivo e o diferencial, as estratégias, o espaço e a produção do espaço e que já se encontrava presente (e ainda incompleto) em sua obra anterior, “Crítica da Vida Cotidiana” de 1961: “o conceito de estrutura autoreprodutível e que reproduz as suas próprias condições e elementos” (LEFEBVRE, 1973, p.5).

Segundo Lefebvre, somente após o Maio de 1968 que se assiste a uma retomada dos apontamentos já presentes no Capítulo VI Inédito de *O Capital* (MARX, 2004), a respeito da reprodução das relações de produção: “Foram assim necessárias dezenas de anos para redescobrir a última descoberta de Marx” (1973, p.57). Contudo, observa a resistência do marxismo estruturalista em superar a centralidade do conceito de modo de produção, pois considera a sociedade capitalista como uma totalidade fechada:

As relações de produção encerram contradições, nomeadamente as contradições de classe (capital/salário) que se amplificam em contradições sociais (burguesia-proletariado) e políticas (governantes-governados). Mostrar como se reproduzem as relações de produção não significa que se sublinhe uma coesão interna ao capitalismo; isso quer dizer, também e sobretudo, que se mostra como se amplificam e aprofundam, à escala mundial, as suas contradições. Sobrepor o modo de produção às relações de produção como a coerência à contradição, essa atitude de uma prática teórica tomada em separado tem apenas um sentido: liquidar as contradições, excluir os conflitos (ou pelo menos certos conflitos essenciais), camuflando o que sucede e o que procede desses conflitos (LEFEBVRE, 1973, p.72).

Na perspectiva estruturalista, os fenômenos urbanos são tomados como parte do modo de produção (capitalista), cuja estrutura define-se como uma relação entre dois grupos: as unidades de produção (as empresas) e as unidades de consumo (as cidades), complementares das unidades de produção. Nestas últimas, “reproduz-se a força de trabalho necessária às empresas. O consumo não tem outro sentido nem outro alcance: reproduzir a força de trabalho” (LEFEBVRE, 1973, p.74).

Para o autor, tal análise reduz os fenômenos urbanos a um esquema muito pobre, onde o problema da reprodução das relações de produção passa a ser um componente da reprodução da força de trabalho e dos meios de produção⁶. Em

⁶ A publicação do livro “A Questão Urbana”, de Manuel Castells, em 1972, é a principal obra de

contraposição a tal perspectiva, compreende que o lugar da reprodução das relações de produção não se pode localizar na empresa, no local de trabalho e nas relações de trabalho, uma vez que o capitalismo produziu setores novos transformando os elementos da sociedade preexistentes, como a arte, o saber, os lazeres, a realidade urbana e a realidade cotidiana, apropriando-os para o seu uso.

Dessa forma, para uma leitura marxista sobre a mobilidade urbana e o transporte na atualidade, há que se partir da compreensão sobre indústria do transporte, analisada por Marx no século XIX (1985), que deu origem ao automóvel no século XX. E, com base na análise de Lefebvre sobre a vida cotidiana no neocapitalismo (1991)⁷, considerar que o automóvel, mais do que um produto, torna-se um subsistema que invade a cotidianidade e intervém nela, hierarquizando toda a sociedade, conforme será abordado na próxima seção.

1.2 Produção do espaço e da vida cotidiana

Lefebvre (1973; 1999; 2006) observa que o capitalismo encontrou no espaço as formas de “superação” de suas crises, o que explica o salto da industrialização (produção) para a urbanização (reprodução). O capitalismo atenuou os efeitos das crises sem resolver suas contradições internas, conseguindo realizar crescimento não apenas produzindo mercadorias clássicas, mas ocupando e produzindo um espaço e um cotidiano, enquanto estratégia hegemônica para reprodução das relações sociais de produção capitalistas. Dessa maneira, o autor observa uma inversão, na qual a urbanização se “autonomizou” da industrialização e, sendo assim, as crises do capital se expressam na produção do espaço. Portanto, a problemática urbana contemporânea se revela como problemática espacial.

Cada momento histórico produziu espaço, mas no “*neocapitalismo*”⁸, entrou-se em uma nova fase, onde a produção do espaço ganhou centralidade e a

referência desse pensamento estruturalista sobre o espaço e o urbano. Para maior aprofundamento, indica-se a leitura de Castells (2009) e Vérias (2000).

⁷ Na análise de Lefebvre sobre a da vida cotidiana, o automóvel é um exemplo de como um objeto passa a reger comportamentos e conceber espaço sob uma pretensa racionalidade técnica (LEFEBVRE, 1991).

⁸ O conceito de neocapitalismo em Lefebvre refere-se ao capital em sua etapa monopolista. Cabe

reprodução das relações sociais de produção atribui um carácter mais complexo ao cotidiano. O ponto crítico de virada é justamente o momento da história onde ocorre a perda dos referenciais e da identidade a nível coletivo, a partir do qual a prática social da reprodução se torna inconsciente e dela surge a contradição entre as condições da dominação capitalista e as condições da vida social. Dessa maneira, o autor desloca o debate sobre a contradição clássica entre capital e trabalho para o debate sobre as novas contradições presentes no cotidiano da sociedade urbana do neocapitalismo contemporâneo, superando esta contradição fundamental sem, no entanto, negá-la:

Não é apenas toda a sociedade que se torna o lugar da reprodução (das relações de produção e não já apenas dos meios de produção: é todo o espaço. Ocupado pelo neo-capitalismo, sectorizado, reduzido a um meio homogêneo e contudo fragmentado, reduzido a pedaços [...], o espaço transforma-se nos paços do poder.

As forças produtivas permitem que os que delas dispõem disponham do espaço e venha até a *produzi-lo*. A capacidade produtiva se estende ao espaço terrestre e transborda-o; o espaço social natural é destruído e transformado num produto social pelo conjunto das técnicas [...]. Mas este crescimento das forças produtivas não pára de gerar contradições específicas que re-produz e agrava (LEFEBVRE, 1973, p.95-96).

Há que se ter claro que, ao mesmo tempo em que se produz um espaço, se produz um modo de vida. Nesse sentido, torna-se fundamental a normatização da vida cotidiana pelo capital, através da criação de novos referenciais com o propósito de colonizá-la. Assim, a reprodução das relações sociais de produção foi a amálgama que possibilitou tomar a cidade e a vida cotidiana como objetos do capitalismo.

Lefebvre destaca que o neocapitalismo nos países centrais mudou de estratégia nos anos 1960, deixando em segundo plano a exploração colonial clássica e passando a se dedicar à exploração semicolonial nos seus próprios domínios, através da exploração da sociedade inteira, atingindo não apenas a produção, mas também o consumo. Assim:

[...] perceberam a possibilidade de agir sobre o consumo e por meio do consumo, ou seja, de organizar e de estruturar a vida cotidiana. Os fragmentos da vida cotidiana se recortam, se separam e seu próprio “terreno” e se acomodam como as peças de um quebra-cabeça. Cada um deles pressupõe uma soma de organizações e de instituições. Cada um deles – o trabalho, a vida privada e a vida familiar, os lazeres, é explorado

destacar que há leituras não marxistas do conceito, especialmente de weberianos e pós-weberianos, nas quais a ótica das classes sociais em disputa é deformada em favor de uma concepção idealista de Estado (COVRE, 1980).

de maneira racional, incluindo-se aí a novíssima organização (comercial e semiplanificada dos lazeres (LEFEBVRE, 1991, p. 67).

A vida cotidiana, enquanto um momento da reprodução, passa a ser dominada por instituições da *sociedade burocrática de consumo dirigido*, consumida duplamente como produto e como signo. A vida cotidiana passa a ser dividida em momentos, que simbolizam sua extrema fragmentação e se realizam mediante a passividade do sujeito (1973; 1991).

‘*Sociedade burocrática de consumo dirigido*’, tal é a definição proposta aqui para ‘nossa’ sociedade. Marcam-se assim tanto o caráter racional dessa sociedade, como também os limites dessa racionalidade (burocrática), o objeto que ela organiza (o consumo no lugar da produção) e o *plano* para o qual dirige seu esforço a fim de se sentar sobre: o cotidiano (LEFEBVRE, 1991, p.68 – grifo do autor).

Observa-se uma crescente administração do cotidiano, sua subdivisão (trabalho, vida privada, lazer), organização controlada e programação minuciosa do emprego do tempo, em uma cidade nova cujo habitante recebe o estatuto generalizado de proletário e onde a colonização da metrópole afasta as ocasiões de fuga ao comportamento padrão. Dessa maneira, “O cotidiano torna-se objeto de todos os cuidados: domínio da organização, espaço-tempo da autorregulação voluntária e planificada” (LEFEBVRE, 1991, p.82).

Segundo o autor, nessa *sociedade burocrática de consumo dirigido* que coloniza a cotidianidade e promove segregação e integração à sociedade gerida pela burguesia (e pelo Estado a seu serviço), existem alguns subsistemas que privilegiam um elemento do espaço social, atraindo para si uma atividade e “desviando-a da apropriação para formalizá-la e metamorfosear os atos e as obras em signos e significações” (LEFEBVRE, 1991, p.110).

A moda e a publicidade, como subsistemas teóricos e práticos no cotidiano da *sociedade burocrática de consumo dirigido* e expressão da ideologia, tornam-se centrais para a superação das crises através do consumo. O autor elege como melhor exemplo o automóvel, cujo uso prático enquanto “instrumento de circulação e utensílio de transporte” que passa a ser subsumido pelo “consumo dos signos” (LEFEBVRE, 1991, p.112), na medida em que:

O Automóvel é o Objeto-Rei, a Coisa-Piloto. Nunca é demais repetir. Este Objeto por excelência rege múltiplos comportamentos em muitos domínios, da economia ao discurso. O Trânsito entra no meio das funções sociais e se classifica em primeiro lugar, o que resulta na prioridade dos estacionamentos, das vias de acesso, do sistema viário adequado. Diante

desse 'sistema', a cidade se defende mal. No lugar em que ela existiu, em que ela sobrevive, as pessoas (os tecnocratas) estão prestes a demoli-la. Alguns especialistas chegam a designar por um termo geral que tem ressonâncias racionais – o urbanismo – as consequências do trânsito generalizado, levado ao absoluto. Concebe-se o espaço de acordo com as pressões do automóvel. O Circular substitui o Habitar, e isso na pretensa racionalidade técnica. (LEFEBVRE, 1991, p. 110);

Dessa maneira, a generalização do deslocamento pelo transporte penetra na vida cotidiana, alterando comportamentos, estilizando a cidade como local de encontro, estabelecendo uma oposição entre o habitar e o circular. Cabe destacar que, para Lefebvre, o conceito de habitar inclui não somente o morar, mas o uso de uma vida urbana plena, em contraposição ao conceito de habitat, que se caracteriza pela espacialização da função de morar, segregada das outras funções da vida urbana (LEFEBVRE, 1999; 2008).

Contudo, a oposição entre o habitar e o circular não consiste em uma visão negativa da mobilidade urbana e do transporte, mas a compreensão do autor que o automóvel enquanto um subsistema que tende à destruição e à imobilidade pois, para o autor: “ele chegará, mais cedo ou mais tarde, ao ponto de saturação. Ele caminha para esse limite, terror dos especialistas de trânsito: o congelamento final, a imobilidade coagulada do inextricável” (LEFEBVRE, 1991, p.114).

Cada vez mais, as consequências da industrialização, em uma sociedade dominada pelas relações de produção e de propriedade capitalistas, se aproximam de uma cotidianidade programada em um ambiente urbano adaptado para esse fim. E, assim, a prática social e a vida cotidiana são submetidas às pressões, aos condicionamentos, às estruturas e programas: “Ao se delinear as necessidades, procura-se prevê-las; encurrala-se o desejo (LEFEBVRE, 1991, p.82).

Neste sentido, para a discussão sobre a problemática urbana na atual fase do capitalismo, há que se ultrapassar o ponto cego rumo à compreensão do processo de luta entre as classes sociais em disputa e do papel desempenhado pelo Estado pois, segundo Singer (1987):

[...] a problemática urbana só pode ser analisada como parte de um processo mais amplo de mudança estrutural, que afeta tanto cidade como campo, e não se esgota em seus aspectos ecológicos e demográficos. Na verdade, hoje mais do que no passado, estes aspectos não passam de uma primeira aparência de um processo mais profundo de transformação da estrutura de classes e dos modos de produção em presença. É por isso que a análise do processo de urbanização não passa, muitas vezes, de uma abordagem inicial que é obrigada a superar o seu próprio tema se, de fato, deseja elucidá-lo. Portanto, quando se pensa em urbanização numa

sociedade que se industrializa, é preciso procurar pelo papel que as classes sociais desempenham nela, pois, em caso contrário, ela tende a ser tomada como um processo autônomo, fruto de mudança de atitudes e valores da população rural, perdendo-se de vista seu significado essencial para o conjunto da sociedade (SINGER, 1987, p.258).

Na sociedade burocrática de consumo dirigido, o Estado capitalista passa a ocupar um lugar cada vez mais central: “O Estado tem como finalidade o seu próprio funcionamento, muito mais que o funcionamento racional de uma sociedade em que o homem do Estado seria o servidor responsável, e diante do qual ele se anularia” (LEFEBVRE, 1991, p.80). Assim, conduz a uma integração à sociedade gerida pela burguesia e organização segundo as relações de produção capitalistas:

Que é que vemos? Uma sociedade inclinada tática e estrategicamente para a integração da classe operária atinge em parte esse objetivo (pela cotidianidade organizada repressivamente de acordo com as opressões, pela ideologia persuasiva do consumo, mas ainda que pela realidade desse consumo), mas perde, por outro lado, toda capacidade de integração desses elementos: juventudes, etnias, mulheres, intelectuais, ciências, culturas. Levando o proletariado a renunciar-se a si mesmo, promulgando esse haraquiri, o neocapitalismo se suicida enquanto sociedade. O proletariado o arrasta em sua ruína (LEFEBVRE, 1991, p. 88).

Mandel (1982) destaca que o Estado, produto da divisão social do trabalho, surge da autonomia crescente de certas atividades superestruturais, a fim de mediar a produção material e, conseqüentemente, sustentar a estrutura de classes e as relações de produção. Com esse propósito, assume as seguintes funções superestruturais: criar as condições gerais de produção, reprimir as ameaças e integrar as classes dominadas.

Segundo o autor, a teoria marxista já realizou exame completo das funções repressivas e integradoras do Estado, mas poucos estudos sobre a função de “providenciar as condições gerais de produção” (MANDEL, 1982, p.334), tarefa a qual se propõe a realizar. E entende que tal função difere das outras pelo fato de se relacionar diretamente com a esfera da produção, garantindo a mediação direta entre infra e superestrutura, pois visa:

assegurar os pré-requisitos gerais e técnicos do processo de produção efetivo (meios de transporte ou de comunicação, serviço postal etc.); providenciar os pré-requisitos gerais e sociais do mesmo processo de produção (como, por exemplo, sob o capitalismo, lei e ordem estáveis, um mercado nacional e um Estado territorial, um sistema monetário); e a reprodução contínua daquelas formas de trabalho intelectual que são indispensáveis à produção econômica, embora elas mesmas não façam parte do processo de trabalho imediato (o desenvolvimento da astronomia, da geometria, da hidráulica e de outras ciências naturais aplicadas no modo

de produção asiático e, em certa medida, na Antiguidade; a manutenção de um sistema educacional adequada às necessidades de expansão econômica do modo de produção capitalista etc.). (MANDEL, 1982, p.334).

Adverte, contudo, que o Estado é mais antigo que o capital e suas funções não podem ser derivadas diretamente das necessidades de produção e circulação de mercadorias. Neste sentido, recupera as funções do Estado nas sociedades pré-capitalistas até se tornar “um instrumento de acumulação progressiva de capital e o parceiro do modo de produção capitalista”, bem como no capitalismo concorrencial no qual era um “Estado fraco’ por excelência” (MANDEL, 1982, p.335), a fim de analisar o papel que passa a desempenhar no capitalismo tardio.

Mandel destaca que a o Estado burguês se distingue de todas as formas anteriores de dominação de classe devido à condição inerente ao próprio modo de produção capitalista: a separação das esferas privada e pública da sociedade “que é consequência sem igual da produção de mercadorias, da propriedade privada e da concorrência de todos contra todos” (MANDEL, 1982, p.336). Essa característica determina uma tendência à autonomização do aparato estatal, que permite ao Estado assumir a função de “capitalista total ideal”, garantindo a proteção, consolidação e expansão do modo de produção capitalista como um todo, apesar dos interesses conflitantes do “capitalista total real”. Entretanto, tal autonomização do poder do Estado é relativa, uma vez que as decisões de “capitalista total ideal” (MANDEL, 1982, p.337) têm efeitos sobre todos aqueles interesses:

Toda decisão estatal relativa a tarifas, impostos, ferrovias ou distribuição do orçamento afeta a concorrência e influencia a redistribuição social global da mais-valia, com vantagens para um ou outro grupo de capitalistas. Todos os grupos capitalistas são obrigados, portanto, a se tornarem politicamente ativos, não só para articular suas concepções sobre os interesses coletivos de classe, mas também para defender seus interesses particulares” (MANDEL, 1982, p.337).

Segundo o autor, a transição para o capitalismo monopolista modificou tanto a atitude subjetiva da burguesia em relação ao Estado, quanto a função objetiva desempenhada pelo Estado. Nesse período verificou-se o aumento das despesas militares, o crescimento do aparato estatal, o aumento da influência política do movimento da classe operária e a ampliação da legislação social, não apenas como expressão das funções repressivas e integradoras do Estado, sobretudo com o objetivo de proporcionar novas fontes de acumulação de capital e atender aos interesses gerais da reprodução ampliada.

No capitalismo tardio houve uma ampliação das funções do Estado, como consequência da redução da rotação do capital fixo, da aceleração da inovação tecnológica e do aumento do custo dos principais projetos de acumulação de capital. O resultado foi a tendência a aumentar o planejamento econômico do Estado e a socialização estatal dos custos, riscos e perdas em um número crescente de processos produtivos e reprodutivos, incorporados às “condições gerais de produção” e financiados pelo Estado, ou seja, “o capital estatal funciona portanto como um esteio do capital privado (e, em particular, do capital monopolista)” (MANDEL, 1982, p. 340), tendo em vista que:

O capitalismo tardio caracteriza-se por dificuldades crescentes de valorização do capital (supercapitalização, superacumulação). O Estado resolve essas dificuldades, ao menos em parte, proporcionando oportunidades adicionais, numa escala sem precedentes, para investimentos ‘lucrativos’ desse capital na indústria de armamentos, na ‘indústria de proteção ao meio ambiente’, na ‘ajuda’ a países estrangeiros, e obras de infraestrutura (onde ‘lucrativo’ significa tornado lucrativo por meio da garantia ou subsídio do Estado) (MANDEL, 1982, p.340).

Além disso, o Estado incorpora a função de “administração das crises”, através de um arsenal de políticas governamentais anticíclicas – o que inclui as políticas sociais –, frente à suscetibilidade do sistema social a crises que ameaçam o modo de produção capitalista. Dessa maneira, a autonomia e a hipertrofia do Estado capitalista tardio são o resultado da dificuldade de valorizar o capital e realizar a mais-valia de modo regular, refletindo a falta de confiança em sua capacidade de dominação através de processos econômicos automáticos, a intensificação da luta de classe entre capital e trabalho, e, fundamentalmente, o agravamento das contradições. Tais características revelam que: “Quanto maior a intervenção do Estado no sistema econômico capitalista, tanto mais claro torna-se o fato de que esse sistema sofre de uma doença incurável” (MANDEL, 1982, p.341).

A influência dos capitalistas sobre as decisões do Estado torna-se um objetivo fundamental a ser alcançado, tendo em vista a crescente função econômica do Estado no capitalismo tardio, no tocante à centralização e à redistribuição de parcelas do excedente social. No capitalismo monopolista houve um deslocamento da articulação dos interesses burgueses de classe da arena política do parlamento para outras esferas, cujo resultado foi que “o próprio ‘governo’, no sentido de ‘administração’, torna-se uma profissão que obedece às regras da divisão do trabalho” (MANDEL, 1982, p.343-344). Os grupos de pressão da classe capitalista

adquiriram grande importância, determinando o conteúdo das medidas governamentais e assumindo o papel de negociadores em lugar dos partidos políticos. Estes grupos – ou *lobbys* – representam interesses particulares de determinados grupos de capitalistas, compostos por organizações patronais e monopólios, mas apenas os últimos dispõem de poder financeiro e econômico suficiente para intervir diretamente nas decisões do Estado.

Para Mandel esse processo consiste em uma “reprivatização’ não oficial [...] da articulação dos interesses de classe da burguesia” (1982, p.344), ou seja, uma contrapartida da concentração e centralização crescentes do capital, que afeta as opções estratégicas e históricas da classe burguesa como um todo. Na maioria das vezes, esse processo se desenrola fora da esfera estatal, através da formulação de propostas para setores do aparelho de Estado feitas por fundações, grupos de planejamento político e de especialistas, revelando:

A justaposição de uma articulação privada dos interesses de classe da burguesia e uma centralização crescente das decisões políticas no aparelho técnico-administrativo do Estado, leva a uma “síntese” da aliança pessoa entre grandes empresas e altos (os mais altos) funcionários do Governo, que agora tornou-se regra em muitos países (MANDEL, 1982, p. 344-345).

Mas tal processo também ocorre no interior da máquina estatal, mediante uma burocracia profissional adequada à dominação burguesa, que determina o perfil dos profissionais, o desempenho de funções e a ocupação de cargos conforme a origem ou posição de classe, a fim de prevenir o exercício de poder pela classe trabalhadora. Entretanto, a utilização do Estado como arma dos interesses de classe capitalistas é obscurecida, assumindo a imagem mistificadora de árbitro entre as classes, representante do “interesse nacional” e juiz neutro das “forças pluralistas” (MANDEL, 1982, p.346-347), sob o discurso da racionalidade tecnológica.

A ideologia da racionalidade tecnológica possui algumas proposições próprias, tais como: o poder autônomo e invencível do desenvolvimento técnico e científico; a secundarização das visões tradicionais de mundo e a desideologização; a máxima de que o sistema social não pode ser desafiado devido à sua racionalidade, da qual decorre que os possíveis problemas são resolvidos pelas equipes técnicas; a satisfação progressiva das necessidades por meios tecnológicos como reforço da subordinação. Enfim, a dominação tradicional de classe dá lugar à dominação anônima da tecnologia, por intermédio de um Estado regulador que se organiza sob princípios técnicos (BEHRING, 1998, p. 141-142).

As atividades dos gestores e dos técnicos adquirem grande relevância, à medida que o Estado altera sua função na divisão sociotécnica do trabalho. Cria-se

uma verdadeira idolatria da figura do especialista, fundada na crença na onipotência da tecnologia e nas vantagens da organização e das soluções técnicas. Assim, a partir da análise realizada por Mandel, torna-se possível compreender a tendência do capitalismo maduro a transformar questões políticas em técnicas, contribuindo para a sua despolitização. A respeito da industrialização, cabe pontuar que:

A industrialização em moldes capitalistas está longe de ser um processo espontâneo, promovido exclusivamente pelo espírito de iniciativa de *'entrepreneurs'* inovadores. Ela só se torna possível mediante arranjos institucionais que permitem, de um lado, acelerar a acumulação do capital e, de outro, encaminhar o excedente acumulável às empresas, que incorporam os novos métodos industriais de produção. [...] Não obstante, a intervenção institucional no jogo econômico é imprescindível à industrialização capitalista, tornando-se mais ampla, multiforme e direta na medida em que o avanço tecnológico e a concentração do capital tornam mais inoperantes os mecanismos clássicos de mercado como reguladores da alocação de recursos e repartição da renda (SINGER, 1987, p.34).

A compreensão do papel do Estado no capitalismo tardio presente na obra de Mandel (1982) traz à tona a discussão sobre a importância do fundo público no processo de valorização do capital, sobretudo no contexto da crise contemporânea. Segundo Behring (2010), o fundo público se forma a partir de uma punção compulsória da mais-valia socialmente produzida, sob a forma de impostos, contribuições e taxas. É parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra, apropriada pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções.

Behring (2010) ressalta que o fundo público aparece raras vezes na obra de Marx, pois não tinha o mesmo peso quantitativo e o papel qualitativo que passou a desempenhar no capitalismo monopolista, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial: “[...] o Estado não extraía e transferia parcela tão significativa da mais-valia socialmente produzida e [...] não se apropriava do trabalho necessário como hoje vem se fazendo pela via tributária, especialmente na periferia do capital” (p.14). E também não assumia as mesmas tarefas como as do capitalismo maduro, cada vez maiores apesar do discurso em prol do Estado mínimo difundido desde os anos 1980. E que, embora os impostos apareçam como subformas de mais-valia em passagens de *O Capital*, tal aproximação é insuficiente no capitalismo monopolista maduro, tendo em vista que o sistema tributário é o instrumento de punção da mais-valia e que parte do fundo público é sustentado através dos salários.

Ou seja, o fundo público não se forma – especialmente no capitalismo monopolizado e maduro – apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas também com o trabalho necessário, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde os impostos estão embutidos nos preços das mercadorias. Vamos sustentar, pelo exposto, que a exploração do trabalho na produção é complementada pela exploração tributária crescente nesses tempos de intensa crise e metabolismo do capital, formando o fundo público, especialmente em espaços geopolíticos nos quais as lutas de classes não conseguiram historicamente impor barreiras a sistemas tributários regressivos (BEHRING, 2010, p.20-21).

Nos contextos de crise, o fundo público vem sendo aplicado a fim de contrariar a queda tendencial da taxa de lucros, participando diretamente do processo de rotação do capital. Assim, passa a atuar nos processos de incremento da metamorfose da mercadoria em dinheiro, por meio das compras do Estado, dos salários dos seus trabalhadores, da política social, do sistema nacional de crédito, do sistema da produção e da dívida pública. (BEHRING, 2010; 2012).

o fundo público atua constituindo 'causas contrariantes' à queda tendencial da taxa de lucros, interferindo no ritmo da circulação de mercadorias e dinheiro, estimulando a metamorfose de um em outro, enfim, intensificando e mediando os ritmos do metabolismo do capital. Ou seja, o fundo público participa do processo de rotação do capital, tendo em perspectiva o processo de reprodução capitalista como um todo, especialmente em contextos de crise. Por outro lado, o fundo público realiza mediações na própria repartição da mais-valia – pelo que é disputado politicamente pelas várias facções burguesas, cada vez mais dependentes desta espécie de retorno mediado por um Estado, por sua vez, embebido no papel central de assegurar as condições gerais de produção (Mandel, 1982). No mesmo passo, participam também deste processo os trabalhadores retomando parte do trabalho necessário na forma de salários indiretos (políticas sociais) ou na forma de bens públicos de maneira geral, disputando sua repartição em condições desiguais, considerando a correlação de forças na sociedade e no Estado. Ressalta-se aqui a dimensão política desse processo, num contexto de hegemonia burguesa e de forte e sofisticada instrumentalização do Estado, em que pese não estarmos diante do 'comitê executivo da burguesia', no sentido clássico (BEHRING, 2010, p.21).

Na medida em que o fundo público se torna cada vez mais imprescindível para viabilizar a produção e a reprodução ampliada do capital, observa-se a repartição da mais-valia em dois movimentos. No primeiro, o excedente se reparte em lucros, juros, renda da terra e fundo público, onde o Estado se apropria também do trabalho necessário (salários) via tributação. No segundo, parcelas do fundo público retornam na forma de juro, ou seja, na financeirização do capital por meio da dívida pública, como também das compras e contratos estatais, oferta e regulação de crédito, relações público-privadas (BEHRING, 2010).

No atual momento de crise do capital, o fundo público vem sofrendo impactos tanto na sua formação, quanto na sua destinação, sob o argumento da proteção ao emprego. Vem sendo utilizado enquanto medida anticíclica para contenção da crise, através de “reformas” tributárias regressivas e de mecanismos de renúncia fiscal para o empresariado. Como também, através da apropriação recursos de reprodução do trabalho para sustentar essa movimentação, interferindo diretamente nos processos de rotação do capital, através da aquisição de ativos das empresas “adoecidas” (BEHRING, 2010).

Por outro lado, Oliveira (1998) considera que o fundo público sofre pressões de ambas as classes em disputa, já que funciona como um elemento fundamental tanto para a reprodução do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, em uma tensão desigual pela repartição do financiamento. O autor destaca que o fundo público sempre foi um pressuposto para o capital, mas possui uma natureza diferenciada na atualidade, participando de sua formação enquanto um componente estrutural insubstituível.

Oliveira (1998) discute esse novo caráter através de mudanças na reprodução da força de trabalho, através do crescimento dos investimentos públicos em políticas sociais, ou seja, incremento do salário indireto pelo Estado para dinamizar o consumo de massas e contribuir para o aumento das taxas de lucro. Contudo, tal atuação do Estado resultou em crescentes déficits públicos, configurando uma crise do padrão de financiamento público associada aos custos de reprodução do trabalho e obscurecendo a presença dos fundos públicos na reprodução do capital. Dessa maneira, ocorre o acirramento da disputa pelo fundo público, para que este atue apenas como pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo sua alocação junto às demandas do trabalho. Busca-se a diminuição dos custos do trabalho através de cortes dos gastos estatais, voltados essencialmente às políticas sociais, a fim de reorientar o fundo público para as demandas do empresariado e, assim, recuperar a rentabilidade do capital.

Embora coloque em questão a participação do fundo público de forma direta e indireta do ciclo de produção e reprodução ampliada do valor na sua contraditória tese do antivalor, Oliveira (1998) traz uma importante contribuição sobre a função do fundo público, enquanto um desdobramento das contradições internas do

capitalismo que evidencia os seus próprios limites, ou seja, o esgotamento de uma suposta autorreprodução automática do capital.

Apesar deste processo confirmar o esgotamento da capacidade civilizatória do capital, a sua superação depende tão somente das relações sociais e, conseqüentemente, da luta de classes. Neste sentido, a defesa dos direitos sociais e das políticas sociais universais e gratuitas, bem como a disputa pelo destino do fundo público, são pontos fundamentais na agenda de luta anticapitalista, enquanto mecanismos de transição para uma outra sociabilidade (BEHRING, 2012). Assim, compreende-se que é fundamental a volta dos trabalhadores para as ruas, retomando o debate político não apenas sobre a tarifa do transporte público coletivo, mas, fundamentalmente, sobre o *direito à cidade* e o *direito à diferença*.

A discussão sobre a produção do espaço e do cotidiano programado permite compreender o papel da burguesia e do Estado a seu serviço para a superação das crises do capital. Contudo, é necessário discutir o papel da classe trabalhadora na construção de estratégias contra-hegemônicas, tal como o direito à cidade. Assim, a próxima seção irá discutir o conceito de direito à cidade presente na obra de Henri Lefebvre e David Harvey, buscando evidenciar suas semelhanças e diferenças na atualidade.

1.3 Direito à cidade

Se, por um lado, o espaço é o lugar da reprodução das relações de produção capitalistas, no qual as forças do capital produzem o espaço homogêneo substituindo-se o desejo de viver pelo imperativo redutor: “sobreviver primeiro e sobreviver apenas” (LEFEBVRE, 1973, p.25), por outro, permite dialeticamente a formação do espaço diferencial enquanto negação do capitalismo, contendo uma virtualidade que aponta o horizonte do *direito à cidade*:

Se o espaço se torna lugar da re-produção (das relações de produção), torna-se também lugar de uma vasta contestação não localizável, difusa, que cria o seu centro às vezes num sítio e logo noutro. Esta contestação não pode desaparecer, pois é o rumor e a sombra prenhe de desejo e de expectativa que acompanham a ocupação do mundo pelo crescimento econômico, pelo mercado e pelo Estado (capitalista ou socialista). (LEFEBVRE, 1973, p.98).

Segundo Lefebvre a luta de classes intervém na produção do espaço, produção da qual as classes, frações e grupos de classes são os agentes: “a luta de classes, hoje mais que nunca, se lê no espaço” (2006, p.52). Ela impede que o espaço abstrato se estenda ao planeta e apague as diferenças. Portanto, tem uma capacidade diferencial, de produzir diferenças que não sejam internas ao crescimento econômico. Contudo, as formas dessa luta são muito mais variadas e dela fazem parte as ações políticas das minorias:

O projeto de ‘mudar a vida’ permanecerá um slogan político, ora abandonado, ora retomado, enquanto persistir a cotidianidade do espaço abstrato com seus constrangimentos muito concretos, enquanto houver tão somente melhorias técnicas de varejo (horários dos transportes, rapidez, conforto relativo), enquanto os espaços (de trabalho, de lazer, de habitação) permanecerem separados e reunidos apenas pela instância política e seu controle (LEFEBVRE, 2006, p.55-56).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental enfrentar o debate sobre a *produção do espaço* rumo à construção do *espaço diferencial* (LEFEBVRE, 2006), como também sobre a *vida cotidiana* no mundo moderno rumo à conquista da cotidianidade por uma *revolução cultural urbana* (LEFEBVRE, 1991).

Para quebrar o círculo vicioso e infernal, para impedir que se feche, é necessária nada menos do que a conquista da cotidianidade, por uma série de ações – investimentos, assaltos, transformações – que também devem ser conduzidas de acordo com uma estratégia. Somente o futuro dirá se nós (os que quiserem) reencontraremos assim a unidade entre a linguagem e a vida real, entre a ação que muda a vida e o conhecimento (LEFEBVRE, 1991, p.82).

Para este autor, a sociedade no seu conjunto se vê posta em questão: “a sociedade ‘moderna’ surge como sendo pouco capaz de fornecer soluções para a problemática urbana e de agir de outra forma que não através de pequenas medidas técnicas que prolongam o estado atual das coisas” (LEFEBVRE, 2008, p.80). O que faz necessário reconhecer o problema essencial, de que a urbanização da sociedade industrializada não acontece sem a explosão da cidade, donde o ponto crítico consiste em apreender os fenômenos em suas múltiplas contradições.

A distinção entre: processo global de industrialização – sociedade urbana, plano específico da cidade – modalidades do habitar e modulações do cotidiano, se impõe a fim de combater as estratégias que dissolvem o urbano na planificação industrial e/ou na habitação. Desses fenômenos “nasce a contradição crítica:

tendência para a destruição da cidade, para a intensificação do urbano e da problemática urbana” (LEFEBVRE, 2008, p.85) e chama atenção para o fato de que:

Atribuir a crise da cidade à racionalidade limitada, ao produtivismo, ao economismo, à centralização planificadora preocupada acima de tudo com o crescimento, à burocracia do Estado e da empresa, não é falso. No entanto, esse ponto de vista não supera completamente o horizonte do racionalismo filosófico mais clássico, o horizonte do humanismo liberal. Quem quiser propor a forma de uma nova sociedade urbana fortificando esse germe – ‘o urbano’ -, que se mantém nas fissuras da ordem planejada e programada, deve ir mais longe. Se se pretende conceber um ‘homem urbano’ que não se assemelhe às estatuetas do humanismo clássico, à elaboração teórica de se apurar os conceitos (LEFEBVRE, 2008, p. 85).

Lefebvre pontua a necessidade de uma racionalidade dialética que permita a apreensão de que o duplo processo industrialização-urbanização não pode ser cindido e que ele abrange o urbano, que se baseia no valor de uso. E de uma estratégia que ponha em primeiro plano a problemática do urbano, a intensificação da vida urbana e a realização efetiva da sociedade urbana. Para tanto, é necessário um novo humanismo, na direção de uma nova práxis e de um outro homem, da sociedade urbana, destruindo as ideologias e estratégias que desviam esse projeto. E é urgente uma transformação das démarches e dos instrumentos intelectuais: a transdução, a utopia experimental e a compreensão articulada da estrutura, função e forma (destacando o sistema/subsistema de significações):

Só um projeto global pode definir e proclamar todos os direitos, os direitos dos indivíduos e dos grupos, determinando as condições do seu ingresso na prática. Entre esses direitos, recordemos: o *direito à cidade* (o direito a não ser afastado da sociedade e da civilização, num espaço produzido com vista a essa discriminação) – e o *direito à diferença* (o direito a não ser classificado à força em categorias determinadas por potências homogeneizantes). (LEFEBVRE, 1973, p.38 – grifo do autor).

Para ele, a cidade deve se tornar o que foi, ato e obra de um pensamento completo, mas para além de votos e aspirações, é necessário determinar uma estratégia urbana a ser implementada por grupos, classes ou frações capazes de iniciativas revolucionárias, encarregados de formular e implementar soluções para os problemas urbanos, baseada na elaboração de programa político de reforma urbana e de projetos urbanísticos, de curto, médio e longo prazo, e de uma revolução cultural permanente (LEFEBVRE, 1991; 1999; 2008):

Das questões da propriedade da terra aos problemas da segregação, cada projeto de reforma urbana põe em questão as estruturas, as da sociedade existente, as das relações imediatas (individuais) e cotidianas, mas também as que se pretende impor, através da via coatora e institucional, àquilo que

resta da realidade urbana. Em si mesma reformista, a estratégia de renovação urbana se torna 'necessariamente' revolucionária, não pela força das coisas, mas contra as coisas estabelecidas. A estratégia urbana baseada na ciência da cidade tem necessidade de um suporte social e de forças políticas para se tornar atuante. Ela não age por si mesma. Não pode deixar de se apoiar na presença e na ação da classe operária, a única capaz de por fim a uma segregação dirigida essencialmente contra ela. Apenas esta classe, enquanto classe, pode contribuir para a reconstrução da centralidade destruída pela estratégia de segregação e reencontrada na forma ameaçadora dos 'centros de decisão'. Isto não quer dizer que a classe operária fará sozinha a sociedade urbana, mas que sem ela nada é possível. A integração sem ela não tem sentido, e a desintegração continuará, sob a máscara e a nostalgia da integração. Existe aí não apenas uma opção, mas também um horizonte que se abre ou que se fecha. Quando a classe operária se cala, quando ela não age e quando não pode realizar aquilo que a teoria define como sendo sua 'missão histórica', é então que faltam o 'sujeito' e o 'objeto'. O pensamento que reflete interina essa ausência (LEFEBVRE, 2008, p.113).

Para Lefebvre, a pressão das massas tem como efeitos sociais o surgimento e o reconhecimento de alguns direitos que definem a civilização, que progressivamente se incorporam à vida cotidiana e se inscrevem nos códigos que regulamentam as relações sociais:

No seio dos efeitos sociais, devidos à pressão das massas, o individual não morre e se afirma. Surgem direitos; estes entram para os costumes ou em prescrições mais ou menos seguidas por atos, e sabe-se bem como esses 'direitos' concretos vêm contemplar os direitos abstratos do homem e do cidadão inscritos no frontão dos edifícios pela democracia quando de seus primórdios revolucionários: direitos das idades e dos sexos (a mulher, a criança, o velho), direitos das condições (o proletário, o camponês), direitos à instrução e à educação, direito ao trabalho, à cultura, ao repouso, à saúde, à habitação. [...] A pressão da classe operária foi e continua a ser necessária (mas não suficiente) para o reconhecimento desses direitos, para a sua entrada para os costumes, para a sua inscrição nos códigos, ainda bem incompletos (LEFEBVRE, 2008, p.117).

Entre esses direitos, surge o *direito à cidade*, "não à cidade arcaica mas à vida urbana, à centralidade renovada, aos locais de encontro e de trocas, aos ritmos de vida e empregos do tempo que permitem o *uso* pleno e inteiro desses momentos e locais etc" (LEFEBVRE, 2008, p.139), mas que

[...] se manifesta como uma forma superior dos direitos: o direito à liberdade, à individualização na socialização, ao habitat e ao habitar. O direito à obra (à atividade participante) e o direito à apropriação (bem distinto do direito à propriedade) estão implicados no direito à cidade (LEFEBVRE, 2008, p.134).

Assim, o *direito à cidade* busca a realização da vida urbana como reino do uso (da troca e do encontro separados do valor de troca), que exige o domínio do econômico (do valor de troca, do mercado e da mercadoria) e que pressupõe uma

teoria integral da cidade e da sociedade urbana que utilize os recursos da ciência, da filosofia e da arte, na qual a classe operária seja o agente, o portador ou o suporte social dessa realização, que se inscreve na perspectiva de revolução sob hegemonia da classe operária:

Para a classe operária, rejeitada dos centros para as periferias, despojada da cidade, expropriada assim dos melhores resultados de sua atividade, esse direito tem um alcance e uma significação particulares. Representa um meio e um objetivo, um caminho e um horizonte; mas essa ação virtual da classe operária representa também os interesses gerais da civilização e os interesses particulares de todas as camadas sociais de 'habitantes', para os quais a integração e a participação se tornam obsessivas sem que cheguem a tornar eficazes essas obsessões (LEFEBVRE, 2008, p.139).

A realização da sociedade urbana exige uma planificação orientada para as necessidades sociais, para o qual é necessária uma ciência da cidade (das relações e correlações na vida urbana), bem como uma força social e política capaz de operar esses meios:

Apenas a força social capaz de se investir a si mesma no urbano, no decorrer de uma longa experiência política, pode se encarregar da realização do programa referente à sociedade urbana. Reciprocamente, a ciência da cidade traz para essa perspectiva um fundamento teórico e crítico, uma base positiva. A utopia controlada pela razão dialética serve de parapeito às ficções pretensamente científicas, ao imaginário que se extraviaria. Esse fundamento e essa base, por outro lado, impedem que a reflexão se perca no programático puro. O movimento dialético se apresenta aqui com uma relação entre a ciência e a força política, como um diálogo, ato que atualiza as relações 'teoria-prática' e 'positividade-negatividade' crítica. (LEFEBVRE, 2008 p.115-6).

A produção industrial é motor da transformação revolucionária da sociedade, mas o centro urbano de decisão não pode mais ser considerado fora dos meios de produção, de sua propriedade, de sua gestão, no bojo do neocapitalismo (ou capitalismo monopolístico ligado ao Estado). Assim, somente se a classe operária se encarregar da planificação será possível modificar profundamente a vida social rumo ao socialismo. A revolução urbana tem um alcance revolucionário, pois dá lugar a uma estratégia que se opõe à estratégia da classe dominante.

Só o proletariado pode investir sua atividade social e política na sociedade urbana. Só ele pode renovar o sentido da atividade produtora e criadora ao destruir a ideologia do consumo. Ele tem, portanto, a capacidade de produzir um novo humanismo, diferente do velho humanismo liberal que está terminando sua existência: o urbanismo do *homem urbano* para o qual e pelo qual a cidade e sua própria vida cotidiana na cidade se tornam obra, *apropriação*, valor de uso (e não valor de troca) servindo-se de todos os meios da ciência, da arte, da técnica, do domínio sobre a natureza material (LEFEBVRE, 2008, p.140 – grifo do autor).

Ao sentido da produção dos produtos (do domínio científico e técnico sobre a natureza material) deve-se acrescentar (e predominar) o sentido da obra, da apropriação (do tempo, do espaço, do corpo, do desejo) na e pela sociedade urbana. Assim, o sentido da obra pode ser retomado a partir da filosofia e da arte. Para tanto, ao lado da revolução econômica (planificação orientada para as necessidades sociais) e da revolução política (controle democrático do aparelho estatal, autogestão generalizada), é necessária uma revolução cultural permanente. Neste sentido, a reflexão do autor apresenta uma estratégia contra-hegemônica, uma utopia que projeta sobre o horizonte um “possível-impossível”, um projeto global que proponha novas práticas urbanas em uma nova sociedade urbana:

[...] um projeto global e concreto de uma sociedade nova, qualitativamente diferente. Este projeto transborda largamente quer as reivindicações relativas ao trabalho, as reivindicações que nascem no seio do espaço sobre os locais de trabalho (unidades de produção) – quer o simples melhoramento da qualidade do vivido. Um tal projeto só pode ser elaborado apelando para todos os recursos do conhecimento e da imaginação. Essencialmente reversível, tem muitas probabilidades de fracassar, pois não dispõe tacticamente de nenhuma eficácia social e de nenhuma força política. Os valores novos não se impõem. Propõem-se (LEFEBVRE, 1973, p.104).

Cabe destacar que a partir da Carta Mundial do Direito à Cidade⁹, o conceito de *direito à cidade* ganhou grande visibilidade, inspirando debates teóricos no campo dos estudos sobre o urbano, assim como as lutas dos movimentos sociais urbanos. Entretanto, observa-se que o *direito à cidade* vem se constituindo em um conceito polissêmico, contemplando desde o direito de ir e vir, o direito a exercer poder sobre o processo de urbanização, até o direito à obra e à apropriação, estando presente tanto nas pautas reformistas, como nas revolucionárias.

O *direito à cidade* foi abordado pelo geógrafo marxista inglês David Harvey, em seu livro *Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana*, publicado em 2012, que dedicou metade da obra ao tema (HARVEY, 2014; BRANDT, 2014). Na obra o autor chama atenção para um “ressurgimento da ideia do direito à cidade” sem relação com o legado de Lefebvre, mas com o poder e a importância dos movimentos sociais urbanos nas lutas acerca da configuração das características da vida urbana cotidiana. Para ele, a ideia do *direito à cidade* na atualidade “surge

⁹ Carta resultante do Fórum Social das Américas de Quito em 2004, do Fórum Mundial Urbano de Barcelona em 2004 e do V Fórum Social Mundial de Porto Alegre em 2005.

basicamente das ruas, dos bairros, como um grito de socorro e amparo de pessoas oprimidas em tempos de desespero” (HARVEY, 2014, p.15).

Harvey reivindica a importância e atualidade do legado de Lefebvre, reconhecendo a tarefa política de imaginar e reconstituir um tipo totalmente novo de cidade a partir da realidade capitalista globalizante e urbanizadora. E destaca a necessidade de criação de um vigoroso movimento anticapitalista, cujo objetivo central seja a transformação da vida urbana cotidiana:

Somente quando a política se concentrar na produção e reprodução da vida urbana como processo de trabalho essencial que dê origem a impulsos revolucionários será possível concretizar lutas anticapitalistas capazes de transformar radicalmente a vida cotidiana. Somente quando se entender que os que constroem e mantêm a vida urbana têm uma exigência fundamental sobre o que eles produziram, e que uma delas é o direito inalienável de criar uma cidade mais em conformidade com seus verdadeiros desejos, chegaremos a uma política do urbano que venha a fazer sentido (HARVEY, 2014, p.21).

Apesar do esforço em demonstrar seu alinhamento ao pensamento de Lefebvre, o autor apresenta uma leitura particular das ideias do filósofo francês, com o propósito de justificar sua própria tese. Harvey dá ênfase à concretização de espaços heterotópicos¹⁰ anteriores à revolução socialista, argumentando que a teoria de movimento revolucionário para Lefebvre baseia-se no casuísmo de uma “confluência espontânea em um movimento de irrupção, quando grupos heterotópicos distintos de repente se dão conta, ainda que, por um breve momento, das possibilidades da ação coletiva para criar algo radicalmente novo” (HARVEY, 2014, p.22). Com base nessa compreensão, o autor enuncia sua leitura do *direito à cidade* em Lefebvre como uma etapa que precede a revolução socialista:

Lefebvre tinha plena consciência da força e do poder das práticas dominantes para não reconhecer que a tarefa fundamental era erradicá-las por meio de um movimento revolucionário de amplitude muito maior. A totalidade do sistema capitalista de acumulação infinita, assim como suas estruturas relacionadas de poder de exploração de classe e do Estado, deve ser derrubada e substituída. Reivindicar o direito à cidade é uma estação intermediária na estrada que conduz a esse objetivo. Isso nunca poderá ser um objetivo em si mesmo, ainda que cada vez mais pareça ser um dos caminhos mais propícios a se seguir. (HARVEY 2014, p.23-24).

¹⁰ De acordo com Harvey: “O conceito de heterotopia defendido por Lefebvre [...] delinea espaços sociais limítrofes de possibilidades onde 'algo diferente' é não apenas possível, mas fundamental para a definição de trajetórias revolucionárias. Esse 'algo diferente' não decorre necessariamente de um projeto consciente, mas simplesmente daquilo que as pessoas fazem, sentem, percebem e terminam por articular à medida que procuram significados para sua vida cotidiana” (HARVEY, 2014, p.22)

A fim de explicitar sua definição para o conceito de *direito à cidade*, Harvey destaca que o tipo de cidade que queremos está relacionada a que tipo de pessoas que queremos ser, que tipos de relações sociais buscamos, que relações com a natureza nos satisfazem, que estilo de vida desejamos levar, quais são nossos valores estéticos. Para o autor o *direito à cidade* é, na sua perspectiva: “[...] muito mais do que um direito de acesso individual ou grupal aos recursos que a cidade incorpora: é um direito de mudar e reinventar a cidade mais de acordo com nossos mais profundos desejos” (HARVEY, 2014, p.28). Além disso, é um direito que depende do exercício de um poder coletivo sobre o processo de urbanização:

Reivindicar o direito à cidade no sentido que aqui proponho equivale a reivindicar algum tipo de poder configurador sobre os processos de urbanização, sobre o modo como nossas cidades são feitas e refeitas, e pressupõe fazê-lo de maneira radical e fundamental (HARVEY, 2014, p.30).

Segundo Harvey as cidades surgiram da concentração geográfica e social de um excedente de produção e que a urbanização sempre foi um fenômeno de classe “uma vez que os excedentes são extraídos de algum lugar ou alguém, enquanto o controle sobre seu uso costuma permanecer na mão de poucos” (HARVEY, 2014, p.30). Assim, defende a tese que o capitalismo, em sua eterna busca de mais-valia, está sempre produzindo excedentes de produção exigidos pela urbanização, ao mesmo tempo que o capitalismo precisa da urbanização para absorver o excedente de produção que nunca deixa de produzir. No capitalismo, o excedente deixa de ser consumido em prazeres para ser reinvestido na produção e o resultado do reinvestimento é a expansão da produção de excedentes. Onde a eterna necessidade de encontrar esferas rentáveis para produção e absorção do excedente de capital, frente aos quais a urbanização desempenha um papel particularmente ativo, especialmente nos momentos de crise.

O autor cita como exemplo, o papel da urbanização na crise de 1848 na França e na estabilização depois da segunda guerra nos Estados Unidos. No primeiro caso, através de investimentos em infraestruturais no país e fora dele, incluindo a reconfiguração da infraestrutura de Paris, concebidos por Haussmann. No segundo caso, através da criação de autoestradas e transformações estruturais, com destaque para a suburbanização e a reformulação das cidades e de suas regiões metropolitanas, concebidos por Moses.

Ele destaca como desdobramentos destes processos, por um lado, a criação de um estilo de vida urbana e um novo tipo de persona urbana vinculada ao consumo; por outro, o surgimento de movimentos revolucionários ou contestatórios dessas novas ordens urbanas, como a Comuna de Paris em 1871 e a revolta dos guetos e dos estudantes norte-americanos na década de 1960; e um terceiro, a crise global provocada pela explosão da bolha imobiliária em 1973, que se repetiu em uma escala mais ampliada em 2008.

Como em todas as fases anteriores, essa expansão muito recente e radical do processo urbano trouxe consigo incríveis transformações no estilo de vida. A qualidade da vida urbana tornou-se uma mercadoria para os que têm dinheiro, como aconteceu com a própria cidade em um mundo no qual o consumismo, o turismo, as atividades culturais e baseadas no conhecimento, assim como o eterno recurso à economia do espetáculo, tornam-se aspectos fundamentais da economia política urbana, inclusive na Índia e na China. A tendência pós-moderna a estimular nichos de mercado, tanto nas escolhas de estilo de vida urbano quanto de hábitos de consumo e formas culturais, envolve a experiência urbana contemporânea em uma aura de liberdade de escolha no mercado, desde que você tenha dinheiro e possa se proteger da privatização da redistribuição da riqueza por meio da florescente atividade criminosa e das práticas fraudulentas e predatórias (cuja escalada é onipresente). [...]. É um mundo em que a ética neoliberal do intenso individualismo, que quer tudo para si, pode transformar-se em um modelo de socialização da personalidade humana. Seu impacto vem aumentando o individualismo isolacionista, a ansiedade e a neurose em meio a uma das maiores realizações sociais (pelo menos a julgar por sua gigantesca escala e pelo fato de ser quase onipresente) já criadas na história humana para a concretização de nossos mais profundos desejos (HARVEY, 2014, p.46-7).

Para o autor as falhas do sistema são evidentes, expressas na vida em cidades cada vez mais fragmentadas e propensas a conflitos. Os resultados dessa crescente polarização na distribuição de riqueza e poder estão inscritos nas formas espaciais das cidades. E a urbanização desempenha um papel cada vez maior na absorção dos excedentes de capital, por meio de processos de destruição criativa (reestruturação urbana e redesenvolvimento urbano) e de formas predatórias (acumulação por desapropriação¹¹) que implicam no alijamento das massas urbanas de todo e qualquer *direito à cidade*. Harvey ressalta que essas situações deram origem a rebeliões na história, mas a resposta política é mais complexa na atualidade, muito embora reconheça que “os sinais de revolta estão por toda parte”. Assim, sugere que os movimentos de oposição deveriam se unir em torno da reivindicação do *direito à cidade*, tendo como exigência:

¹¹ Como, por exemplo, as hipotecas *subprime*, cf. Harvey (2014).

maior controle democrático sobre a produção e o uso do excedente pois ‘uma vez que o processo de urbanização é um dos principais canais de uso, o *direito à cidade* se configura pelo estabelecimento do controle democrático sobre a utilização dos excedentes da urbanização (HARVEY, 2014, p.61).

Além disso, destaca que parte do valor excedente criado tem sido tributada pelo Estado e que nas fases social-democratas essa proporção aumentou significativamente, com parte sob controle estatal. Contudo, na fase neoliberal vem ocorrendo a privatização do controle do valor excedente para impedir o aumento da parcela do Estado, bem como a criação de novos modos de governança que integram os interesses do Estado e do capital e asseguram que o controle sobre a aplicação do excedente por meio do Estado favoreça o capital e as classes dominantes na configuração do processo urbano. Assim, “o aumento da parcela do excedente sob controle do Estado só funcionará se o próprio Estado se e voltar reformular a se colocar sob o controle democrático do povo” (HARVEY, 2014, p.62). Mas “cada vez mais, vemos que o *direito à cidade* vem caindo nas mãos de interesses privados ou quase privados”, o que demonstra a relação do seu conceito à questão da hegemonia sobre os processos de urbanização:

O direito à cidade como hoje existe, como se constitui atualmente, encontra-se muito mais estreitamente confinado, na maior parte dos casos, nas mãos de uma pequena elite política e econômica com condições de moldar a cidade cada vez mais segundo suas necessidades particulares e seus mais profundos desejos (HARVEY, 2014, p.63).

Para reverter esse quadro, aponta que é necessário um movimento de oposição com o objetivo único de adquirir maior controle sobre a produção e o uso dos excedentes e de sua conexão com a urbanização, reconhecendo a cidade o processo urbano enquanto esferas de luta rumo a uma revolução urbana:

A reprodução do capital passa por processos de urbanização de inúmeras maneiras. Contudo, a urbanização do capital pressupõe a capacidade de o poder de classe capitalista dominar o processo urbano. Isso implica a dominação da classe capitalista não apenas sobre os aparelhos de Estado (em particular, as instâncias do poder estatal que administram e governam as condições sociais e infraestruturais nas estruturas territoriais), como também sobre populações inteiras – seus estilos de vida, sua capacidade de trabalho, seus valores culturais e políticos, suas visões de mundo. Não se chega facilmente a esse nível de controle, se é que se chega. A cidade e o processo urbano que a produz são, portanto, importantes esferas de luta política, social e de classe (HARVEY, 2014, p.133).

Harvey coloca que a história da luta de classes de base urbana tem vários exemplos importantes, destacando o potencial das lutas anticapitalistas no espaço

da cidade. Para ele, a cidade funciona como um espaço importante de ação e revolta política, devido às características ambientais mais propícias à eclosão de protestos, bem como à capacidade de interromper a economia urbana. Mas destaca que a cidade é mais do que um lugar passivo onde tais ações e revoltas podem ocorrer, uma vez que estas não são meros efeitos colaterais das aspirações humanas, mas têm a ver com as peculiaridades da vida urbana, com potencial para fundamentar as lutas anticapitalistas.

O autor ressalta que na tradição marxista as lutas urbanas tendem a ser ignoradas ou repudiadas, consideradas desprovidas de potencial ou importância revolucionária, interpretadas como questões de reprodução (e não de produção) ou sobre direitos, soberania e cidadania (e não sobre classe). Para ele, embora os movimentos sociais urbanos não possam ser enquadrados na clássica concepção de proletariado (mas na concepção de precariado) apresentam conteúdo de classe. Assim, propõe a revisão da clássica leitura do sujeito revolucionário, descolando-a para os sujeitos produtores da urbanização, pois, na atualidade, é a cidade (e não a fábrica) o lugar por excelência da produção da mais valia, cuja organização não ocorre apenas em torno do trabalho (mas, por exemplo, das condições do espaço habitável), a fim de criar solidariedades sociais e políticas de distintas do trabalho, contemplando pautas das minorias (imigrantes, etnias, feministas etc).

Assim, entende que o *direito à cidade* pode se tornar uma palavra de ordem para mobilizar a luta anticapitalista, no entanto destaca que “Tudo depende de quem conferirá ao significante um significado imanente revolucionário, em oposição ao significado reformista” (HARVEY, 2014, p. 244). Nesta perspectiva, aponta que “todos aqueles cujo trabalho está envolvido em produzir e reproduzir a cidade têm um direito coletivo não apenas àquilo que produzem, mas também o de decidir que tipo de urbanismo deve ser produzido, onde e como” (HARVEY, 2014, p.245):

O direito à cidade não é um direito individual exclusivo, mas um direito coletivo concentrado. Inclui não apenas os trabalhadores, mas todos aqueles que facilitam a reprodução da vida cotidiana [...]. Busca-se a unidade em uma diversidade de espaços e locais sociais fragmentados em uma divisão de trabalho inumerável. [...]

Por motivos óbvios, porém, trata-se de um direito complicado, devido às condições contemporâneas da urbanização capitalista, assim como à natureza das populações que poderiam lutar ativamente por esse direito. [...]

É por esse motivo que o direito à cidade deve ser entendido não como um direito ao que já existe, mas como um direito de reconstruir e recriar a cidade como um corpo político socialista com uma imagem totalmente

distinta: que erradique a pobreza e a desigualdade social e cure as feridas da desastrosa degradação ambiental. Para que isso aconteça, a produção das formas destrutivas de urbanização que facilitam a eterna acumulação de capital deve ser interrompida (HARVEY, 2014, p.247).

Na direção da revolução urbana, o autor propõe três teses: 1) a articulação das lutas trabalhistas e populares; 2) a redefinição do conceito de trabalho rumo à sua ampliação, incorporando o trabalho vinculado à produção e reprodução da vida cotidiana urbanizada; e 3) o mesmo status entre as lutas dos trabalhadores pela recuperação da mais-valia nos espaços em que eles vivem e as lutas nos diferentes pontos de produção da cidade. Assim, defende a criação de um movimento anticapitalista cidadão, resultante de sucessivas rebeliões urbanas, consolidado em um nível muito mais alto de generalidade, para que não retroceda a um reformismo ao nível do Estado. Para tanto, aponta a necessidade de uma maneira distinta e revolucionária de teorizar e praticar uma política anticapitalista, que reflète sua concepção de *direito à cidade* e de *revolução urbana* apresentadas neste trabalho:

O universo da cidadania e dos direitos, em algum corpo político de natureza superior, não se opõe necessariamente ao das classes e da luta. O cidadão e o camarada podem marchar juntos na luta anticapitalista, mesmo que muitas vezes trabalhem em escalas distintas. Mas isso só pode acontecer se nos tornarmos, como já insistia Park há muito tempo, mas “conscientes da natureza de nossa tarefa”, que é construir coletivamente a cidade socialista sobre as ruínas da urbanização capitalista destrutiva. Esse é o ar da cidade que pode tornar as pessoas verdadeiramente livres. Isso, porém, implica uma revolução no pensamento e nas práticas anticapitalistas. As forças progressistas anticapitalistas podem mobilizar-se mais facilmente para avançar rumo às coordenadas globais pelas redes urbanas, que podem ser hierárquicas mas não monocêntricas, corporativas mas ainda assim democráticas, igualitárias e horizontais, sistemicamente subordinativas e federativas [...], internamente discordante e contestada, mas solidária contra o poder da classe capitalista e, acima de tudo, profundamente comprometida com a luta para minar e finalmente derrubar o poder que as leis capitalistas de valor no mercado mundial têm de determinar as relações sociais sob as quais trabalhamos e vivemos. Um movimento desses deve abrir caminho ao florescimento humano universal, para além das coerções da dominação de classe e das determinações mercantilizadas do mercado. O mundo da verdadeira liberdade só começa, como insistia Marx, quando essas coerções materiais forem definitivamente relegadas ao passado. Reivindicar e organizar as cidades para as lutas anticapitalistas é um grande ponto de partida (HARVEY, 2014, p.271-2).

Diante de todo o exposto, observa-se importantes diferenças na concepção do *direito à cidade* em Lefebvre e em Harvey. Acredita-se que a pouca compreensão sobre tais diferenças pode contribuir para uma certa obliteração do seu conteúdo original e para uma conseqüente descaracterização da sua virtualidade e potencialidade. Por tal motivo, cabe destacar a diferença entre os discursos sobre o

direito à cidade e à justiça espacial, afastando-se assim do sentido original de utopia experimental proposto por Lefebvre. Segundo Carlos (2017), tais discursos criam um campo cego da análise sobre a produção contraditória do espaço, no contexto da sociedade de classes em disputa, reforçando o urbanismo como ideologia que serve à reprodução do capital. De acordo com a autora:

Com certa frequência, o conceito de direito à cidade faz menção ou apela à análise de Lefebvre, principalmente no livro escrito em 1968. Em nome dele, modeliza-se a dialética, justifica-se a elaboração de políticas públicas, planeja-se a participação de todos na “gestão democrática” da cidade contra o empreendedorismo urbano. [...] Nessa direção, a obra de Lefebvre permite atualizar a alienação do mundo moderno, ignorada pelas análises que pretende construir no presente, pragmaticamente, um meio de ação para diminuir desigualdades sociais (CARLOS, 2017, p.54).

Para Lefebvre, o *direito à cidade* é um conceito que expressa o questionamento à subordinação da sociedade urbana ao valor de troca e da vida cotidiana à sociedade burocrática de consumo dirigido. Destaca que tal subordinação destituiu o sentido da industrialização-urbanização, que se encontra voltada para o crescimento econômico, em lugar de garantir o desenvolvimento social. Diante desta constatação, propõe a retomada do sentido da obra a partir da filosofia e da arte, o que pressupõe uma revolução econômica, política e cultural urbana conduzida pela classe trabalhadora rumo ao socialismo.

Para Harvey, o *direito à cidade* é um conceito que expressa o exercício de poder sobre os processos de urbanização que, na atualidade, vem sendo exercido pelo capital, denotando que o conceito pode ser aplicável a ambas as classes sociais em disputa (burguesia e proletariado), conforme o estágio da luta de classes. Além disso, para o autor, o *direito à cidade* consiste em uma etapa integrante da luta anticapitalista e que, portanto, precede uma possível revolução urbana.

Ao comparar o conceito de *direito à cidade* nos dois autores, observa-se que, se por um lado, em Lefebvre, a urbanização não pode ser compreendida de forma dissociada da industrialização (daí seu entendimento como duplo processo), por outro, em Harvey, observa-se uma grande ênfase na urbanização, sugerindo em alguns momentos uma relação dicotomizada entre ambos, a partir da compreensão de que o capitalismo produz excedentes de produção exigidos pela urbanização, ao mesmo tempo que precisa da urbanização para absorver o excedente de produção.

Importa destacar a concepção de Lefebvre sobre o espaço social, compreendido como produto social, resultado das relações sociais, mas que

intervém nas relações sociais de produção e reprodução ampliada (onde parte da mais valia é empregada na compra de mais capital variável e constante), sendo, portanto produtivo e produtor (LEFEBVRE, 2006). Para ele, a teorização sobre o espaço social permite compreender a urbanização como parte da preocupação do projeto da planificação espacial e, portanto, também um desdobramento das relações sociais em um dado contexto histórico, frente à qual tece suas críticas¹².

Dessa maneira, cabe problematizar a centralidade que a urbanização ocupa no pensamento de Harvey, tendo em vista uma maior ênfase dada ao valor de troca (cidade enquanto produto), do que na relação dialética entre valor de uso e valor de troca (cidade enquanto obra e produto), na vida urbana cotidiana. Tal centralidade acaba fragilizando a análise quanto à construção de alternativas à realidade atual, que gira em torno de lutas pontuais em torno do processo de urbanização, e de um sujeito urbano revolucionário vago, rumo a uma “luta anticapitalista” que carece de maior aprofundamento. Não custa lembrar que, na experiência do socialismo real, não foi suficiente ter o controle sobre a industrialização (e sobre a urbanização), já que baseada nos mesmos moldes do modo de produção sob o comando do Estado.

Também se observa que a crítica ao cotidiano imposto pela sociedade capitalista, que em Lefebvre tem lugar central, em Harvey foi deslocada para a reivindicação de um direito à participação nos marcos da sociedade capitalista, embora ambos os autores vislumbrem a perspectiva de revolução rumo a outra sociedade. Lefebvre destaca os riscos da ideologia humanista liberal que estimula uma prática social de integração e participação; obviamente, não se trata do mesmo tipo de participação defendido por Harvey, mas há que se ter cuidado para que o incentivo à participação ultrapasse pautas reformistas que não rompem as relações sociais capitalistas e arrefecem a luta por sua dissolução. Segundo Carlos (2013):

Mal definidos, os conteúdos sobre o que se espera e se pensa dos “direitos à cidade” exigem uma reflexão profunda. Nos termos apontados por Henri Lefebvre, se coloca em xeque a totalidade da sociedade submetida à economia e à política que a sustenta e apoia. [...].

Nesta orientação, é possível entender o “direito à cidade” como uma necessidade prática de superação da contradição valor de uso-valor de troca, que só se resolveria na superação daquilo que funda o capitalismo: a propriedade privada. [...] Dessa forma, o *direito à cidade* propõe a

¹² Segundo Lefebvre a teorização do espaço social “permite compreender a originalidade do projeto (permanecendo no quadro limitado do modo de produção existente), o da planificação espacial. Para compreendê-lo, mas também para modificá-lo, completá-lo, em função de outras demandas e de outros projetos; mas considerando sua qualidade, e notadamente o fato que ele se preocupava da urbanização” (LEFEBVRE, 2006, p.5).

construção de uma nova sociedade, colocando em questão a própria sociedade urbana – suas estruturas – e a segregação como forma predominante da produção do espaço urbano capitalista. [...] Assim, a superação da segregação socioespacial encontra seu caminho na construção do *direito à cidade*, como projeto social (CARLOS, 2013, p.108-109).

Estes apontamentos permitem considerar que as leituras sobre o *direito a cidade* realizadas apenas a partir da obra de Harvey (2014) têm assumido um caráter mais reformista do que revolucionário, envolto na armadilha do urbanismo enquanto ideologia, em um projeto de “gestão democrática da cidade” através de políticas públicas conduzidas pelo Estado. Um quadro que, ao ocultar a segregação através da integração à sociedade burocrática de consumo dirigido, sugere a perda de seu status de utopia experimental, tão caro ao pensamento de Lefebvre.

Mais do que nunca, torna-se fundamental seguir a recomendação do próprio Lefebvre (1973), para o qual a compreensão do processo *de produção do espaço social* e da *vida cotidiana*, exige a retomada da compreensão sobre a reprodução das relações sociais de produção presente no Capítulo VI Inédito de O Capital (MARX, 2004), com vistas a construção de estratégia contra-hegemônica de lutas para a construção de um espaço diferencial e a conquista da cotidianidade da vida urbana que venham a materializar o *direito à cidade*.

A compreensão sobre o modo de produção e a reprodução das relações sociais de produção, permitem ampliar o olhar rumo à superação do ponto cego, estudo da problemática urbana. Além disso, a produção do espaço no capitalismo e da reprodução da vida cotidiana permite considerar o papel da burguesia e do Estado para a superação das crises através do consumo do tempo e do espaço, bem como o papel da classe trabalhadora nas lutas pelo direito à cidade. Assim, a discussão realizada no capítulo contribui para iluminar a análise sobre a política de mobilidade urbana e transporte no Brasil, destacando a centralidade que o rodoviarismo e, especialmente o automóvel, passa a assumir na sociedade brasileira a partir do século XX, como será abordado no próximo capítulo.

2 A POLÍTICA DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE NO BRASIL

Este capítulo aborda a política de mobilidade urbana e o transporte no Brasil. Observa-se que há vasta literatura crítica sobre o processo de formação do mercado de trabalho, do surgimento da questão social e das lutas por melhores condições de trabalho e salários, que resultaram no reconhecimento de direitos sociais e a formulação de políticas sociais no Brasil. Porém, com relação ao processo de formulação das políticas urbanas e, em especial, das políticas de mobilidade urbana e transporte, esta ainda é uma história contada a partir de um ponto de vista técnico, ocultando assim o movimento dos sujeitos políticos, ou seja, das classes sociais.

Nesse sentido, a *primeira seção* apresenta uma caracterização da política de mobilidade urbana e transporte no país, a fim de possibilitar a compreensão sobre o processo de implantação e consolidação da indústria e do serviço de transportes no país. A partir de um plano mais, geral, pretende demonstrar a construção de uma cultura rodoviarista e o papel desempenhado pelas classes sociais e pelo Estado.

A *segunda seção* apresenta um panorama da política de mobilidade urbana e transporte no Brasil dos anos 1930 aos 2000, destacando alguns momentos e sujeitos relevantes que, ao longo desse processo sócio-histórico de disputas e conflitos, serão determinantes para a hegemonia do transporte individual sobre o coletivo no país.

E a *terceira seção* apresenta a política de mobilidade urbana e transporte nos anos 2000, período no qual houve a retomada da participação do governo federal na política de mobilidade urbana e transporte, que coincide com os governos dos Partidos dos Trabalhadores (PT), no qual há a criação do Ministério das Cidades e da Política de Mobilidade Urbana. Além disso, a partir dessa década surgem novos movimentos sociais urbanos organizados em torno da pauta da mobilidade urbana e transporte, que terão protagonismo nas *Jornadas de Junho* de 2013 e nos seus desdobramentos.

2.1 Caracterização da política de mobilidade urbana e transporte

O desenvolvimento capitalista em países com industrialização tardia, assim como no Brasil, imprimiu ao processo de urbanização um caráter desigual e uma

problemática urbana específica, resultado de uma concentração espacial de atividades em algumas cidades e da consequente mobilidade social de um exército industrial de reserva mediante fluxos migratórios (SINGER, 1987).

Dessa maneira, a problemática urbana é também decorrente da ausência de planejamento urbano de longo prazo, “sumamente difícil, senão impossível” (SINGER, 1987, p.125), tendo em vista que as decisões sobre a localização das atividades são tomadas descentralizadamente pelas empresas, ao mesmo tempo em que a regulamentação do uso do solo urbano esbarra nos direitos dos proprietários do solo e dos veículos.

As leis urbanísticas de parcelamento do solo reservam um mínimo de 20% da área de urbanização para as vias de circulação, o que demonstra que o transporte consiste em um dos modos de uso do solo mais intensos (SILVA, 1992). Diante desse dado, considera-se que a mobilidade urbana deva ser pensada sob o ponto de vista do uso e da ocupação do solo, de forma a garantir o acesso universal à infraestrutura, equipamentos e serviços da cidade a toda população. Entretanto, observa-se que:

As tentativas do Estado de alterar essa situação foram feitas por meio da obrigatoriedade de organização do uso e da ocupação do solo, ditada por regulamentos gerais e um instrumento mais poderoso – o plano diretor municipal. No geral, as tentativas fracassaram, porque, na prática, o uso do solo e a expansão urbana ocorreram com elevado grau de informalidade e ilegalidade. Nunca houve, da parte do poder público local, uma atitude de controle real dos processos indesejáveis de expansão e ocupação. A regra foi o descaso, a leniência e a prática sistemática da anistia formal ou por simples abandono do tema para a maioria dos usos e ocupações ilegais, seja dos grupos de baixa renda, seja da classe média e da elite. A visita a qualquer cidade brasileira mostra isso com clareza instantânea.

Mais recentemente, em 2001, foi aprovado o Estatuto das Cidades, que rompeu a inércia legislativa federal e propôs alterações significativas no processo de organização do espaço urbano. Todavia, ele chegou quando um enorme passivo urbano negativo já havia sido construído fisicamente, o que colocava limites claros a qualquer tentativa de mudança estrutural. Na realidade, a maior parte das cidades brasileiras grandes e médias chegou ao século XIX com sua estrutura física definida e consolidada, em grande parte gerando condições insustentáveis, ineficientes e ambientalmente danosas. Qualquer tentativa de mudança real levará décadas para se materializar, e só ocorrerá se conseguir vencer os obstáculos políticos e econômicos que lhe farão oposição (VASCONCELLOS, 2013, p.19-20).

O crescimento urbano significou a expansão e dispersão das cidades em direção aos bairros mais distantes, enquanto os locais de trabalho e lazer foram mais concentrados nas áreas centrais. Devido ao preço da terra, a população passou a residir cada vez mais distante do seu local de trabalho e das demais

atividades da vida cotidiana. Conseqüentemente os deslocamentos ficam mais demorados e onerosos. Assim, a discussão sobre a mobilidade urbana e o transporte ganha importância frente à produção capitalista do espaço, na qual o uso predatório do espaço, a segregação espacial e a periferização dos locais de moradia são a regra e não a exceção. Segundo Carlos (2017):

A mobilidade aparece como problema decorrente da extensão do tecido urbano que separou lugar de trabalho/lugar de moradia, mas também da necessidade de o cidadão acessar a metrópole como espaço-tempo da vida que se mantém através das relações entre os lugares no espaço urbano e dos cidadãos entre si e com a metrópole. Dessa maneira, a mobilidade impõe o debate sobre a segregação e as orientações definidoras das políticas públicas de investimento que atuam diretamente na construção de infraestrutura em determinadas regiões da metrópole em detrimento de outras (CARLOS, 2017, p. 44).

A mobilidade urbana e o transporte são temas estratégicos para a produção de cidades mais justas e acessíveis para todos, com vistas ao desenvolvimento urbano e, sobretudo, ao desenvolvimento humano. Portanto, seu desenho expressa qual projeto de cidade e de cidadania vem sendo implementado nas diferentes cidades brasileiras.

Vasconcellos (2013) considera que as políticas de mobilidade urbana de pessoas implementadas ao longo da história do país foram altamente seletivas e excludentes, com poucas medidas a favor da equidade. Assim, há que se compreender a mobilidade urbana atual, enquanto expressão da industrialização tardia amparada na indústria automotiva e urbanização acelerada do país que deu suporte necessário a essa indústria.

Este modelo de desenvolvimento urbano baseado na opção política das classes dominantes com o suporte do Estado capitalista, na direção oposta dos interesses e necessidades do restante da população, permitiu a criação das bases para a difusão da cultura do rodoviarismo, centrada no transporte motorizado individual (automóvel e motocicleta) e, em um plano mais reduzido, no transporte motorizado coletivo (ônibus). Para Vasconcellos:

As principais conseqüências dessas decisões foram: crescimento exponencial da rede de rodovias e do transporte de cargas por caminhões; redução progressiva da rede ferroviária, com grande queda de qualidade e confiabilidade; agravamento crescente dos problemas de mobilidade nas grandes cidades; substituição dos bondes por veículos de pequeno porte; e crescentes custos sociais e ambientais (VASCONCELLOS, 2013, p. 33).

Segundo este autor, o uso do automóvel foi incentivado por várias medidas, diretas e indiretas. As diretas foram o apoio à indústria automobilística, à facilitação da compra do automóvel, e a criação da infraestrutura viária para o seu uso. As indiretas foram a liberdade irrestrita de circulação, a gratuidade no estacionamento nas vias públicas, a cobrança irrisória de licenciamento anual, a deficiência estrutural na fiscalização dos condutores e das condições dos veículos e ao apoio generalizado ao automóvel alugado (taxi).

Além disso, destaca que a construção da infraestrutura do sistema viário seguiu o modelo norte-americano, com vias mais largas do que o necessário, acarretando desperdício de recursos. Dada a baixíssima demanda de trânsito na maioria das vias, passaram a servir de estacionamento para veículos, funcionando como mais um subsídio pago com recursos públicos e que beneficia uma pequena parte da população. Assim, considera que:

A expansão urbana descontrolada foi acompanhada de um projeto igualmente prejudicial à economia da sociedade e à equidade no uso dos recursos públicos: a construção de um sistema viário caro e de baixa produtividade.

A forma primordial de apoio ao uso do automóvel ocorre pela construção de um sistema viário extenso, conectando o espaço interno das cidades. [Em tese] A provisão dessa rede viária possibilita amplo uso do território, na medida em que os usuários de automóvel podem atingir qualquer ponto no espaço geográfico por elas coberto, a qualquer hora. Essa macroacessibilidade elevada constitui, assim, um bônus extraordinário para essas pessoas, que têm uma circulação garantida a priori e ilimitada. Por outro lado, as pessoas que dependem do transporte público ficam limitadas à distribuição geográfica das linhas de ônibus e de sua frequência de passagem pelos pontos de parada. Em uma cidade típica do Brasil, os ônibus usam apenas 17% das vias disponíveis e, em muitas regiões, opera com frequências baixas, como, por exemplo, de dois veículos por hora (2013, p.38).

Além disso, Santos e Silveira (2006) ressaltam que alguns acréscimos técnicos trouxeram importantes mudanças no território, tais como a construção de infraestruturas urbana de circulação (rodovias) e de energia (refinarias de petróleo), como resultado e condição dos processos econômicos e sociais em curso no país:

Na segunda metade do século XX, a construção de diversas infra-estruturas de circulação contribuiu para ligar as diversas regiões entre si e com a Região Concentrada do país. É assim que a extensão da rede rodoviária brasileira passou de 302.147 quilômetros em 1952 para 1.657.769 quilômetros em 1995, sendo seu maior crescimento na década de 1970. Todavia, somente 8,94% da rede rodoviária nacional são pavimentados, correspondendo sobretudo às regiões Sudeste, Nordeste e Sul (SANTOS e SILVEIRA, 2006, p.65).

De acordo com os autores, a política energética vigente na década de 1950 condicionou a localização das refinarias de petróleo, situadas longe das áreas produtivas, pois sua construção foi anterior à exploração do produto no país:

A configuração do equipamento petrolífero brasileiro revela claramente, nas suas camadas técnicas e nas suas localizações, as especificidades da sua política para o setor. Nas regiões Sul e Sudeste do país, e com predomínio de localizações litorâneas, as refinarias foram construídas, em grande parte, para realizar o processamento final de um petróleo que era importado da Venezuela e do Peru, da União Soviética e dos países árabes. Definida durante o governo Vargas, essa política visava diminuir a importação de produtos acabados derivados do petróleo, num país que praticamente não havia descoberto reservas no seu território. Daí que, tendo precedido à exploração, as refinarias se localizam longe das áreas hoje em produção. No entanto, as refinarias construídas após a década de 1960, uma vez descobertas várias das jazidas do litoral entre Maranhão e Rio de Janeiro, imitaram o antigo padrão, pois preferiram a proximidade do *core* industrial do país (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p.72).

Neste sentido, para Maricato (2008), há que se compreender a importância do papel da política energética na construção da infraestrutura urbana de circulação rodoviária para automóveis e a predominância do modal rodoviário sobre os demais modais de transporte coletivo de massa:

A indústria do automóvel não envolve apenas a produção de carros (incluindo aí a exploração de minérios, a metalurgia, a indústria de autopeças e os serviços mecânicos de manutenção dos veículos) e as obras de infraestrutura destinadas à sua circulação. Somente nos processos citados já teríamos o envolvimento de forte movimento econômico e, portanto, de significativo poder político. Mas a rede de negócios e interesses em torno do automóvel vai bem mais longe, envolvendo inclusive o coração da política energética, estratégica para qualquer projeto de poder nacionalista ou imperialista. Exploração, refinamento e comercialização do petróleo, com as extensas e significativas redes de distribuição constituem, na verdade, a parte mais importante na disputa pelo poder no mundo. As últimas guerras promovidas pela nação mais poderosa do globo confirmam tal assertiva (MARICATO, 2008, p.8).

Segundo Vasconcellos (2013) a transformação da demanda de transporte urbano no Brasil ocorre no segundo pós-guerra. O autor destaca que não há dados confiáveis para analisar a demanda geral de mobilidade nas cidades, mas considerando os dados da cidade do Rio de Janeiro, o autor destaca três principais momentos: 1) 1940 a 1970, há prevalência das formas uso do transporte público por bondes, trens e ônibus e o uso do transporte privado por automóvel ainda é incipiente; 2) 1970 a 2005, a predominância do uso transporte coletivo sobre o individual permaneceu inalterada, mas as formas de uso do transporte público sofrem uma primeira grande transformação estrutural, com o substituição dos

bondes pelos ônibus, que se tornam os veículos mais importante para o transporte coletivo; e, 3) 2005 até os dias atuais, o uso do transporte individual praticamente se equiparou ao do transporte coletivo, acarretando uma segunda transformação: “Em consequência disso, entre 1940 e 2005, o uso do transporte público caiu de 451 para 149 viagens por habitante por ano, ao passo que o uso do automóvel aumentou de 32 para 137 viagens por habitante por ano” (VASCONCELLOS, 2013, p.23).

Neste contexto, há que se destacar a influência da indústria automobilística sobre os governos brasileiros que, exercendo forte pressão sobre as políticas públicas, influenciou decisivamente a política de mobilidade urbana e transporte conduzida no país. Vasconcellos (2013) evidencia o crescimento da motorização privada no país, através de dados da Anfavea de 2010, pelo qual a produção de veículos no período de 1960 a 2009 passou de aproximadamente 42.619 a 2.575.418 automóveis ao ano; de 48.735 a 449.337 veículos comerciais leves; 37.810 a 123.633 caminhões ao ano; e 3.877 a 34.535 ônibus ao ano. A esse respeito, o autor destaca que:

A indústria automobilística implantada no Brasil sempre teve um enorme poder de influência nas decisões governamentais sobre a construção, a aquisição e o uso dos automóveis. Isso decorreu de sua imagem de motor do desenvolvimento – que traz junto a imagem de indispensável – e de sua importância política e econômica tanto na economia em geral quanto no pagamento de impostos ao governo: em 2009, a indústria gerou R\$35,7 bilhões em tributos (Anfavea, 2010). Na prática, isso significa que o governo é sócio (e refém) da indústria e, portanto, tem interesse direto no aumento do faturamento. Ele é sócio, porque recolhe uma grande quantidade de impostos. É refém, porque é colocado contra a parede nos momentos de dificuldade da indústria, que ameaça com a demissão de empregados – e o governo sempre cedeu. O mantra de que a indústria automobilística é parte essencial do PIB brasileiro é repetido *ad nauseam*, sem que a rentabilidade e a lucratividade da indústria sejam avaliadas adequadamente. Nenhuma força política relevante que ocupou o governo federal abdicou dessa sociedade conveniente e todas tomaram as atitudes necessárias para mantê-la e fortalecê-la, inclusive nos mandatos dos Partidos dos Trabalhadores a partir de 2003.

[...]

No cotidiano, a influência da indústria se expressou principalmente por meio de seu órgão de representação, a Associação Nacional dos Fabricantes de Automóveis (Anfavea). Fundada em 1956, esta instituição sempre participou de discussões sobre as políticas públicas diretamente junto aos Ministérios ligados à área (economia, energia, ciência e tecnologia), e na forma de representação junto aos grupos de trabalho e comissões formadas dentro dos órgãos federais, especialmente do Denatran e do Ministério de Ciência e Tecnologia.

Por meio de sua participação e influência, a Anfavea pode discutir permanentemente as condições essenciais para o sucesso da indústria, especialmente os equipamentos de segurança que os veículos deveriam ter (cinto de segurança, sistema ABS de frenagem), o financiamento da compra de automóveis (quantidade de prestações, juros) e a definição do

nível de impostos cobrados na aquisição dos automóveis – como as isenções do IPI em momentos de queda nas vendas. O poder de influência é grande o suficiente para retardar a inclusão de equipamentos de segurança nos veículos, segundo o argumento de que isto aumentaria muito o custo de venda. [...] Especificamente no caso do financiamento e da isenção de impostos, elas foram com frequência precedidas de alertas sutis sobre a demissão de trabalhadores que ocorreria se o governo não tomasse as providências necessárias do ponto de vista da Anfavea. Dado o grande peso econômico da indústria no PIB nacional e seu grande poder ideológico de símbolo do progresso, o governo foi, na maior parte das situações, um refém do poder da indústria (VASCONCELLOS, 2013, p.43).

Além disso, cabe destacar que o apoio ao uso do automóvel também se expandiu para o automóvel alugado com motorista para viagens específicas (taxi) Apesar da característica de transporte especial para setores de renda média e alta, o taxi recebeu vários subsídios por parte do governo¹³. Dessa maneira:

As políticas de apoio ao automóvel, aplicadas ininterruptamente no período entre 1960 e 2008 (embora com níveis diferentes de apoio) e acompanhadas da precariedade do transporte por ônibus, ajudaram a minar crescentemente a imagem do transporte público, transformando em um uso 'para quem ainda não conseguiu seu automóvel'. Além disso, dado o crescimento do número de automóveis, os sistemas de prioridade para ônibus passaram a ser vistos como impedimentos a sua fluidez, implicando riscos políticos de conflitos com uma classe média cada vez mais influente nas decisões das políticas públicas (VASCONCELLOS, 2013, p.79).

Dessa maneira, a indústria dos transportes, ao promover a oferta regular e mais acessível de veículos de transporte individual, passou a disputar o mercado com o transporte coletivo no país. Na década de 1940, a maioria dos serviços de transporte coletivo era precário, prestada de forma autônoma e concorrente por indivíduos proprietários dos veículos. A partir de 1960, as autoridades governamentais começaram a pressionar os operadores para que se constituírem em empresas. O transporte coletivo passou a ser ordenado por meio de regras relativas às rotas, aos horários e aos veículos usados. Constituiu-se, assim, um padrão de oferta fortemente regulamentado, que desde então marcou a história do transporte público no Brasil:

Além disso, com a regulamentação crescente dos serviços por parte do governo, a oferta foi se tornando monopolística geograficamente, uma vez que as empresas contratadas pelo governo obtinham a exclusividade de operação em uma determinada área. [...] Assim, os usuários não tinham escolha e eram obrigados a usar os serviços da única empresa; caso

¹³ Por exemplo, a Lei Federal nº 8.989/1995, que isentou do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) a compra de taxis pelos profissionais habilitados. Além disso, na maioria dos estados do país, esse tipo de veículo também possui isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA).

fossem insatisfatórios, não havia possibilidade de mudança. Paralelamente, o caráter autoritário do regime político limitava a manifestação dos interesses e das contrariedades encontradas pelos usuários. Isso deu aos operadores organizados um poder extraordinário e crescente (VASCONCELLOS, 2013, p.68).

Para Vasconcellos (2013) a indústria veículos de transporte coletivo rodoviário (ônibus) se constitui entre 1945 e 1950, quando surgiram quatro das empresas importantes: Caio, Busscar, Marcopolo (produção de carrocerias) e Mercedes-Benz (produção integral do veículo). Anos depois, outras três grandes empresas multinacionais instalaram-se no país: Scania, em 1957, Volvo, em 1979, e Volkswagen, em 1980.

O autor destaca que o grande investimento tecnológico, através das parceiras entre os setores público e privado, demonstrando o interesse estratégico no desenvolvimento desse produto. Assim, resultou na mudança nos veículos, muito mais no sentido do aumento da sua capacidade de passageiros do que na melhora de sua qualidade. O primeiro salto tecnológico ocorreu com a criação de um ônibus desenvolvido no Brasil, o Padron, no final da década de 1970, que apesar de possuir maior custo, tinha maior capacidade de passageiros, rendimento energético e vida útil em relação ao modelo anterior. O segundo ocorreu com a criação do ônibus articulado (dois corpos) na mesma época. E o terceiro com a criação do ônibus biarticulado (três corpos) no início da década de 1980. Ele estima o faturamento da indústria no mercado interno no período de 1957 a 2011 em R\$88 bilhões para ônibus urbanos e R\$106 bilhões para ônibus rodoviários. Assim, destaca que a incorporação de inovações tecnológicas no transporte coletivo por ônibus:

No tocante às alterações tecnológicas nos ônibus urbanos brasileiros, a análise mostra que o objetivo central não era melhorar a qualidade, mas a capacidade de transporte. Com a demanda crescendo exponencialmente e com o aumento da concentração de passageiros nos corredores das grandes cidades, ampliar a capacidade dos veículos passou a ser uma prioridade, como forma de otimizar os custos e os lucros (VASCONCELLOS, 2013, p. 80).

Segundo o autor, o governo federal tinha pouca participação no sistema de transporte coletivo até a primeira metade da década de 1970, uma vez que as atribuições e ações do setor de transporte público e trânsito eram de competência exclusiva das esferas municipais e estaduais. E ressalta que houve reformulação da oferta dos serviços, por meio da reorganização de itinerários e incentivos à capacitação técnica e reorganização empresarial:

Observa-se então uma convergência de interesses dos vários atores dos transportes urbanos: o Estado federal intervém no setor, pois precisa reequilibrar a matriz energética do país e fazer face aos movimentos reivindicatórios; as grandes empresas fabricantes de chassis e de carrocerias precisam de um mercado para seus produtos; as pequenas empresas de ônibus necessitam de subsídios e de segurança para poderem investir; os poderes públicos municipais, sem condições financeiras, outorgam ao Estado a gestão dos transportes públicos urbanos (BRASILEIRO, 1996 apud VASCONCELLOS, 2013, p.270).

O setor só veio a constituir uma entidade nacional em 1987, com a fundação da Associação Nacional das Empresas de Transporte Urbano (NTU), devido a três fatores: rentabilidade diante da inflação, o valor da tarifa paga pelo usuário e a regulamentação do poder público. Desde o início, a NTU teve uma atuação focada em dois temas: a Constituinte, para a qual organizou um grupo técnico que participou de todas as discussões relativas ao setor, e o Vale Transporte (VT), para o qual trabalhou de forma intensa para tornar obrigatório o fornecimento.

Em 1990, com o aumento do transporte informal, a NTU passou a defender o transporte regulamentado, focado nas medidas relacionadas à exigência de fiscalização e punição dos informais, com poucos esforços para a melhoria da qualidade do serviço para os usuários. Nos anos 2000, o NTU apoiou a criação do Movimento Nacional pelo Direito ao Transporte Público de Qualidade para Todos (MDT), com intensa atuação junto à política no âmbito federal. Destaca-se a atuação junto à Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) e a Frente Parlamentar do Transporte Público (FPTP) e a participação junto ao Fórum Nacional da Reforma Urbana (FNRU) e ao Conselho das Cidades (CONCIDADES). Segundo Vasconcellos (2013):

O MDT concentrou seus esforços em três frentes: a redução da tarifa – por meio principalmente da redução do custo do óleo diesel; a transferência dos custos de descontos e gratuidades para as áreas do governo ligadas aos beneficiados (por exemplo, o pagamento dos descontos aos estudantes ser feito por recursos orçamentários do setor da educação); e o combate ao transporte clandestino. Em várias ocasiões, a liderança do MDT apontou as contradições da política governamental no plano federal, especialmente a falta de investimentos no transporte público e a concessão de benefícios ao uso do automóvel (VASCONCELLOS, 2013, p.75).

O transporte coletivo é um serviço público organizado pelo Estado e prestado pelas empresas de transportes. Trata-se de uma função do Estado, um serviço público voltado para o “bem-estar” da coletividade, que poderia ser prestado diretamente, mas vem sendo delegado às empresas sob o regime de concessão. Mas, historicamente, é um serviço prestado pelo setor privado, com raras

experiências de prestação pelo setor público¹⁴. No caso específico da cidade do Rio de Janeiro, o setor de transporte coletivo (ônibus) durante as décadas de 1960 e 1970, deu origem a uma indústria de transportes que vem ditando a política do setor até hoje, graças às alianças com os governos municipal e estadual.

Diferentemente do serviço público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a participação do setor privado é (ou deveria ser) complementar, no serviço público de transporte a participação do setor privado é quase que exclusiva, já que são raras as experiências da prestação direta pelo Estado ao longo da história. Além disso, trata-se de uma concessão que autoriza a exploração econômica de um serviço público, financiado diretamente pelo usuário, mediante a cobrança de tarifa, e indiretamente pelo Estado, através do fundo público.

Assim, convém elaborar as seguintes indagações: o transporte coletivo é um serviço público ou uma mercadoria? Essas duas características podem ser consideradas contraditórias? E como elas vêm repercutindo nas condições de vida e trabalho da população brasileira? A fim de responder estas perguntas, tomou-se como ponto de partida a discussão sobre mercadoria realizada por Marx.

Para o autor, a mercadoria é objeto que satisfaz as necessidades humanas “do estômago ou da fantasia” (MARX, 1985, Livro I, p.45), objeto de consumo ou meio de produção, valor de uso e valor de troca que possui valor, pois nele está materializado trabalho humano abstrato despendido na sua produção, cujo equivalente geral é a mercadoria dinheiro. Contudo, destaca que a mercadoria assume caráter fetichista ao refletir aos homens as características sociais do seu trabalho como características dos próprios produtos, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtos com o trabalho total como uma relação social exterior a eles, “a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (MARX, Livro I, p.71).

No presente trabalho, compreende-se o transporte não apenas como atividade de circulação, mas, sobretudo, como atividade produtora de valor. Segundo Marx, os custos de circulação que derivam da mudança de forma do valor não entram no valor das mercadorias, constituindo deduções do capital gasto produtivamente pelo capitalista. Entretanto, há custos de circulação que podem originar-se de processos de produção, cujo caráter produtivo é apenas ocultado pela

¹⁴ Um exemplo é o município de Porto Real, no Estado do Rio de Janeiro, onde o setor público realiza a prestação direta com tarifa zero e o setor privado atua de forma complementar.

forma circulação, como os custos de transporte. Como já destacado, para o referido autor, a “indústria de transporte” constitui um ramo autônomo da produção e uma esfera especial de investimento do capital produtivo que se diferencia por aparecer como continuação do processo de produção “*dentro* do processo de circulação e *para* o processo de circulação” (MARX, 1985, Livro II, p.110).

Por outro lado, há que se considerar que o transporte coletivo possibilita a circulação da mercadoria força de trabalho, garantindo o acesso do trabalhador ao seu local de trabalho e, quando lhe sobra tempo e dinheiro, a outros espaços da cidade, sendo, portanto, essencial à reprodução das relações sociais de produção, “como totalidade histórica não acabada, resgatando o movimento global do capital, seu ciclo ininterrupto de produção, distribuição, troca e consumo” (IAMAMOTO, 2010, p.30).

E como isso se traduz na realidade do transporte coletivo no Brasil? Em primeiro lugar, é preciso ter claro que esta mercadoria/serviço (deslocamento de pessoas) é produzida mediante o consumo da força de trabalho (motorista, cobrador e outros) e dos meios de produção (ônibus, combustível, pneus etc), sob o comando de um capitalista (empresário). Portanto, o transporte coletivo é uma mercadoria, à venda no mercado sob a forma dinheiro (tarifa paga pelo usuário), embora esta não seja a única forma de remuneração do capitalista, tendo em vista a utilização do fundo público (impostos, taxas e isenções recolhidos pelo governo) enquanto pressuposto geral das condições de (re)produção ampliada do capital. E, como citado, possibilita o deslocamento da mercadoria força de trabalho até o local da produção, inclusive com garantia de sua remuneração através de salários indiretos e (novamente) do fundo público (vale-transporte).

Por outro lado, configura-se uma questão de fundo: até que ponto um serviço cuja finalidade é a acumulação capitalista pode atender de fato ao interesse público? Será que o interesse privado acaba por suplantando o interesse público, por exemplo, quanto à definição do valor das tarifas, do trajeto a ser realizado, do modal a ser priorizado e da qualidade do serviço prestado? E, ainda, pode originar grupos de interesses que definem quais deslocamentos podem ser realizados e quais os grupos que podem ter acesso a determinados pontos da cidade? Neste sentido, torna-se relevante a discussão sobre o transporte público urbano no país, a partir do seu duplo caráter de serviço público e de mercadoria, uma vez que se encontra

regulado pelo Estado e financiado através do fundo público, fatores que vêm garantindo a continuidade de tal incongruência.

Dessa maneira, compreende-se que o transporte coletivo apresenta o duplo caráter de serviço público e mercadoria, oriunda do caráter produtivo ou improdutivo do trabalho, mas que evidencia o papel do Estado para a reprodução ampliada do capital. Para Marx, trabalho produtivo é aquele que produz valor e mais-valia e trabalho improdutivo é aquele que não produz valor (e que, quando realizado através do Estado, redistribui renda). Segundo Yamamoto:

trabalho produtivo é o que se troca por dinheiro enquanto capital, ou o que se troca diretamente pela parte variável do capital (investida em salários), que não só a repõe, mas cria um valor novo, produz uma mais-valia para o capitalista (produtividade relativa e não absoluta: não só reproduz o valor do capital adiantado na compra da força de trabalho). trabalho improdutivo é o que é trocado por renda: salário ou lucro (incluindo juro, renda fundiária e lucro comercial). (2010, p.33).

O trabalho do motorista, cobrador e dos demais trabalhadores da indústria do transporte coletivo é trabalho produtivo porque está gerando valor e mais-valia para o capitalista. Se fosse trabalho improdutivo (serviço público de fato) geraria redistribuição de renda através da prestação de um serviço para a coletividade que garantisse o acesso universal (por exemplo, através da “Tarifa Zero”¹⁵).

O usuário do transporte coletivo é em geral o trabalhador livre que vende a sua força de trabalho por determinado tempo ao capitalista em troca de salário (direto e indireto). A força de trabalho é uma mercadoria cujo valor de uso tem a característica de ser fonte de valor e cujo consumo é em si objetivação do trabalho e, portanto, criação de valor. Segundo Marx, a força de trabalho consiste no “conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (1985, Livro I, p.139).

O valor da força de trabalho, assim como o de toda mercadoria, é determinado pelo tempo de trabalho necessário à produção, portanto também reprodução, desse artigo específico. Envolve a soma de meios de subsistência do

¹⁵ A “Tarifa Zero” consiste em um modelo de exercício de gratuidades no transporte público defendido pelo Movimento Passe Livre (MPL), desde 2005, que hoje conta com outras elaborações e experiências, tanto nacionais quanto internacionais. Na cidade de São Paulo, foi proposto pelo Governo Luiza Erundina, na época do Partido dos Trabalhadores (PT) e, atualmente, do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em 1990 e, na cidade do Rio de Janeiro, foi proposto pelo Projeto de Lei do vereador Renato Cinco (PSOL), em agosto de 2013.

trabalhador (e dos seus filhos), social e historicamente determinados, com vistas à reprodução da força de trabalho e das relações sociais de produção. Contudo, lamamoto (2010) destaca, com base em Marx, que a reprodução das relações sociais de produção não se reduz à reprodução dos meios de produção, isto é, da força de trabalho e dos meios materiais de produção, ainda que os envolva.

O processo direto de *produção do capital* é seu processo de trabalho e de valorização, que tem por resultado uma mercadoria e cujo móvel é a produção da mais-valia. Já o *processo de reprodução* abrange tanto esse *processo de produção, quanto a fase de circulação (compra e venda)*, isto é, seu *ciclo periódico*, que se repete sempre de novo e constitui a *rotação do capital*. Considera-se, assim, o *processo global*, em que cada ciclo do capital individual constitui apenas uma fração autonomizada do *capital social na sua totalidade*. Esse *processo global de produção e de circulação do capital social total* abrange a conversão do capital dinheiro em força de trabalho e meios de produção, sua incorporação no processo de produção, o consumo produtivo (ou processo direto de produção), a circulação das mercadorias que entram no consumo individual dos capitalistas e trabalhadores, esse mesmo consumo individual e a circulação da mais-valia. Em outros termos, abrange a reprodução das classes capitalistas e trabalhadora e a reprodução do caráter capitalista da produção global [...] indissociável do fundo público na expansão monopolista (IAMAMOTO, 2010, p.64-65 – grifos da autora).

O transporte garante (ou deveria garantir) o acesso do trabalhador não apenas ao espaço de produção em sentido estrito, mas também aos diferentes espaços de reprodução (em sentido ampliado) na cidade. Afinal, o ser humano é um ser de necessidades que não se restringem ao trabalho, embora sua sociabilidade seja construída em torno dele. É também, a materialização de um direito humano e, desde setembro de 2015, um direito social previsto na Constituição Federal de 1988.

Mas, na medida em que o serviço público de transporte coletivo encontra-se capturado pela lógica mercantil, pressupõe a compra de uma mercadoria pelo consumidor, em lugar do acesso a um serviço público pelo cidadão. Essa lógica vem impondo limites para que o trabalhador possa usufruir da riqueza social (e da cidade) fruto do trabalho coletivo.

Neste sentido, é possível afirmar que o transporte coletivo no país é um serviço público mercantilizado, tendo em vista que o valor da tarifa, o modal utilizado, o trajeto realizado e o perfil dos seus usuários são definidos com base no interesse dos empresários e não da população¹⁶. Por outro lado, a defesa do

¹⁶ Vários exemplos ilustram essa afirmativa nos últimos anos, no Rio de Janeiro: o aumento do valor das tarifas que deu origem às Jornadas de Junho de 2013, a prioridade ao modal ônibus, e do *Bus Rapid Transport* (BRT) na política de mobilidade urbana para os megaeventos esportivos, a redução das linhas de ônibus nos trajetos entre subúrbio e zona sul, a abordagem policial a pobres e negros

transporte público, gratuito e de qualidade configura-se enquanto mediação necessária nos marcos do modo de produção capitalista, com vistas ao direito à cidade e à diferença.

A Constituição de 1988, em seu Art. 30, estabelece que o transporte coletivo é um serviço público de interesse local e caráter essencial, cuja organização e prestação é de competência dos governos municipais. Contudo, o texto permite que o serviço seja prestado diretamente, pelo poder público, ou indiretamente, sob o regime de concessão ou permissão através de licitação, pelas empresas capitalistas. O texto constitucional, em seu Art. 175, também aponta limites para atuação das empresas, frisando que a lei irá dispor sobre regime, o caráter especial do contrato, as condições, os direitos dos usuários, a política tarifária e a qualidade do serviço. Para tanto, foi criada a Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei Nº 8.666/1993) e a Lei de Concessão e Permissão da Prestação de Serviços Públicos (Lei nº 8.997/1995). Porém, estes dispositivos não têm sido suficientes para garantir a prevalência do interesse público sobre o privado. Segundo Rodrigues (2016, p.16):

Os problemas atuais de mobilidade urbana no Brasil também estão associados ao processo de liberalização ocorrido nos últimos 25 anos que, por sua vez, se expressa na abertura econômica, na redução do papel do Estado e na ênfase do papel do mercado na economia, que provocaram impactos relevantes nas políticas públicas de transporte. Nessa perspectiva, um dos principais impactos específicos foi a saída do Estado da função de provisão dos serviços de transporte, representada, sobretudo pela privatização das empresas públicas.

A remuneração transporte coletivo foi durante muito tempo a cobrança direta da tarifa, cujo valor era definido pelo prestador e, após a regulamentação do setor, pela autoridade local. Contudo, houve uma mudança radical no sistema com uma forma inédita de apoio, a criação do VT em 1985 que, além de permitir a reorganização da oferta do setor, impediu que ele fosse destruído pelo processo inflacionário. Neste sentido, Vasconcellos destaca que:

Assim, a conjunção de demanda elevada e crescente, monopolização da oferta e limitação da pressão por melhores serviços propiciou o surgimento de um dos maiores e mais rápidos processos de acumulação de capital verificados no Brasil. Conhecer o faturamento real das empresas que operam o sistema de transporte público urbano no Brasil é impossível. O principal motivo é a má qualidade dos dados de demanda, especialmente antes da década de 2000,

nos ônibus e a nova política de concessão de gratuidade para pessoas com deficiência ou doença crônica baseada na hipossuficiência, entre outras medidas do Governo Eduardo Paes do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) com o apoio do Governo Sérgio Cabral/Pezão (MDB).

uma vez que não havia obrigatoriedade do fornecimento de dados detalhados e, em muitas situações, não havia nem contratos regulares de prestação de serviços. Além disso, pouco se sabe sobre o perfil da demanda em relação aos descontos que foram sendo oferecidos ao longo da história dos serviços. Apenas a partir dos anos 2000, com os recursos da informática e a expansão do uso de cartões para pagamento eletrônico das passagens, passou a ser mais fácil ter informações melhores sobre a demanda de passageiros (2013, p.71-72).

Este autor apresenta uma estimativa da demanda de passageiros e de faturamento das empresas operadoras por dia no período de 1960 a 2009. Na região metropolitana do Rio de Janeiro, demonstra o aumento de 1,2 bilhões de viagens por dia em 1960-1969 para 7,2 bilhões em 2000-2009. Já a estimativa de faturamento de receita líquida foi de 0,3 milhões de dólares por dia em 1960-1969 para 4,3 milhões em 2000-2009. Segundo destaca:

A magnitude desse faturamento demonstra a dimensão do poder econômico e político do setor que resultou no intenso processo de urbanização do Brasil. Não há dúvidas de que foi um dos processos mais intensivos e volumosos de acumulação de capital ocorridos em nossa história econômica (VASCONCELLOS, 2013, p.74).

Neste sentido, a opção brasileira pelo modelo empresarial o sistema de transporte coletivo por ônibus garantiu condições favoráveis a esse segmento da indústria de transportes que, com inegável apoio do Estado, se colocou contrárias aos interesses dos usuários. Além disso, sua nova forma de regulamentação permitiu a profissionalização do serviço e garantiu às empresas condições legais para resistência a alterações em suas condições de operação, colocando-se em oposição a projetos que ameaçassem seus interesses econômicos:

A regulamentação do transporte público no Brasil levou à criação de um setor empresarial amplo que passou a adotar procedimentos de organização administrativa e operacional mais compatíveis com a natureza de uma empresa. Incentivado pelo intenso crescimento da população urbana e acompanhado pelo crescimento da indústria nacional de ônibus, o setor se adaptou e atendeu a demandas crescentes. [...] No entanto, as formas de regulamentação, as características da demanda e a fragilidade do Estado permitiram uma grande concentração de propriedade, havendo muitas empresas (ou conglomerados) com milhares de ônibus dentre os 120 mil utilizados em todo o sistema. Essas condições permitiram também a formação de monopólios geográficos protegidos por contratos de longo prazo, com cláusulas de garantia do equilíbrio econômico-financeiro. Disso decorreu um enorme poder econômico e político em relação às negociações com o poder público. (VASCONCELLOS, 2013, p. 78).

Desde as Jornadas de Junho, diversas entidades representantes do empresariado e do governo, com destaque para a Associação Nacional de

Transportes Públicos (ANTP), a NTU, a FNP e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apressaram-se em formular propostas de financiamento para o setor, a fim de esvaziar a luta contra o aumento da tarifa e, principalmente, fazer frente à proposta de tarifa zero do MPL.

Segundo essas entidades, o atual modelo do financiamento do transporte público coletivo é mantido pela tarifa paga pelos usuários dos serviços e, também, pelo vale-transporte pago pelos empregadores. Mas, devido a uma suposta redução da fonte (arrecadação das tarifas) em razão do crescimento do transporte individual, defendem outro modelo de financiamento (desoneração da carga tributária do setor, adoção de fontes extratarifárias e mudanças legais e institucionais).

O modelo de financiamento do TPU baseado exclusivamente, ou em grande medida, na receita tarifária apresenta algumas distorções. Uma delas está relacionada à perda de demanda pagante no sistema devido ao aumento do custo da passagem. Quando este fato ocorre, e na última década no Brasil verificou-se esse movimento em função do transporte individual, o nível da tarifa torna-se cada vez mais alto para compensar a diminuição do número de tarifas pagas, o que induz novas perdas de demanda, retroalimentando o ciclo vicioso que se forma em função da dependência de camadas mais carentes da população em relação ao TPU e sua baixa capacidade de pagamento (IPEA, 2013, p.11).

Na maioria das cidades brasileiras, a tarifa do transporte público coletivo é definida com base nas orientações da Planilha de Cálculo Tarifário, criada pelo Grupo de Estudos para Integração da Política de Transporte (GEIPOT) do Ministério dos Transportes (MT) em 1965, e revisada pela última vez em 1996. Por ela, a tarifa é o resultado do somatório do custo total do sistema, composto por: pessoal e encargos sociais¹⁷, combustível, impostos e taxas¹⁸, despesas administrativas, depreciação, remuneração, rodagem, lubrificantes e peças e acessórios, dividido pelo número de passageiros pagantes.

Pela análise da fórmula simplificada de cálculo tarifário pode-se explicar o processo de elevação dos valores das tarifas pelo qual os sistemas brasileiros vêm passando nos últimos anos. Pelo lado dos custos, representados pelo numerador da fórmula, observa-se uma elevação real dos principais insumos do setor (principalmente o diesel), enquanto pelo lado da demanda, o denominador da fórmula, observa-se que o volume de

¹⁷ Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), Risco/Seguro de Acidente de Trabalho (RAT/SAT), Sistema S e Salário Educação.

¹⁸ Programa de Integração Social (PIS), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte (ICMS), Imposto sobre Serviços (ISS) e Taxa de Gerenciamento.

passageiros caiu bastante em relação ao final do século passado (IPEA, 2013, p. 6).

Considerando o Índice Geral de Preços ao Consumidor (IPCA) no período de 2000 a 2012, as tarifas dos ônibus subiram 67% acima da inflação, enquanto os gastos com veículo próprio (compra, manutenção e tarifas de trânsito) sofreram reajustes 81% abaixo da inflação. Ao mesmo tempo, os preços do óleo diesel aumentaram 129% acima da inflação, enquanto os preços da gasolina aumentaram apenas 3% e os valores dos salários permaneceram praticamente inalterados (IPEA, 2013).

Além disso, os custos relativos a pessoal e encargos sociais (40 a 50%) e combustíveis (22 a 30%) são os que mais incidem sobre a tarifa do transporte público coletivo nas cidades brasileiras. Assim, o novo modelo de financiamento proposto pelas entidades do setor busca a redução dos custos destes componentes, a diminuição do uso do transporte público individual, a criação de um fundo setorial próprio, bem como a utilização do fundo de outras políticas setoriais; além de outros subsídios para o setor.

Cabe destacar que as empresas de ônibus já contam com a redução de custos relativos a pessoal e encargos sociais, considerando a demissão de cobradores em decorrência da bilhetagem eletrônica, a redução e a isenção de impostos, em decorrência das Leis nº 12.715/2012 e nº 12.860/2013. A primeira alterou a contribuição previdenciária das empresas de ônibus, que passou de 20% sobre o total das remunerações pagas para 2% sobre o valor da receita bruta; já a segunda, criada após as Jornadas de Junho, garantiu a isenção do PIS e Cofins sobre as receitas da prestação de serviços de transporte público de passageiros.

Contudo, continuam perseguindo a diminuição dos custos com combustíveis, através de isenção de impostos sobre óleo diesel para as empresas de ônibus – o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE). Bem como a diminuição do uso do transporte público individual, através taxaço de proprietários de automóveis e alguns tipos de imóveis¹⁹, dando origem a um fundo para financiamento do

¹⁹ As propostas que incidem sobre os proprietários de *automóveis* incluem taxaço sobre: combustíveis, uso de via sujeita a congestionamento, estacionamento em via pública e tributação sobre a produção, comercialização e propriedade dos veículos. Já as propostas que incidem sobre os proprietários de *imóveis* incluem taxaço sobre: estacionamentos, empreendimentos geradores de tráfego, atividades geradoras de renda associada ao transporte e aumento do Imposto Predial

transporte público coletivo. Também perseguem a utilização dos fundos de outras políticas setoriais, sob o argumento de que o transporte é um meio para sua efetivação. E, ainda, a criação de um novo tributo para as empresas com base na folha de pagamento dos seus empregados, inspirado no modelo francês.

Já existem algumas experiências de subsídios diretos ao sistema de transporte público, como na cidade e na região metropolitana de São Paulo, que também é financiado por recursos oriundo do orçamento geral do município e do Estado, que cobrem cerca de 20% dos custos de operação. Como também o vale transporte, garantido pela Lei nº 7.418/1985, que determina que o empregador participe do custeio do deslocamento do trabalhador entre sua casa e o trabalho, equivalente ao valor excedente a 6% do seu salário básico, mas que beneficia apenas o trabalhador do mercado de trabalho formal. Entretanto, ignoram (?) o papel do fundo público, que assume parcela do custo da força de trabalho e incentiva a utilização do transporte público urbano, em afirmações como estas:

Não obstante a importância social desse benefício, que visa diminuir o comprometimento de renda com transporte do grupo beneficiado, o Vale-Transporte não poderia ser considerado um exemplo de fonte de financiamento alternativa ao sistema exclusivamente tarifário e, portanto, não tem impacto direto no curto prazo sobre o nível geral de tarifa do sistema de TPU (IPEA, 2013, p.11).

A metodologia de cálculo utilizada pressupõe a existência de um real conhecimento, por parte do Poder Público, das condições de operação dos serviços (custos, preços de insumos, quantidade de passageiros transportados, etc.). Por outro lado, não há mecanismos que permitam ao Poder Público a comparação entre empresas que prestam o mesmo serviço (ou com nível de qualidade superior), com custos mais baixos que os praticados atualmente (BRASIL, 2004, p.10).

Mais do que nunca, os serviços públicos disponibilizados pelo Estado à classe trabalhadora têm como único intuito, na fase atual do capitalismo financeiro, a reprodução ampliada do capital. É nesse sentido que o transporte coletivo deve ser compreendido, não como um serviço prestado à coletividade em prol do direito de ir e vir, mas como um serviço essencial para promover o deslocamento da classe trabalhadora, que vive nas periferias da cidade, para o local de trabalho, onde ocorre o processo de produção e circulação de mercadorias, necessários à geração de capital e à apropriação de mais valia por parte dos donos dos meios de produção (DIEHL et al, 2012, p.5-6).

Todas essas garantias do Estado geram uma situação de “capitalismo sem risco” para as empresas concessionárias, cabendo às mesmas apenas vencer a competição do processo licitatório, já que não há efetiva regulação do serviço. Tais garantias envolvem a utilização do fundo público, em uma proporção cada vez maior. O serviço de transporte público, da forma como vem sendo organizado, nada mais é do que uma empresa capitalista, cujo objetivo final é o lucro.

A partir das *Jornadas de Junho* de 2013 observa-se a criação de uma mística em torno da redução da tarifa do transporte coletivo, que passou a ser uma “bandeira de luta” não apenas dos usuários, mas também do empresariado e do governo. Essa mística vem obscurecendo o papel que o fundo público vem desempenhando na política de mobilidade urbana e no processo de valorização do capital, voltado para a garantia dos lucros das empresas de ônibus. Segundo Gomes (2013):

O fato do transporte ser um serviço público e por sua vez exigir autorização da prefeitura para o reajuste de tarifas acaba abrindo caminho para a interpenetração entre o público e privado. Tal fato remete a prática do tráfico de influência com bastante desenvoltura em praticamente todos os municípios que possuem transporte coletivo. Este processo de interferência deste setor nas decisões das prefeituras não é algo que ocorre somente próximo das reuniões de definição de tarifas. Ao contrário, trata-se de algo mais duradouro, pois o lobby deste setor atua bem antes na eleição para vereadores, prefeitos e deputados. Além disso, buscam cooptar sindicato e movimentos sociais para legitimar seus interesses. Aqui não existe concorrência entre as empresas, mas acordos que garantem margens de lucros entre si (GOMES, 2013, s.p.).

Segundo as principais entidades do setor, o atual modelo de financiamento do transporte público urbano apresenta distorções pois, ao ser custeado pelo valor da tarifa, encontra-se sujeito à flutuação da mesma. Destacam a tendência ao constante aumento da tarifa, tendo em vista a diminuição da demanda de passageiros pagantes, associada à perda de competitividade frente ao transporte individual. Contudo, este argumento apresenta equívocos, ao não considerar que o financiamento não é apenas custeado pelo valor da tarifa, mas em grande parte pelo fundo público, através de isenções de impostos e subsídios diretos. Além disso, não dá a devida relevância ao fato de que a diminuição da demanda de passageiros pagantes encontra-se diretamente relacionada ao preço e à qualidade do serviço prestado pelas concessionárias.

Uma outra distorção apontada é o que denominam por “subsídio cruzado entre passageiros”, quando os passageiros pagantes são “sobretaxados” ao custear

as gratuidades. Segundo dados da NTU, as gratuidades impactam os sistemas municipais em cerca de 20%. Porém, não fica claro como tal impacto é aferido, se considerarmos que a metodologia de cálculo da tarifa tem como denominador apenas os usuários pagantes. A esse respeito, cabe destacar a seguinte argumentação defendida pelo IPEA (2013):

Essa situação é mais grave quando os pagantes de menor renda, mais propensos ao uso do transporte público, arcam com gratuidades concedidas a pessoas pertencentes aos estratos de renda mais altos (estudantes e idosos de alta renda, por exemplo) (IPEA, 2013, p.11).

Como o próprio texto coloca, os mais propensos a utilizar o transporte público são os usuários mais pobres e não os mais ricos. Além disso, o uso pelos idosos deve ser relativizado, haja vista sua mobilidade reduzida. Segundo o Censo 2010, 7,4% da população tem mais de 65 anos representam (IBGE, 2011) e segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, 27% das pessoas com mais de 60 anos têm dificuldade de andar 100 metros (IBGE, 2010).

Para corrigir tal “distorção”, sugerem novas formas de utilização do fundo público, através da utilização de fontes externas ao setor para cobrir os custos dos deslocamentos dos segmentos sociais beneficiados com a gratuidade no transporte público urbano, como por exemplo, os fundos de outras políticas setoriais relacionadas (educação, saúde, assistência, idoso, juventude etc). O argumento principal é que o transporte é um meio para efetivação de outras políticas sociais; mas deixa de lado o fato de que ele também é meio para efetivação do trabalho e para o capital. Assim, tal proposta incide duplamente sobre a redução dos custos da força de trabalho e compromete os recursos das políticas setoriais, já tão defasados²⁰.

Segundo o IPEA (2013) muitos países da Europa o financiamento do transporte público conta com recursos do fundo público na ordem de 40 a 50% dos custos do sistema. Há que ressaltar que o sistema de transporte público desses países é composto não apenas por ônibus, mas por trens e metrô, de qualidade bastante diferenciada. Curiosamente, nenhuma empresa internacional foi habilitada durante a licitação das linhas de ônibus do Rio de Janeiro, em 2010.

²⁰ Há um estudo sobre as propostas de ampliação do acesso ao transporte público urbano em tramitação no Congresso Nacional, elaborado pelo IPEA em 2013. Dentre as principais, destacam-se: o Projeto de Lei da Câmara-PLC nº 310/2009, de autoria do Deputado Fernando de Fabinho (DEM-BA) que institui o Regime Especial de Incentivos para o Transporte Coletivo Urbano e Metropolitano de Passageiros (REITUP).

Entretanto, compreende-se que, em lugar da ampliação da participação do fundo público no custeio do sistema, há que se garantir a transparência na participação existente, já que a política de subsídios ao transporte coletivo é bastante obscura, conforme destaca Rodrigues (2016, p.46):

Nesse caso, a sociedade sabe o quanto está pagando, mas não sabe de fato pelo que está pagando. Sem um processo transparente a população nunca vai saber em que medida os subsídios oferecidos pelo Estado são realmente necessários.

A falta de transparência é outra característica muito presente no setor de transportes urbanos no Brasil. No Rio de Janeiro, conforme constatou o Tribunal de Contas do Estado (TCE-RJ), o Bilhete Único, que permite que o passageiro pegue dois ônibus sem ter que pagar pelo segundo num tempo de duas horas e meia, custou em subsídios e repasses cerca de R\$ 2 bilhões entre 2010 e 2014. Entretanto, como verificou o próprio TCE, faltam informações para saber quantas viagens são realizadas de fato. Sobre isso, a própria Secretaria de Transportes do Rio de Janeiro admitiu que o funcionamento do Bilhete Único é pouco transparente.

Dessa maneira, observa-se que o transporte constitui uma indústria e um serviço fortemente amparados pelo Estado capitalista e um elemento catalisador de diferentes pautas em torno da problemática urbana, revelando um campo de disputa entre diferentes modelos de cidade: a cidade democrática e a cidade empresa.

A caracterização mais geral sobre a política de mobilidade urbana e transporte no país permitiu compreender o processo de implantação e consolidação da indústria e do serviço de transportes no país. Contudo, compreende-se que ainda cabe destacar alguns momentos e sujeitos que serão fundamentais para a construção de uma mobilidade urbana excludente e para o triunfo do transporte individual sobre o coletivo no país, conforme será abordado na próxima seção.

2.2 Panorama da política de mobilidade urbana e transporte no Brasil

No início da década de 1930, começa a ser delineada a preocupação a elaboração de um plano nacional de viação a ser conduzido pelo governo federal, explicitada na Constituição Federal de 1934, e com a criação da primeira estrutura administrativa e técnica do Setor, o Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER), em 1937. Nesse período, a infraestrutura de circulação do país estava restrita a 32.478km de ferrovias e apenas 830 km de rodovias interestaduais pavimentadas (BARAT, 1986 apud VASCONCELLOS, 2013) e os sistemas de

bondes de 26 cidades somavam 1.693 linhas, cujas condições e tarifas eram controladas pelo governo (VASCONCELLOS, 2013).

Na década seguinte, permanece o predomínio transporte coletivo do bonde e o ônibus exercia papel restrito às ligações entre as regiões do país. A transição do sistema de bondes para o de ônibus foi feita através da criação de empresas públicas de ônibus nas grandes cidades²¹. Aliado aos ônibus, cresceu o uso de veículos de baixa capacidade no transporte de pessoas, através da concorrência entre uma grande quantidade de pequenos empresários. A partir das transformações urbanas, econômicas e sociais do Brasil após a 2ª Guerra Mundial a demanda de transporte urbano no Brasil alterou-se profundamente, permitindo a consolidação do modelo rodoviário, através do Plano Rodoviário Nacional, em 1944 e do Fundo Rodoviário Nacional (FNR), em 1945 (VASCONCELLOS, 2013).

Nos anos 1950, com a implantação da indústria automobilística a partir de 1956, o sistema de transporte no país tornou-se cada vez mais motorizado, com automóveis e ônibus. O Estado fez investimentos na expansão do sistema viário, apoiando e incentivando o uso do automóvel. As redes rodoviárias brasileira em âmbito federal e estadual teve um crescimento exponencial no período de 1950 a 1975, passando de 3 mil km para 65 mil km, acompanhado pela atrofia e decadência do sistema ferroviário, estatizado em 1956²² (VASCONCELLOS, 2013).

A partir de 1960, período de crescimento urbano mais intenso onde houve aumento da frota de automóveis, teve início a discussão sobre dois principais problemas do transporte urbano: o congestionamento do trânsito e a precariedade dos serviços de transporte público, marcada pelas primeiras revoltas populares de usuários dos trens. No final da década, todos os sistemas de bondes do país já estavam desativados e o transporte de passageiros passou a ser feito por ônibus.

Na década de 1970 observa-se um grande volume de investimento no transporte rodoviário, especialmente na sua modalidade individual. Segundo Barat (1986 apud Vasconcellos, 2013), os valores de tributos federais relacionados ao setor que foram aplicados no período de 1965 a 1984 revelam que o setor rodoviário

²¹ Foram criadas empresas públicas de ônibus em São Paulo (1947), Belo Horizonte (1949), Porto Alegre (1952), Salvador (1955), Recife (1957) e Rio de Janeiro (1963), cuja maioria teve existência breve, com exceção das empresas em São Paulo (extinta em 1994) e Porto Alegre – Cf. Vasconcellos (2013).

²² As empresas privadas que operavam serviços ferroviários (exceto no Estado de São Paulo), agrupando-as na Rede Ferroviária Federal S/A (Refesa) decretaram falência e foram encampadas pelo Estado – Cf. Vasconcellos (2013).

recebeu 63,5% do total dos recursos; o hidroviário, 19,9%, o transporte coletivo 9,7% e o ferroviário, 6,5%.

Os investimentos no transporte coletivo só ocorreram de forma significativa a partir da crise do petróleo em 1973, durando apenas dez anos. O principal marco foi período foi a Lei Federal Nº 6.261, de 14 de novembro de 1975, que criou a Empresa Brasileira de Transportes Urbanos (EBTU), instituiu o Sistema Nacional de Transportes Urbanos (SNTU) e o Fundo de Desenvolvimento dos Transportes Urbanos (FNTU) formado com recursos dos três níveis de governo:

O SNTU foi constituído de forma ampla, abarcando a infraestrutura viária expressa e as de articulação com os sistemas viário federal, estadual e municipal; os sistemas de transportes públicos sobre trilhos, sobre pneus, hidroviários e de pedestres, operados nas áreas urbanas; as conexões intermodais de transportes; a estrutura operacional, na forma do conjunto de atividades e meios estatais de administração, regulamentação, controle e fiscalização que atuam diretamente em cada modo de transporte, nas conexões intermodais e nas infraestrutura viárias. No campo institucional, o SNTU era composto em âmbito nacional pela EBTU, e nos âmbitos estadual, metropolitano e municipal pelas Empresas Metropolitanas de Transporte Urbano (EMTU). À EBTU era atribuída uma função central de promoção da política nacional dos transportes urbanos, com poderes de decisão sobre propostas e investimentos. Ela passou a administrar o Fundo de Desenvolvimento dos Transportes Urbanos, cujos recursos provinham principalmente do TRU e do Imposto Único sobre Lubrificantes e Combustíveis Líquidos e Gasosos (IULCLG).

Assim, com a criação da EBTU e do SNTU, o governo federal articulou sua ação para lidar com os elementos associados à crise internacional do petróleo, à dificuldade de realizações dos governos locais nos transportes urbanos e às principais reivindicações dos movimentos populares de transporte, principalmente quanto à qualidade e à tarifa. Os projetos foram desenvolvidos adotando os princípios de eficiência (definição de modalidades e sistemas operacionais mais adequados às necessidades de transporte, condicionada aos recursos disponíveis) e de equidade (igualdade de atendimento aos diversos extratos da população e de justiça social). A criação da EBTU veio juntar-se a uma maior atuação do Geipot, do Ministério dos Transportes, na questão do transporte urbano, uma vez que este historicamente concentrara sua atuação no estudo dos problemas estratégicos do transporte de cargas no país (VASCONCELLOS, 2013, p.53-54).

O governo federal, que operava diretamente os sistemas ferroviários, adotou uma política de elevado subsídio à tarifa, cobrando valores inferiores ao custo operacional e, em muitos casos, inferiores aos valores cobrados pelas tarifas dos sistemas de ônibus das localidades (VASCONCELLOS, 2013). Nos demais sistemas em que não exercia diretamente a gestão e a operação, o governo definiu uma metodologia de cálculo tarifário e o valor passou a ser controlado pelo Conselho

Interministerial de Preços (CIP)²³. A fim de reduzir o custo da tarifa e seu impacto nas populações de baixa renda, foi criado o VT²⁴, de forma opcional em 1985, e obrigatória em 1987 (ORNICO; SIMÕES, 1990 apud VASCONCELLOS, 2013).

No final da década de 1970 tem início o processo de reorganização de movimentos populares nos grandes centros urbanos, mobilizados em torno do aumento do custo de vida e de pautas específicas, como em saúde, educação, habitação e transporte urbano. Segundo Vasconcellos (2013, p. 53):

Especificamente no caso do transporte urbano, os movimentos populares eclodiram de forma até violenta, com diversos episódios de destruição de trens e estações dos sistemas de trilhos, e também de ônibus urbanos. Com as reivindicações baseadas em melhoria da qualidade e redução do custo (tarifa), o componente de redução de custo era preponderante em função do movimento geral de contenção da elevação do custo de vida.

Na primeira metade da década de 1980, a atuação do governo federal no setor de transportes buscou atender os objetivos da política econômica, tendo em vista o papel que passou a desempenhar para a transformação da matriz energética e da política monetária e cambial do governo, diante dos desdobramentos da crise mundial do petróleo.

No transporte coletivo, observa-se que a ausência de uma política nacional para orientar a ação da EBTU no setor levou a um progressivo de descentralização rumo ao âmbito local, com o governo federal passando a atuar de forma complementar. Assim, no final da década, a EBTU transformou-se em uma agência de fomento, priorizando ações de baixo custo para racionalização dos sistemas existentes e na organização e capacitação dos órgãos locais. E, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a responsabilidade de prestação do transporte público local passou para a esfera estadual e municipal.

Nos anos 1990, com a contenção do processo inflacionário e a estabilização da economia brasileira proporcionada pelo Plano Real em 1994, o Estado retomou a política de desenvolvimento econômico baseado na industrialização automobilística, pelo qual passou a implementar um conjunto de medidas que incluem a

²³ Criado pelo Decreto Federal nº 63.196 de 29/08/1968 extinto em 1991.

²⁴ Segundo Vasconcellos (2013, p. 59): “[...] A legislação do VT obriga todo empregador a adquirir certa quantidade de passes de transporte coletivo e repassar aos empregados, descontando um valor equivalente a, no máximo, 6% do salário. Dessa forma, parte do custo do transporte coletivo foi repassada do orçamento individual dos trabalhadores para os empregadores e o próprio governo federal, na medida em que parte do valor gasto com o VT poderia ser deduzida dos impostos pagos pelo empregador.”

desoneração do setor de automóveis e de combustíveis. Um outro aspecto a ser destacado foi a normalização dos preços do petróleo, a redução do consumo de seus derivados e o aumento da produção nacional dessa matéria-prima. Ao mesmo tempo, foram implantadas medidas que contribuíram para uma alteração da matriz energética nacional, com redução da dependência dos derivados de petróleo, como o programa Proálcool, que desenvolveu uma alternativa de combustível, possibilitando a redução do consumo de gasolina.

Uma das ações determinantes para a consolidação do automóvel no Brasil: no ano de 1990 a criação do automóvel de mil cilindradas e, no ano de 1993, a redução do IPI deste modelo de 20 para 0,1%²⁵. Além disso, a indústria automotiva no Brasil pode abrir um novo ramo de negócios com apoio político e incentivo fiscal do governo federal à motocicleta. O aumento acelerado dessa indústria foi apoiado inicialmente por benefícios fiscais para importação e, posteriormente, para a produção desses veículos. O mercado consumidor nasceu baseado na universalização da motocicleta entre a população com renda mais baixa e no atendimento ao mercado de transporte e entrega de pequenas mercadorias. Além disso, a compra foi facilitada pela abertura de linhas de crédito, com autorização de consórcios e vendas financiadas com longo prazo.

O processo de generalização da fabricação fordista, em massa do automóvel e da produção de forma mais enxuta, segmentada e com arranjos produtivos mais flexíveis, posteriormente a reestruturação produtiva a partir dos anos 90, no Brasil, produção do consumo foi igualmente acompanhado pela extensão do consumo de massa quanto do consumo da maior diversidade de modelos de carros segmentados por faixas de renda e estilos de vida e consumo. A construção e difusão de conteúdos de propaganda e marketing do “carro próprio” e a associação ideológica do uso do automóvel a estilos de vida, são elementos fundamentais da dinâmica de produção social do espaço urbano da cidade capitalista e das práticas estruturadoras de seu desenvolvimento. A esse respeito, Maricato afirma:

Se o taylorismo e o fordismo [...] induziram a uma ocupação urbana mais concentrada, a disseminação do automóvel e o pós-fordismo determinaram

²⁵ Segundo Vasconcellos (2013, p.40): “[...] no período, o IPI variou de zero (0,1%), em 1993 e 1994, até 12% em 1997, cerca de metade do valor cobrado de outros veículos. A partir de 2004, o IPI passou a 7%. Durante a crise financeira internacional de 2008, ele foi reduzido a zero até 2010, quando retornou ao nível de 7%. A partir de meados de 2012, o governo federal novamente eliminou o IPI”.

uma ocupação dispersa e fragmentada. A robotização, a terceirização [...], a mobilidade do capital que transfere unidades de produção para regiões ou países onde a mão de obra é mais barata e a legislação ambiental, menos rigorosa condenando ao abandono cidades marcadas pela produção fordista (como o clássico caso de Detroit), todas essas características da chamada globalização levam a uma mudança na ocupação do território. O capital imobiliário acompanha esse movimento com a oferta dos condomínios fechados e shopping centers no entroncamento de avenidas e rodovias. A segregação e a fragmentação aumentam enquanto é decretada a morte da rua e do pedestre, do pequeno comércio [...]. A impermeabilização do solo causada pela urbanização dispersa que avança horizontalmente sobre todo o tipo de território ou uso, a área ocupada e impermeabilizada pelo automóvel nesse modelo de urbanização (estacionamentos, avenidas, amplas rodovias, viadutos, pontes, garagens, túneis) fragmentando e dividindo bairros inteiros, a custosa e predatória poluição do ar se somam ao incrível número de acidentes com mortes e invalidez, as horas paradas em monumentais engarrafamentos causadoras de stress. Enfim, o 'apocalipse motorizado'. (2011, p.172-174).

Segundo Vasconcellos (2013), todo esse apoio à motorização privada no país coincidiu com o início do declínio acentuado no uso do transporte público. Além disso, destacam-se o fechamento da EBTU (1991) e do GEIPOT (2008), retirando do poder federal qualquer capacidade de planejamento e ação no setor:

Do lado do transporte público, a qualidade piorou e o custo para os usuários aumentou muito acima da inflação. Habitantes das periferias urbanas passaram a gastar enormes quantidades de tempo em seus deslocamentos diários, em péssimas condições de conforto. Do lado do transporte individual, o crescimento dos congestionamentos começou a afetar a velocidade da circulação, o que ocasionou também prejuízos para o transporte público. A baixa qualidade dos veículos e dos combustíveis no Brasil gerou uma grande contaminação do ar nas maiores cidades, com situações críticas verificadas na região metropolitana de São Paulo. A insegurança no trânsito atingiu um ponto máximo de mortos e feridos, colocando o Brasil entre os piores casos nos países em desenvolvimento. O modelo de mobilidade implantado revelou-se altamente prejudicial à maioria da população (VASCONCELLOS, 2013, p. XIV).

O transporte individual tornou-se relativamente "mais barato" que o transporte público e, conseqüentemente, vem contribuindo para uma progressiva queda do volume de passageiros pagantes dos sistemas de transporte público. Porém, essa suposta "redução" do preço do transporte individual nada mais foi do que o resultado da apropriação do fundo público pelo capital, através de subvenções fiscais à indústria automobilística e de acesso ao crédito aos segmentos mais pobres da população. E, ao mesmo tempo, o aumento do preço do transporte público foi resultado da pressão das empresas de ônibus sobre os governos municipais, que vêm autorizando tarifas que não correspondem à qualidade do serviço e à capacidade de pagamento dos usuários. Assim, foram criadas as condições para o

triunfo do transporte individual sobre o coletivo, com importantes repercussões para as condições de vida e trabalho da população brasileira.

[...] no decorrer das décadas de 1990 e 2000, o governo federal passou a atuar de forma decisiva no incentivo ao uso do transporte individual, visto como importante setor econômico no Brasil, gerador de empregos e de uma onda de crescimento econômico em diversos segmentos associados. As sérias consequências para a mobilidade urbana advindas dessa ação (congestionamento, poluição, acidentes) não sensibilizaram o governo federal. Entre as ações mais destacadas, aparece a introdução do veículo popular, com as reduções tributárias que o acompanharam (VASCONCELLOS, 2013, p.88-89).

Os anos 2000 iniciaram com a promessa de participação do governo federal na política de mobilidade urbana e transporte a partir de uma perspectiva mais abrangente, voltada para as pessoas e não para os veículos. Contudo, a análise desse processo revela uma dinâmica contraditória e conflituosa, que desemboca na luta contra o aumento das passagens e em torno de outras pautas urbanas, cujo principal marco foi o das *Jornadas de Junho* de 2013, conforme é abordado na próxima seção.

2.3 Política de mobilidade urbana e transporte nos anos 2000

De acordo com Maricato (2015), as três políticas urbanas estruturais, ligadas à produção do ambiente construído – transporte, habitação e saneamento – foram ignoradas ou tiveram baixos investimentos por mais de 20 anos, sendo lentamente retomados em 2003, com a gestão do presidente Lula. Nesse contexto, a condição de mobilidade nas cidades tornou-se um dos maiores problemas sociais e urbanos, resultado de quase trinta anos de ausência de investimentos nos transportes coletivos e da prioridade dada à indústria automobilística, com incentivo ao consumo através dos subsídios federais e estaduais para a compra de automóveis e a prioridade às obras viárias.

A retomada da participação do governo federal na política de mobilidade urbana e transporte tem como uma das primeiras iniciativas foi a criação da Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano (SEDU), diretamente ligada à Presidência da República, no ano de 2000. A SEDU formulou uma proposta de política nacional para o transporte urbano, que deu origem aos anteprojetos de Lei

de Diretrizes da Política Nacional de Transporte Urbano no ano de 2002, transformado no Marco Regulatório da Mobilidade Urbana no ano de 2003.

Neste contexto, um importante marco do período foi a criação do Ministério das Cidades (MCIDADES) no ano de 2003, reunindo as políticas urbanas que antes estavam dispersas em diferentes ministérios, através da criação de quatro Secretarias Nacionais: Programas Urbanos (SNPU), Habitação (SNH), Saneamento Ambiental (SNSA) e Transporte e Mobilidade Urbana (SEMOB)²⁶.

Nessa direção, a missão da SEMOB era promover a mobilidade urbana de forma segura, socialmente inclusiva e com equidade no uso do espaço público. Também propôs a mudança de perspectiva sobre o trânsito, substituir o Ministério da Justiça no controle do Denatran. Contudo, para Vasconcellos (2013) suas iniciativas foram limitadas:

Na prática ocorrida no período de 2003 a 2011, a política de transporte e mobilidade foi trabalhada de forma extremamente limitada no Ministério das Cidades. Dois motivos principais podem ser mencionados para explicar essa limitação. Inicialmente, a área de mobilidade precisou disputar espaço dentro do mesmo ministério com as áreas de habitação e saneamento, que têm recursos muito superiores e que, portanto, atraem muito mais a atenção e o interesse dos políticos, dos técnicos e dos setores organizados da sociedade. Ao contrário do tema do transporte público, as áreas de habitação e de saneamento sempre foram marcadas por alta participação de grupos organizados da sociedade, que continuaram presentes e ativos no âmbito de atuação do novo Ministério das Cidades.

O segundo motivo da limitação da atuação na área de mobilidade é que as novas forças políticas dominantes mostraram não considerar o tema essencial. A área de mobilidade foi esvaziada de qualquer poder efetivo e mantida limitada em seu âmbito de ação. Isso ocorreu tanto na Secretaria de Mobilidade – responsável pelas políticas relacionadas ao transporte público – quanto no Denatran – responsável pela política de trânsito. No caso da política geral de mobilidade, o esforço do período inicial, focado na discussão de uma política nacional de mobilidade urbana, com impactos na forma de regulamentação do transporte público, não teve êxito, pois ficou muito limitado pela falta de prioridade para o tema por parte dos escalões superiores do ministério e do governo federal. A criação do ministério não conseguiu superar os obstáculos e o desinteresse do novo governo federal em relação ao transporte público (2013, p.92-93).

De um lado, o governo federal apontou com o incentivo à formulação de políticas e planos para implantação de sistemas de mobilidade urbana e transporte alternativo ao automóvel, inclusive com a previsão de recursos para financiamento de projetos cuja execução ocorreu de forma instável. Segundo Rodrigues (2016):

Ao mesmo tempo, o cenário mais recente indica uma retomada no investimento em transporte coletivo. Essa retomada aparece com os

²⁶ Contudo, no mesmo período, permaneceu vigente o Ministério dos Transportes.

investimentos para o Programa de Aceleração do Crescimento (Fase 2), que prevê ações e projetos de infraestrutura em diversas cidades. Apesar de o programa ter sido anunciado em 2011, muitas das ações dessa fase do programa sequer começaram a ser executadas. Entretanto, os projetos de mobilidade listados como prioridade para a realização da Copa do Mundo de Futebol 2014 e para os Jogos Olímpicos 2016 são uma boa amostra dos tipos de ações que estão sendo (ou poderão ser) implantadas. Originalmente, em um documento chamado Matriz de Responsabilidade, no qual Governo Federal, governos estaduais e municipais se comprometiam a prover a infraestrutura necessária para realização da Copa, foram listados mais de 60 projetos no campo da mobilidade – a maioria deles já estava vinculada à programação do PAC 2. Nesse cenário o que importa alertar é que as promessas de melhoria no campo da mobilidade urbana ocuparam papel central no discurso do ‘legado social’, que justificou e procurou legitimar os esforços políticos, a mobilização social e a destinação de volumosos recursos públicos inclusive aqueles em intervenções de pouco valor social, como muitos dos estádios construídos em lugares com pouquíssima tradição esportiva. Portanto, no contexto de preparação para a Copa e as Olimpíadas, ao prometer ações e soluções para os problemas de mobilidade, os atores envolvidos tocaram em uma questão social bastante sensível à sociedade brasileira, que são os problemas de transporte e seus impactos sobre a vida cotidiana da população das grandes cidades (RODRIGUES, 2016, p.19).

Por outro, o governo federal seguiu apoiando a expansão do uso do automóvel e da motocicleta no país, mediante controle dos preços dos combustíveis com a criação de novo tributo²⁷ e do incentivo à compra de veículos novos com a isenção de tributos já existentes²⁸. De acordo com Vasconcellos (2013):

Essa política de incentivo à aquisição de veículos individuais, associada ao período de crescimento econômico observado no início dos anos 2000, acabou contribuindo para a volta da questão dos transportes urbanos para a pauta política, em função da elevação dos congestionamentos e, conseqüentemente, da piora das condições de mobilidade urbana no país. No entanto, o governo federal somente passou a se envolver de forma mais acentuada com o tema na segunda metade da década de 2000, acenando com investimentos federais no setor de mobilidade urbana dentro da perspectiva de superação de gargalos para megaeventos esportivos patrocinados pelo país, como a realização dos jogos Pan-americanos no Rio de Janeiro (2007), a candidatura à realização dos Jogos Olímpicos de 2016 e a realização da Copa do Mundo de futebol de 2014 (VASCONCELLOS, 2013, p.90).

Ao mesmo tempo, a mobilidade urbana e o transporte foram temas presentes em diversas lutas sociais nos anos 2000. Cabe destacar a criação do Movimento Nacional pelo Direito ao Transporte Público de Qualidade para Todos (MDT) no ano de 2003, reunindo organizações não governamentais, trabalhadores, sindicatos de

²⁷ A CIDE foi criada no ano de 2001, definindo a cobrança de um valor sobre a importação e a comercialização de petróleo e seus derivados, gás e álcool etílico.

²⁸ O IPI teve sua alíquota reduzida na compra de automóveis e motocicletas a partir da crise econômica de 2008.

trabalhadores e empresas operadoras de ônibus e metrô, movimentos sociais e sindicatos e associações profissionais, sob a coordenação da ANTP²⁹. Como também, dois episódios importantes na luta contra os aumentos das passagens no transporte público urbano: a *Revolta do Buzu* de 2003, em Salvador, e a *Revolta da Catraca* de 2004, em Florianópolis (MPL, 2013). Estes protestos serviram de base para a fundação do Movimento Passe Livre (MPL) no ano de 2005 como um movimento nacional, que articula grupos em diversos locais do país, seja através da prática social em manifestações contra os aumentos das passagens, como também na elaboração de propostas sobre o transporte público, como a Tarifa Zero.

Após quase uma década de discussões e disputas, foi promulgada Lei nº 12.587, de 03 de janeiro de 2012, que instituiu a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). Trata-se da primeira lei mais abrangente sobre o tema, tratando-o na perspectiva de equidade, sustentabilidade, gestão democrática e controle social. A PNMU é considerada instrumento da política urbana, estabelecendo princípios, diretrizes e instrumentos para um pacto nacional pela mobilidade urbana, definindo as competências de cada ente federativo na elaboração das políticas públicas e para o planejamento de um sistema de transporte capaz de atender à população e contribuir para o desenvolvimento urbano sustentável.

Nesse contexto, a mobilidade urbana e o transporte ganham destaque nas discussões sobre o futuro da sociedade urbana brasileira, aumentando a sua importância política. Não à toa, uma das dimensões essenciais da questão da mobilidade urbana no país, o custo do transporte, estava no centro das reivindicações das *Jornadas de Junho de 2013*, uma série de manifestações que levaram milhares de pessoas às ruas, em diferentes cidades brasileiras no ano de 2013 (MARICATO et al, 2013; JUDENSNAIDER et al, 2013). Desde então, a mobilidade urbana, enquanto instrumento para acesso a direitos, infraestrutura urbana, equipamentos e serviços da cidade, passou a fazer parte do cotidiano da

²⁹ O MDT é composto pelas seguintes entidades: Associação Nacional de Transportes Públicos (ANTP); Associação dos Engenheiros e Arquitetos do Metrô/SP (AEAMESP); Comissão Metroferroviária do Metrô do Rio de Janeiro (Metrô Rio); Instituto de Energia e Meio Ambiente (IEMA); Companhia do Metropolitano de São Paulo; Associação Brasileira da Indústria Ferroviária (ABIFER); Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NSCT); Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN); Fórum Nacional dos Secretários e Dirigentes de Transportes e Trânsito; Associação Nacional de Transportes Urbanos (NTU); Central Nacional de Movimentos Populares (CMP); Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); Confederação Nacional dos Trabalhadores em Transporte da (CNTT/CUT); União Nacional de Moradia Popular (UNMP); Sindicato dos Engenheiros do Estado de São Paulo (SEESP); e Sindicato dos Engenheiros do Estado da Bahia (SENGE) (MDT, s.d.).

população brasileira, colocando na ordem do dia a necessidade de enfrentamento dessa problemática urbana. Segundo Carlos (2017, p. 43-44):

As manifestações também iluminaram o fato de que há novas contradições produzidas no seio de uma sociedade que deixa de ser industrial para tornar-se urbana. Certamente, o que primeiro ganhou centralidade nas batalhas travadas nas ruas no ano de 2013 foi o aumento do preço do transporte público, focando sua atenção na mobilidade urbana. Esta evoca uma dimensão espaço-temporal da vida cotidiana, envolve um percurso no espaço, um deslocamento no tempo e o direito de ir e vir. O aumento do tempo e da distância do percurso casa-trabalho/casa-lazer revela uma sociedade urbana em mudança a partir das metamorfoses do espaço urbano que impôs transformações radicais na vida urbana.

A luta contra o aumento das tarifas do transporte público urbano foi uma das principais bandeiras das *Jornadas de Junho de 2013*. A partir de então, o transporte coletivo tornou-se pauta de discussão de diferentes sujeitos, tanto os seus usuários, quanto os movimentos sociais urbanos, mas também o empresariado e o governo, todos mobilizados em torno de uma mesma “bandeira de luta”, criando-se o que denominamos como a “mística da redução das tarifas”.

Para Rolnik (2013), nas ruas, o direito à mobilidade se entrelaçou com outras pautas e agendas constitutivas da questão urbana como, por exemplo, as violações de direitos resultantes dos megaeventos. Segundo a autora, as manifestações fizeram emergir uma infinidade de agendas mal resolvidas, contradições e paradoxos e, o que considera mais importante, fizeram renascer a utopia do direito à cidade. De acordo com Lopes (2016):

As manifestações populares de 2013 refletem um caldo de atuação política que já vinha se formando nos temas de mobilidade urbana e, ao mesmo tempo, deram uma magnitude ao tema que permitiu a incorporação dessa agenda por diversos grupos. São movimentos pela redução da tarifa, ações locais com demandas específicas de transporte público, coletivos que atuam sob o guarda-chuva do direito à cidade, cicloativistas, organizações não governamentais, ativistas digitais que demandam transparência, movimentos de mobilidade a pé e grupos feministas que denunciam o assédio em meios de transporte (LOPES, 2016, p.112).

Lopes (2016) pontua a existência de um número significativo de grupos mobilizados em torno da pauta de mobilidade e transporte em diferentes cidades brasileiras. No entanto, destaca que tais movimentos apresentam divergências entre si quanto ao papel a ser desempenhado no tocante à formulação das políticas públicas neste setor:

Ao realizar a pesquisa *Ativismo no Contexto Urbano*, em outubro e novembro de 2013, a Escola de Ativismo identificou 148 grupos atuando na

área de mobilidade e transporte em 12 cidades brasileiras. Deles, 46% afirmaram atuar no planejamento urbano e 40% em políticas públicas de mobilidade – ou seja, uma parcela muito significativa tem ações voltadas ao poder público. Quando se olha a natureza dos grupos, nota-se uma coexistência entre movimentos e coletivos e estruturas mais institucionalizadas, já que 56% dos movimentos e 49% das ONGs atuam com planejamento urbano. Já 44% dos fóruns trabalham no tema das tarifas de transporte público – diante de 15% no geral dos grupos.

[...]

Há posições, como a do MPL, de que não cabe aos movimentos sociais resolver questões como fontes de financiamento, e sim fazer o debate político e apontar as demandas da população. Por outro lado, outros atores na sociedade civil tentam se apropriar da discussão técnica como forma de incidir com mais eficiência nas políticas públicas. É a existência das duas formas de atuação que pode permitir avanços para a efetivação do direito ao transporte (LOPES, 2016, p.116).

Apesar da existência de dispositivos legais exigindo a necessidade de licitação para concessão e permissão de prestação de serviços públicos – Constituição Federal de 1988, a Lei de Licitações e Contratos Administrativos de 1993 e Lei de Concessão e Permissão da Prestação de Serviços Públicos de 1995 – a primeira licitação para a concessão das linhas de ônibus na cidade do Rio de Janeiro foi realizada apenas em 2010.

O processo atraiu empresas e consórcios nacionais e internacionais, mas somente empresas do Rio de Janeiro foram vencedoras. Porém, o Tribunal de Contas do Município (TCM) identificou indícios de formação de cartel e outras irregularidades no processo, que passaram a ser investigadas pelo Ministério Público Estadual (MPE) em 2012. Além disso, o custo da tarifa aumentou exponencialmente:

Entre 2012 e 2015 ocorreram aumentos em praticamente todos os anos. Esses reajustes, na verdade, têm se tornado cada vez mais comuns em todas as grandes cidades em viradas de ano. No Rio de Janeiro, o aumento em 2015 foi de 13,3%, maior aumento anual em pelo menos 10 anos. Como destacou a imprensa local na época, só no período de governo do atual prefeito, as passagens de ônibus aumentaram mais 66% (RODRIGUES, 2016, p.45).

Um dos desdobramentos das *Jornadas de Junho de 2013* na cidade do Rio de Janeiro foi a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) (RIO DE JANEIRO, 2017)³⁰ na Câmara Municipal do Rio de Janeiro para apurar as suspeitas de envolvimento de empresários de ônibus com o poder público. Contudo, a CPI dos Ônibus foi suspensa em 2013 por determinação do Ministério Público

³⁰ Para mais informações sobre a CPI dos Ônibus, consultar informações disponíveis no sítio eletrônico: RIO DE JANEIRO (RJ). **CPI dos ônibus**. Rio de Janeiro (RJ), 2017. Disponível em: <<http://cpidosonibus.com.br>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

Estadual pois foram nomeados para presidente e relator parlamentares da base de apoio do governo municipal, que sequer endossaram a sua proposta de criação, de autoria do Vereador Eliomar Coelho (PSOL-RJ).

Em agosto de 2017 a CPI foi reaberta, por iniciativa do Vereador Tarcísio Motta (PSOL-RJ), após a deflagração da “Operação Ponto Final”, desdobramento da “Operação Lava Jato” no Rio de Janeiro, que investigou o pagamento de propinas a políticos pelos empresários de ônibus, durante o mandato do ex-governador preso Sérgio Cabral (2011 a 2016). Ela resultou na prisão do empresário de ônibus Jacob Barata, do presidente da Federação das Empresas de Transportes de Passageiros do Estado do Rio de Janeiro (FETRANSPOR) e do ex-presidente do Departamento de Transportes Rodoviários do Rio de Janeiro (DETRO).

Em abril de 2018, a CPI encerrou seus trabalhos, aprovando um relatório oficial, que não ouviu os empresários do setor, o ex-prefeito Eduardo Paes e não resultou em indiciados. Também foi produzido um relatório alternativo, apresentado pelo Vereador Tarcísio Motta, que pede o indiciamento de quarenta e seis empresários do setor e de cinco agentes públicos, incluindo o citado ex-prefeito e o ex-secretário de transportes Alexandre Sansão.

Estes fatos evidenciam que a mobilidade urbana é uma questão essencialmente política e endossam a constatação de Maricato (2013) quanto ao fato de que: “há uma lógica entre legislação urbana, serviços públicos urbanos (terceirizados ou não), obras de infraestrutura e financiamento das campanhas eleitorais” (MARICATO, 2013, p. 19). Contudo, vem sendo tratada como uma questão puramente técnica, que exige planejamento racional e gestão eficiente do sistema, inclusive quanto ao modelo de financiamento do transporte público coletivo.

A Política de Mobilidade Urbana está diretamente relacionada à propriedade da terra, à produção e à circulação de mercadorias e, sobretudo, ao custo de reprodução da força de trabalho (compra da força de trabalho mediante salário direto e indireto). No Brasil, a mobilidade urbana e o transporte conta com um indústria fortemente amparada pelo Estado capitalista desde a sua origem. É financiada pelo fundo público (resultante de impostos, contribuições e taxas) e pelos usuários dos sistemas de transporte público (tarifa). Contudo, vem sendo tratada como uma questão meramente técnica, restrita a gestores, engenheiros e operadores do

sistema, fato que vem mistificando o seu conteúdo político, em franca disputa. Entretanto, para Rodrigues (2016):

[...] a atual conjuntura da mobilidade urbana no Brasil mostra que, embora haja uma retomada nos investimentos no setor, as práticas são baseadas em políticas concentradoras e antidistributivas, que mais uma vez podem contribuir para acentuar as características de desigualdade socioespacial de nossas regiões metropolitanas. Muitas das intervenções são pontuais e, além de insuficientes para a demanda das grandes cidades, se concentram em áreas muito bem servidas de infraestrutura e serviços (2016, p. 21).

Um outro efeito das *Jornadas de Junho de 2013* foi a promulgação em de setembro de 2015, pelo Congresso Nacional, da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 90/2015 de autoria da deputada Luiza Erundina (PSOL-SP)³¹, que incluiu o transporte como direito social previsto no artigo 6º da Constituição Federal, abrindo um importante campo de disputa para as lutas pelo direito à cidade.

De acordo com o Censo 2010, a população brasileira é majoritariamente urbana, representando 84,4% da população total (IBGE, 2011). O Rio de Janeiro é a segunda maior cidade brasileira em termos de área urbana, frota total de veículos, frota de transporte coletivo e passageiros nessa modalidade de transporte. Em cidades com mais de 1 milhão de habitantes, a maior parte das viagens é realizada por transporte coletivo, que atingem 36% do total de deslocamentos (ANTP, 2010)³².

Nos últimos anos observa-se um papel ativo do Estado capitalista no processo de reestruturação produtiva da indústria de transportes, através da nova regulamentação do transporte coletivo urbano pela Prefeitura do Rio de Janeiro. São exemplos dessas iniciativas: a introdução da bilhetagem eletrônica nos ônibus, com consequente eliminação do trabalhador responsável pela cobrança das passagens, bem como a “racionalização” dos itinerários de ônibus, envolveu a implantação dos sistemas *Bus Rapid Transit* (BRT), *Bus Rapid Service* (BRS), Troncais, com consequente encurtamento de trajetos e eliminação de linhas alimentadoras.

Este cenário aponta para a necessidade de aprofundamento do debate tanto sobre o transporte coletivo, não apenas restrito à discussão sobre a tarifa, mas também sobre os limites e possibilidades para uma gestão democrática do setor.

³¹ Esta deputada já vem se dedicando ao tema do transporte público desde os anos 1990 quando, durante o seu mandato como Prefeita de São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores (PT), propôs a tarifa zero no transporte público urbano da cidade. Além disso, a referida PEC foi proposta em 2011, tendo sua tramitação priorizada após as Jornadas de Junho de 2013.

³² Na cidade do Rio de Janeiro, o modal ônibus é o mais utilizado pela população, com uma frota de cerca de 8,7 mil veículos operados por 47 empresas concessionárias (RIO DE JANEIRO, 2013).

Como também o questionamento aos lucros das empresas, garantidos pelo Estado através do fundo público, apontando para a construção de modelos alternativos de financiamento que universalizem esse direito. Assim como a abertura de um canal para a discussão do transporte como um serviço público de fato, no qual uma das possibilidades é a tarifa zero. Mais do que nunca, torna-se necessária a organização de um sistema que contemple as demandas das pessoas, em especial, aquelas com deficiência e mobilidade reduzida por doença crônica, com vistas ao direito à mobilidade, o que envolve necessariamente outras modalidades de transporte, conforme será discutido no próximo capítulo.

PARTE II MOBILIDADE URBANA, TRANSPORTE E SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA

3 QUANDO NOMEAR É UM ATO POLÍTICO: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA

A política de mobilidade urbana e transporte é fundamental para o acesso à infraestrutura, equipamentos e serviços urbanos por todos os cidadãos. Contudo, alguns grupos sociais apresentam mais desvantagens em relação a outros, tais como as pessoas com deficiência e doença crônica. Dessa maneira, observa-se a necessidade de se compreender um pouco mais sobre o grupo social específico delimitado na tese, antes de discutir propriamente a mobilidade urbana e o transporte desses sujeitos e as respostas às suas necessidades e demandas.

Neste sentido, a *primeira seção* discute os sentidos da deficiência e da doença crônica em disputa na sociedade brasileira, presentes no campo do conhecimento e da prática social das classes sociais e do Estado. Assim, pretende colocar em relevo o debate atual sobre o conceito de deficiência e doença crônica presente na literatura e nas lutas sociais destes sujeitos, bem como a definição incorporada ao marco legal em vigência no país.

A *segunda seção* realiza uma primeira aproximação ao universo das pessoas com deficiência e doença crônica sobre o qual se debruça a presente tese, a fim de evidenciar a magnitude da questão. A mobilidade urbana e o transporte são fundamentais para o acesso e exercício de vários direitos, dentre os quais o direito a saúde. Portanto, as condições nas quais se realizam podem constituir em um elemento facilitador, dificultador ou mesmo impeditivo para o exercício deste direito, já que algumas deficiências e doenças crônicas exigem acompanhamento sistemático por longos períodos e deslocamentos frequentes às unidades de saúde.

A *terceira seção* aborda as necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com doença crônica que se expressam no cotidiano do trabalho do assistente social em uma unidade de saúde pública. O recorte neste segmento da população está relacionado à inserção acadêmica e profissional da autora, como assistente social, docente e pesquisadora, em uma

unidade de saúde especializada no controle do câncer de mama localizada na cidade do Rio de Janeiro.

3.1 Disputa de sentidos sobre deficiência e doença crônica

A compreensão do sentido da deficiência e da doença crônica, do ponto de vista do conhecimento e da prática social, pressupõe considerar que as definições de deficiência e doença crônica, encontram-se em um campo de disputas e lutas das classes sociais e do Estado no país. Este conceito sofreu duas importantes modificações ao longo do século XX, no qual ultrapassou-se a noção de estigma, através da incorporação do modelo biomédicos e, posteriormente, do modelo social de deficiência.

No século XX, foi elaborado o modelo biomédico de deficiência, que a interpreta como consequência de uma doença ou acidente, considerando a existência da limitação funcional frente às barreiras ambientais e a superação da incapacidade através da reabilitação. Este modelo está vinculado à perspectiva de integração social e de normalização, de modo a atender os padrões sociais de desempenho e estética. (MAIOR, 2017).

A partir dos anos 1960, foi formulado o modelo social da deficiência, que a considera como resultante das condições de interação entre as pessoas com limitação funcional frente às barreiras físicas, sociais e culturais e a superação das mesmas através de iniciativas da sociedade que venham a garantir o acesso aos serviços, lugares, informações e bens necessários ao seu desenvolvimento (MAIOR, 2017). Neste sentido, cabe reforçar que:

Em contrapartida a abordagem do modelo social da deficiência não ignora os serviços de saúde e avanços biomédicos, como necessários para pessoas com impedimentos corporais, mas discute o caráter limitado nos ambientes sociais que valorizam, com exclusividade esse aspecto. Essa forma de encarar o fenômeno é resultado de reivindicações dos movimentos sociais das pessoas com deficiência nas últimas décadas e de estudos que reconhecem essa expressão da diversidade humana, que deve ser protegida, valorizada e que demanda do Estado políticas de equalização de direito a serem atendidos, coletivamente (INOUE, 2018, p. 1).

Nos anos 2000, o conceito de deficiência passou por uma nova reformulação de âmbito internacional, que buscou superação da ideia de deficiência como

sinônimo de impedimento, ao reconhecer na restrição de participação o fenômeno determinante para a identificação da desigualdade pela deficiência. Este novo conceito foi inaugurado a partir da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 2006 e ratificada pelo Brasil no ano de 2009 (MAIOR, 2017). Assim, compreende-se que:

A deficiência é um conceito em evolução, de caráter multidimensional, e o envolvimento da pessoa com deficiência na vida comunitária depende de a sociedade assumir sua responsabilidade no processo de inclusão, visto que a deficiência é uma construção social. Esse novo conceito não se limita ao estatuto biológico, pois se refere à interação entre a pessoa e as barreiras ou os elementos facilitadores existentes nas atitudes e na provisão de acessibilidade e de tecnologia assistiva, como resultado das políticas públicas (MAIOR, 2017, p. 32).

Nesta direção, ganha fundamental importância outros dois conceitos relacionados ao tema da deficiência: a inclusão social e acessibilidade. O conceito de inclusão social reivindica o reconhecimento da dignidade humana e da igualdade de direitos com equiparação de oportunidades entre os cidadãos, através de mecanismos para efetivar a igualdade com equidade e para eliminar as barreiras que impedem o desenvolvimento das pessoas (INOUE, 2018). E o conceito de acessibilidade consiste na possibilidade e condição de alcance para utilização espaços, infraestrutura e serviços urbanos e sociais pela pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, baseado no desenho universal, que busca não apenas a eliminação das barreiras existentes, mas impedir que novas barreiras sejam criadas (BRASIL, 2006; INOUE, 2018).

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

Um outro aspecto da deficiência é a sua relação com as doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, uma vez que pode ser resultante de agravos à saúde ou do envelhecimento. O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional a partir dos anos 1960 produziu mudanças no perfil das doenças que acometem a população brasileira. O processo de transição demográfica resultou em diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no

aumento da expectativa de vida e na proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. O processo de transição epidemiológica resultou em um novo perfil de morbimortalidade decorrente do processo de industrialização-urbanização e do acesso aos serviços de saúde. E o processo de transição nutricional resultou no aumento de sobrepeso e obesidade decorrente da mudança no padrão alimentar e do sedentarismo (MALTA et al, 2006). Segundo Inoue:

O modo de organização da sociedade brasileira é responsável pela maioria das deficiências, já que, em grande parte são geradas por fatores sociais, cujas causas seriam preveníveis e advindas da pobreza, como precário atendimento em saúde, doenças infecto-contagiosas, violência urbana e rural, acidentes de trânsito e trabalho, contato com substâncias teratogênicas e também de condições não preveníveis, como envelhecimento da população e de aspectos genéticos, não preveníveis (2018, p. 1).

As doenças crônicas são enfermidades incuráveis, que apresentam sintomas contínuos ou periódicos e que necessitam de tratamentos e cuidados ininterruptos, com repercussões importantes para a vida em sociedade (CANESQUI, 2007). Assim, as pessoas com doenças crônicas “convivem com uma condição que as acompanha a todos os lugares” (ADAM; HERZLICH, 2001 apud CANESQUI, 2007, p.11), envolvendo aspectos privados e públicos que interferem em várias dimensões da sua vida.

Dentre os diferentes tipos de doença crônica existentes, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm ocupando um lugar de destaque no quadro das enfermidades que acometem a população brasileira. As DCNT têm etiologia múltipla, fatores de risco variados, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e estão associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2008). Além disso, têm gerado um grande número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, aumentando as iniquidades e agravando a pobreza (BRASIL, 2011).

Antes de apresentar as definições de deficiências e mobilidade reduzida presentes nas no marco regulatório brasileiro, cabe destacar a participação das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, através da sua organização política no plano nacional e internacional.

Como demonstrado pela literatura, os conceitos de deficiência e de mobilidade reduzida formulados a partir dos anos 1960 são resultantes da atuação

do movimento das pessoas com deficiência para seu reconhecimento enquanto sujeitos de direitos, com autonomia e independência para realizar suas escolhas, mediante suporte social quanto necessário. Ao mesmo tempo, a incorporação desses conceitos, em maior ou menor grau, ao marco regulatório vigente, também expressa esse processo de disputa e de luta dos sentidos da deficiência e da restrição de mobilidade na sociedade.

Para Lanna Junior (2010), a análise da história do movimento de luta pelos direitos das pessoas com deficiência no país permite compreender a sua importância para a quebra de paradigmas na área das pessoas com deficiência e para a construção do marco legal e das políticas públicas do Estado brasileiro sobre o tema. Muito embora valorize as inúmeras mudanças ocorridas desde as obras assistenciais do século XIX até o sistema de proteção atual, o autor considera que:

O modelo social defendido pelo Movimento das Pessoas com Deficiência é o grande avanço das últimas décadas. Nele, a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada é que condiciona a funcionalidade, as dificuldades, as limitações e a exclusão das pessoas. A sociedade cria barreiras com relação a atitudes (medo, desconhecimento, falta de expectativas, estigma, preconceito), ao meio ambiente (inacessibilidade física) e institucionais (discriminações de caráter legal) que impedem a plena participação das pessoas. O fundamental, em termos paradigmático e estratégico, é registrar que foi deslocada a luta pelos direitos das pessoas com deficiência do campo da assistência social para o campo dos Direitos Humanos. Essa mudança de concepção da política do estado brasileiro aconteceu nos últimos trinta anos. O movimento logrou êxito ao situar suas demandas no campo dos Direitos Humanos e incluí-las nos direitos de todos, sem distinção (LANNA JUNIOR, 2010, p.14).

Já do ponto de vista das pessoas com doença crônica, verifica-se a existência de inúmeras organizações por patologias, cuja atuação tem sido historicamente fundamental para a garantia do direito à saúde. Contudo, nota-se uma incipiente organização política das pessoas com câncer de mama³³ sendo comum sua articulação em organizações não governamentais e filantrópicas de apoio mútuo ou de prestação de serviços como, por exemplo, de assessoria jurídica em processos de judicialização da saúde.

Dessa maneira, o texto constitucional de 1988 reflete a atuação organizada das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida possibilitou o reconhecimento

³³ A Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA) é uma associação civil sem fins lucrativos criada em 2006, com atuação em 18 estados e no Distrito Federal do país. FEMAMA. **Apresentação**. Porto Alegre (RS). Disponível em: <<https://www.femama.org.br/2018/br/femama/apresentacao>>. Acesso em 01 dez.2018.

dos direitos das pessoas com deficiência de forma transversal nas diferentes políticas setoriais. Segundo Fonseca:

Foi a Constituição Federativa [de 1998] que mais abarcou as pessoas com deficiência. Ao tratar a pessoa com deficiência, estabelece não somente a regra geral relativa ao princípio da igualdade, mas também a proteção ao trabalho, proibindo qualquer discriminação no tocante ao salário e admissão do portador de deficiência (art. 7º, XXXI), a reserva de vagas para cargos públicos (art. 37, VIII), a assistência social – habilitação, reabilitação e benefício assistencial (art. 203, IV e V) e a educação.

É claro que apenas o reconhecimento legal da assistência social como direito no texto constitucional não provoca automaticamente uma inversão de práticas, fortemente enraizadas na cultura política brasileira, sobretudo para a pessoa com deficiência. Mas a legislação expressa um reconhecimento de que existem direitos e deveres, e estes fundam os pilares sobre os quais está fundada a possibilidade de superação da lógica da tutela ou favor ocasional para a lógica do direito no campo da política. Embora os avanços constitucionais apontem para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da desigualdade social, ainda era necessário materializar os recém criados investimentos no campo do social como veremos a seguir (FONSECA, 2013, p. 335).

Será somente nos anos 2000, quando o governo brasileiro se torna signatário da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU no ano de 2008, que se cria a conjuntura favorável para a criação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146, de julho de 2015).

O Estatuto apresenta a seguinte definição de deficiência:

Art. 2º 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.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III – a limitação no desempenho de atividades; e

IV – a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência (BRASIL, 2015, s.p.)

E a seguinte definição de pessoa com mobilidade reduzida:

Art. 3º. Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se:

[...]

IX - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso (BRASIL, 2015, s.p.)

O Estatuto também apresenta algumas definições para aplicação da lei que devem orientar a materialização dos seus direitos fundamentais à vida, à habilitação e reabilitação, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência social, à previdência social, à cultura, esporte, turismo e lazer e ao transporte e mobilidade, através das políticas públicas:

Art. 3º 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;

II – 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;

III – tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

IV – barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

V – comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações;

VI – adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

VII – elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

VIII – mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

IX – pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

X – residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas) localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos;

XI – moradia para a vida independente da pessoa com deficiência: moradia com estruturas adequadas capazes de proporcionar serviços de apoio coletivos e individualizados que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência;

XII – atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIII – profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares nas quais se fizer necessária, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIV – acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal. (BRASIL, 2015, p.11-12).

Além disso, o Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê um capítulo específico sobre a mobilidade da pessoa com deficiência, no qual estabelece que:

Art. 46. O direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso.

§ 1º Para fins de acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, em todas as jurisdições, consideram-se como integrantes desses serviços os veículos, os terminais, as estações, os pontos de parada, o sistema viário e a prestação do serviço (BRASIL, 2015, s. p.)

A discussão sobre as definições sobre deficiência e doença crônica em disputa foi importante para pensar o cotidiano desses sujeitos, que podem apresentar deficiências ou mobilidade reduzida, em caráter permanentes ou temporárias, resultante de agravos às condições de saúde, ou mesmo em razão dos seus tratamentos. Neste sentido, a próxima seção apresentará uma caracterização acerca do universo das pessoas com doença crônica no Brasil, a fim de demonstrar a magnitude da questão da mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

3.2 Caracterização do universo de pessoas com deficiência e doença crônica

As pesquisas sociodemográficas permitem compreender o universo das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida por doença crônica a partir de dados quantitativos dessa população³⁴. Assim, a presente seção está baseada nas seguintes pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Levantamento Suplementar de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 (IBGE, 2010), Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011) e Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015).

O Levantamento Suplementar de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, revelou que as pessoas com uma doença crônica representam 31,3% da população do país, enquanto as pessoas com três ou mais doenças correspondem a 5,9% da população. No tocante à mobilidade física³⁵, as pessoas com 14 anos ou mais que têm dificuldade em realizar atividades básicas, dentre as quais: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda) representam 4,5%; em empurrar uma mesa ou realizar consertos domésticos representam 14,9%; em abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se representam 18,4%; e em andar 100 metros 7,6% (IBGE, 2010).

³⁴ IBGE. *Estatísticas*, tema / sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010; 2011; 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude.html>>. Acesso em: 01 dez. 2018

³⁵ O Levantamento Suplementar de Saúde, da PNAD 2008, contou com um bloco de perguntas com objetivo de mensurar o grau de dificuldade com que uma pessoa exerce uma determinada tarefa, aplicado às pessoas com 14 ou mais, com o objetivo de conhecer e analisar o estágio de limitação física de saúde em que se encontra (IBGE, 2011).

Além disso, a PNAD 2008 Saúde revelou que à medida em que aumenta a idade, cresce o percentual de pessoas com dificuldade. Assim, as pessoas com 60 anos ou mais que têm dificuldade em realizar atividades básicas, dentre as quais: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda) representam 15,2%; em empurrar uma mesa ou realizar consertos domésticos representam 46,9%; em abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se representam 53,9%; e em andar 100 metros 27,0% (IBGE, 2010).

O Censo Demográfico de 2010 estimou 190,7 milhões de habitantes em 2010. Desse universo, as pessoas que apresentam pelo menos uma deficiência representam 23,9% da população do país, entre as quais mais da metade são pessoas com 65 anos ou mais (67,7% deste universo). Cabe destacar que as pessoas idosas, consideradas como aquelas que têm mais de 65 anos, constituem 7,4% da população do país (IBGE, 2011).

Por outro lado, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, sobre ciclos de vida, apresentou dados diferentes sobre pessoas com deficiência. A PNS estimou 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes em 2013 (IBGE, 2015). Desse universo, as pessoas com deficiência (temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável e intermitente ou contínua) representam 6,2% da população total, universo do qual 5,5% declarou que adquiriu a deficiência por doença ou acidente, conforme exposto na tabela 1, apresentada a seguir:

Tabela 1 – Pessoas com deficiências adquiridas por doença ou acidente, segundo tipo de deficiência: Brasil, 2013

Tipo de Deficiência	intelectual	física	auditiva	visual
Percentual na população total	0,80%	1,30%	1,10%	3,60%
Percentual na população total que adquiriu por doença ou acidente	0,30%	1,00%	0,90%	3,30%

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do IBGE (2018).

Além disso, a PNS 2013 demonstrou que um número significativo de pacientes apresenta limitação com grau intenso e muito intenso. E um número ainda

menor frequenta os serviços de reabilitação, conforme exposto na tabela 2, apresentada em sequência.

Tabela 2 – Limitação e frequência em serviço de reabilitação pela pessoa com deficiência, segundo tipos: Brasil, 2013

Tipo de Deficiência	intelectual	física	auditiva	visual
Percentual da população por tipo de deficiência com limitação (grau intenso ou muito intenso)	54,80%	46,80%	20,60%	16,00%
Percentual da população por tipo de deficiência com frequência em serviço de reabilitação	30,40%	18,40%	8,40%	4,80%

Fonte: elaboração da autora com base nos dados do IBGE (2018).

De acordo com a PNS 2013, as pessoas com mais de 60 anos ou mais de idade representam 13,2% da população. Além disso, a pesquisa apresentou dados sobre as limitações funcionais dessa população que demonstram alguns desafios relacionados à saúde.

Considerando as limitações funcionais que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades de vida diária, tais como: comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se, a PNS 2013 identificou que 6,8% dessa população tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária. Quanto mais elevada a idade, maior a proporção de pessoas com tais limitações: 2,8%, para aquelas de 60 a 64 anos, até a 15,6%, para as de 75 anos ou mais de idade.

No grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relatou possuir alguma limitação funcional para realizar suas atividades de vida diárias, verificou-se que 84,0% precisava de ajuda para realizá-las, mas 10,9% destas não a recebia. Desse universo, 17,8% recebiam cuidados remunerados de alguém (familiar ou não familiar residente ou não no mesmo domicílio) e 78,8% recebiam cuidados de familiar (residente ou não no mesmo domicílio, com ou sem remuneração).

Considerando as limitações funcionais que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades instrumentais de vida diária, tais como: fazer compras, cuidar do seu próprio dinheiro, tomar seus medicamentos e utilizar o transporte como ônibus, metrô, táxi ou carro, a pesquisa

identificou que 17,3% possuíam limitação funcional para exercer suas atividades instrumentais de vida diária. Quanto mais elevada, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 6,4%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 39,2%, para as de 75 anos ou mais de idade.

Ademais, os documentos do Ministério da Saúde demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm ocupando lugar de destaque no quadro das enfermidades, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade na população brasileira e mundial. No Brasil, 72% do total de mortes foi em razão das DCNT, das quais 31,3% devido a doenças circulatórias, 16,3% a câncer, 5,8% a respiratórias crônicas e 5,2% a diabetes (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que os fatores de risco para desenvolvimento das DCNT são classificados como “não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e “modificáveis” (tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação e obesidade). Contudo, os fatores de risco modificáveis são potencializados pelos fatores econômicos, culturais e ambientais nos quais as pessoas vivem e trabalham, ou seja, os determinantes sociais de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Existem evidências científicas que relacionam os determinantes sociais com a prevalência das DCNT, que afetam todas as classes sociais, mas, de forma mais intensa, os trabalhadores mais pobres, por estarem mais expostos aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, as DCNT criam um círculo vicioso, de continuidade ou agravamento de sua situação de pobreza, devido aos custos agregados ao tratamento de saúde (BRASIL, 2011).

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

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

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

Todos estes dados revelam a magnitude do problema, revelando que grande parte da população brasileira convive com a deficiência ou mobilidade reduzida em

seu cotidiano, afetando a relação da pessoa com seu próprio corpo, com as pessoas, com os espaços e com cidade. De acordo com Mangia et al (2008, p.122):

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

Estes sujeitos encontram diversas dificuldades para exercício da vida em sociedade, sendo uma delas a mobilidade urbana e o transporte, que pode constituir elemento facilitador ou mesmo dificultador para o exercício o direito à saúde, tendo em vista que algumas deficiências e doenças crônicas exigem acompanhamento sistemático por longos períodos e, conseqüentemente, deslocamentos frequentes às unidades de saúde:

As dificuldades de deslocamento das pessoas com mobilidade reduzida estão fortemente relacionadas a essa falta ou inadequação da infraestrutura e dos serviços de transporte. São problemas que se agravam também por serem essas infraestruturas muito mal distribuídas pelo território das cidades, gerando uma enorme desigualdade de acesso aos portadores de deficiência também do ponto de vista territorial. Nas metrópoles há bairros onde o número de domicílios cujo entorno tem calçadas não chega a 5%, principalmente áreas localizadas na periferia (RODRIGUES, 2016, p. 109).

De modo a ilustrar as necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana desse segmento da população, na próxima seção será dado destaque às particularidades das pessoas com doenças crônicas e, em especial, das pessoas com câncer de mama que realizam tratamento em uma unidade de saúde situada na cidade do Rio de Janeiro: o HC III/INCA.

3.3 Particularidades das pessoas com câncer de mama

Como uma das DCNT com maior impacto na atualidade, o câncer abrange mais de uma centena de diferentes doenças. No Brasil, as estimativas para os anos de 2018-2019 apontam a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, evidenciando a magnitude do problema no país. Excetuando-se os 170 mil casos

novos de câncer de pele não melanoma, estima-se que ocorrerão 420 mil casos novos, dos quais 68 mil casos novos de câncer de próstata em homens (9 mil apenas no Estado do Rio de Janeiro) e 60 mil casos novos de câncer de mama em mulheres (8 mil apenas no Estado do Rio de Janeiro). (INCA, 2017)³⁶.

O câncer de mama exige tratamento continuado, podendo envolver diferentes modalidades terapêuticas, dentre as quais a cirúrgica, a radioterápica, a hormonioterápica e a quimioterápica, sendo recomendável sua abordagem por equipe multidisciplinar, da qual poderá fazer parte o assistente social. O estadiamento³⁷ da doença, a modalidade terapêutica, o perfil socioeconômico, a rede de apoio (familiar e social) e acesso aos direitos sociais através das políticas públicas são fatores que podem afetar as condições de vida desses sujeitos.

Embora considerado um câncer de bom prognóstico, desde que diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no país, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Analisando a assistência oncológica a mulheres com câncer de mama prestada através do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brito et al (2005) apontam que:

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

³⁶ Os dez tipos de câncer mais incidentes para o sexo masculino, exceto pele não melanoma serão, aproximadamente: próstata (68 mil), traqueia, brônquio e pulmão (19 mil), cólon e reto (17 mil), estômago (14 mil), cavidade oral (11 mil), esôfago (8 mil), bexiga (7 mil), laringe (6 mil), leucemias (6 mil), sistema nervoso central (6 mil). E para o sexo feminino: mama (60 mil), cólon e reto (19 mil), colo de útero (17 mil), traquéia, brônquio e pulmão (13 mil), glândula tireóide (8 mil), estômago (8 mil), corpo do útero (7 mil), ovário (6 mil), sistema nervoso central (6 mil) e leucemias (5 mil) (INCA, 2017).

³⁷ O estadiamento consiste na avaliação do grau de disseminação da neoplasia maligna, através de sistemas internacionais de classificação. O mais utilizado atualmente é o Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, preconizado pela União Internacional contra o Câncer (UICC), que se baseia na extensão anatômica da doença, considerando características do tumor primário (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M) (INCA, 2010[?]).

Estes dados remetem a um quadro no qual um contingente significativo de mulheres com câncer de mama, seja em razão da doença avançada ou do tratamento agressivo, já apresenta alguma deficiência ou mobilidade reduzida. O acesso e a continuidade da atenção à saúde não podem estar dissociados do espaço e do território. Por tais motivos, destaca-se a importância da mobilidade urbana e do transporte enquanto elementos fundamentais para a garantia do direito à saúde para todos os cidadãos, mas, principalmente, para as pessoas com deficiência e doença crônica.

Ainda que o direito ao transporte esteja formalmente previsto na Constituição Federal de 1988, o acesso a esse direito não vem sendo plenamente garantido a todos os brasileiros, aos quais cabe a função de “cidadão consumidor”, conforme destacado por Mota (1995), em sua análise sobre a cultura de crise da seguridade social brasileira. Não obstante tal afirmação, a presente reflexão está lançada para um problema da vida cotidiana dos cidadãos usuários do SUS e sobre uma preocupação bastante presente no cotidiano de trabalho do assistente social em uma unidade de saúde voltada para o tratamento de uma doença crônica, que é a questão da mobilidade e do transporte como questão social e urbana, que afeta as condições de possibilidade do próprio direito à saúde. Tal questão diz respeito a uma das necessidades sociais que a população usuária e, ainda, como outros profissionais de saúde, dirigem enquanto demandas a serem respondidas pelos assistentes sociais das unidades de saúde.

Tendo como ponto de partida a análise de Iamamoto e Carvalho (1998) sobre as relações sociais e o significado social da profissão na sociedade capitalista, compreende-se que o trabalho do assistente social, como uma especialização do trabalho coletivo na divisão social do trabalho peculiar à sociedade industrial e urbana e enquanto expressão de necessidades sociais oriundas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir os meios de vida e de trabalho, está inserido no processo de reprodução das relações sociais de produção, na perspectiva do capital e do trabalho. Segundo os autores:

[...] a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade. Envolve a reprodução do modo de produção, entendido na linha de interpretação que Lefebvre faz da noção [...]

Trata-se, portanto, de uma totalidade concreta em movimento, em processo de estruturação permanente. Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder, etc., como também na profissão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998, p.72).

O trabalho do assistente social responde a necessidades sociais derivadas das práticas sociais das classes, na produção e reprodução dos meios de vida e trabalho, que são histórica e espacialmente determinadas. Cabe destacar que o modo de produzir os meios de vida refere-se não apenas à reprodução dos indivíduos, mas à reprodução de um determinado modo de vida. Nos diferentes espaços sócio-ocupacionais observa-se que as expressões da questão social e da problemática urbana nas condições de vida e trabalho da população usuária desses serviços. Conforme Iamamoto,

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho. Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços socio-assistenciais – indissociáveis de uma dimensão educativa (ou político-ideológica) – realizado nas instituições públicas e organizações privadas, interferem nas relações cotidianas, no atendimento às variadas expressões da questão social, tais como experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública, entre outras dimensões (2010, p. 163).

Estas necessidades sociais não são restritas à reprodução dos indivíduos, mas dizem respeito à reprodução de determinado modo de vida historicamente determinado e, no último século, hegemônico pelo capitalismo, em seus diferentes estágios. Considerando-se que “o espaço é a inscrição no mundo de um tempo” (LEFEBVRE, 1978, p.211), observa-se a dialética entre a necessidade e do desejo. Como destaca Carlos (2017, p.34),

A partir do acesso inicial do indivíduo ao habitar (condição de sua reprodução) como ponto de fixação no espaço, articulam-se e constroem-se outros lugares capazes de responder à satisfação imperativa da relação do sujeito: as relações casa/rua, espaço privado/público, lugar de trabalho e lugar de lazer, e, num plano mais vasto, a bairro e a metrópole etc.[...] Nessa perspectiva, os diferentes momentos da vida – promovidos em lugares determinados como espaço tempo da ação que reproduz o indivíduo – submetem-se à lógica do valor de troca como extensão do mundo da mercadoria anunciado pela Revolução Industrial no século XIX.

Conforme exposto anteriormente, a proposta inicial da tese consistia em realizar uma pesquisa documental, a partir de dados agregados sobre os sujeitos matriculados em uma unidade de saúde, que permitisse compreender com maior profundidade as suas necessidades e demandas.

Assim, a presente seção está baseada em sistematização da equipe da Seção de Serviço Social do HC III/INCA, produzida a partir de informações da base de dados do RHC da unidade, que permite compreender o perfil dos pacientes matriculados nos últimos cinco anos (2012 a 2016)³⁸. Na referida sistematização, foram selecionadas informações relativas aos pacientes com neoplasia maligna da mama (CID 10 C.50) a partir de dois blocos de variáveis: dados clínicos (ano da primeira consulta; diagnóstico e tratamento anteriores; estadiamento clínico; estadiamento pós-cirúrgico; localização de metástase à distância; óbito por câncer³⁹) e dados sociodemográficos (sexo; idade; etnia/raça; estado conjugal; escolaridade; ocupação principal; bairro de residência; cidade de residência; estado de residência⁴⁰), conforme tabela 3, apresentada como Apêndice A ao final da tese.

Também está fundamentada nas observações oriundas da inserção profissional da autora no processo de trabalho em saúde⁴¹ como assistente social, docente e pesquisadora na referida unidade de saúde de alta complexidade, que permitiram tecer algumas considerações de modo a ilustrar algumas particularidades e demandas dos usuários com esse perfil, que se expressam no cotidiano da assistência à saúde neste contexto institucional. Além disso, como já destacado em estudo anterior (BRANDT, 2013), observou-se durante o desenvolvimento das atividades de assistência à saúde das pessoas com câncer de mama no INCA que umas das problemáticas que atravessam seu cotidiano é a restrição de mobilidade.

Estes dados e observações instigaram a pensar nas determinações históricas da questão social e da problemática urbana na sociedade brasileira, que permitiram tecer considerações sobre as suas repercussões na vida das pessoas com doença crônica que incidem diretamente no acesso e na continuidade do tratamento, de acordo com o tipo de doença, modalidade de tratamento e sequelas resultantes. Assim como nos limites e possibilidades de atuação do assistente social diante das necessidades sociais e demandas das pessoas com doença crônica, tendo como

³⁸ Destaca-se que a base de dados para os períodos posteriores permanece indisponível, e ainda em fase de coleta pelo RHC do HCIII/INCA.

³⁹ Os dados de estadiamento pós-cirúrgico e localização de metástase à distância não foram incorporados à presente análise.

⁴⁰ Os dados de idade apresentaram inconsistências e não foram incorporados à presente análise.

⁴¹ Contudo, cabe destacar que a tese não tem como pretensão discutir a inserção do assistente social no processo de trabalho em saúde, tendo claro que há vasta literatura profissional sobre o tema e que poderá animar estudos futuros da autora.

horizonte o sistema de saúde e de proteção social vigentes e a conjuntura regressiva que se abre no país.

Em primeiro lugar, cabe destacar que o padrão de planejamento urbano brasileiro tem resultado na concentração de infraestrutura, equipamentos e serviços urbanos nas áreas mais centrais das cidades. Consequentemente, a maioria das unidades de saúde de média e alta complexidade, que são aquelas voltadas para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas com deficiência e doença crônica, também está localizada nessas áreas, exigindo longos e demorados deslocamentos da sua população usuária. Para ilustrar essa afirmação, cabe dizer que há 27 serviços de assistência oncológica no Estado do Rio de Janeiro, dos quais 13 estão situados apenas na cidade do Rio de Janeiro⁴². Este dado permite considerar que o acesso e a continuidade da assistência à saúde da população com doença crônica serão ainda menores em caso de deficiência ou mobilidade reduzida:

A escassez de recursos para arcar com o transporte restringe a capacidade de buscar assistência médica, que por ser especializada, raramente está disponível nos hospitais e postos de saúde próximos à residência. Um ciclo vicioso se forma, já que a falta de tratamento adequado e preventivo gera maiores complicações clínicas, aumentando a necessidade de ir ao médico (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008, p.1046).

O acesso à média e alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro está sujeita à regulação da assistência, estratégia de gestão implementada através de protocolos regionais e clínicos e do uso da tecnologia da informação para atendimento oportuno às necessidades de saúde da população. Contudo, observa-se que a estratégia da regulação da assistência não vem sendo devidamente acompanhada pela ampliação dos serviços existentes; logo tem se resumido à gestão de uma rede de serviços de saúde já socialmente insuficiente e espacialmente concentrada.

Como anteriormente destacado, as estimativas para os anos de 2018-2019 apontam a ocorrência de 8 mil casos novos de câncer de mama em mulheres por ano (INCA, 2017). Entretanto, nos anos de 2012-2016 houve uma média 1.300 casos novos de câncer de mama em mulheres por ano em atendimento no HCIII/INCA.

⁴² Além dos 13 serviços situados no Rio de Janeiro, há 1 em Barra Mansa, 1 em Cabo Frio, 3 em Campos dos Goytacazes, 1 em Itaperuna, 2 em Niterói, 2 em Petrópolis, 1 em Rio Bonito, 1 em Teresópolis, 1 em Vassouras e 1 em Volta Redonda (Cf. INCA, 2018).

Os dados relativos a acesso ao diagnóstico e ao tratamento demonstram que a maioria das pessoas matriculadas já possuía diagnóstico (78,0%), evidenciando o resultado da definição dos protocolos regionais para a linha de cuidado dessa patologia, que preconiza o encaminhamento através da regulação do acesso para a matrícula dos usuários com diagnóstico confirmado, exceto em caso de lesão impalpável (22,0%), para o qual a unidade é referência na rede. Desde universo, apenas um pequeno percentual já havia iniciado o tratamento, matriculado na unidade apenas para a complementação (5,2%).

A maioria possui tumor localmente avançado (63,7%), seguido por tumor *in situ* (23,2%), que possuem melhores prognósticos, e tumor metastático (11,2%), sem possibilidade de cura. Um outro dado relevante é o registro de casos de óbitos por câncer (20,1%). Estes dados demonstram que os desafios para a materialização da detecção precoce diante da prevalência de diagnósticos ainda bastante tardios, que reduzem a possibilidade de cura, acarretam deficiência e mobilidade reduzida temporária ou permanente e afetam a funcionalidade e a capacidade de realizar tarefas de modo independente.

Essa questão assume grande expressão, tendo em vista que o tratamento do câncer envolve diferentes propostas terapêuticas e atendimento por equipe multiprofissional, o que exige frequência sistemática e, em alguns casos, diária à unidade de saúde (como, por exemplo, durante a radioterapia). Além disso, por mais que o tratamento seja realizado em uma unidade de saúde pública, os custos agregados ao tratamento, dentre os quais os gastos com transporte, acabam onerando e reduzindo a disponibilidade de recursos para as necessidades básicas, contribuindo para o empobrecimento desses sujeitos.

Os dados do RHC demonstram que a ampla maioria das pessoas com câncer de mama em tratamento na unidade é composta por mulheres (99,6%), tendo em vista que se trata do principal tipo de câncer que acomete essa população, que se declara negra e parda (50,1%), em sintonia com os dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010), e no qual um universo significativo informa possuir cônjuge (44,8%), o que pode sugerir a presença de acompanhante/cuidador durante o tratamento.

A maioria possui escolaridade até o ensino fundamental incompleto (56,5%), mais de um terço não tem ocupação (35,9%) e um número bastante expressivo desempenha profissões compatíveis com o nível de escolaridade prevalente

(14,3%), dado que permite considerar a prevalência de um perfil socioeconômico rebaixado para essa população.

Além disso, a ampla maioria das pessoas com câncer reside no Estado do Rio de Janeiro (99,7%) e, especificamente, no município do Rio de Janeiro (62,6%), o que demonstra o papel desempenhado pela unidade na rede de atenção à saúde da pessoa com câncer de mama. Contudo, cabe destacar que apesar da unidade de saúde estar situada na Área Programática (AP) 2⁴³ da cidade, a maioria das pessoas matriculadas que residem cidade do Rio de Janeiro é oriunda da AP 3⁴⁴ (25%), seguida pela AP 5⁴⁵ (17,7%). Assim, estima-se a necessidade de deslocamentos por maiores distância e por mais tempo entre o local de moradia e o local de tratamento.

O cotidiano da assistência à saúde desses sujeitos permite observar ainda que, em um extremo, estão pessoas com doença avançada, cujo tratamento demanda frequência mensal à unidade de saúde, mas que apresentam limitações funcionais e incapacidades que dificultam o seu deslocamento. E, em outro, estão pessoas com doença controlada, cujo tratamento demanda frequência semestral ou anual à unidade de saúde, mas que apresentam limitações socioeconômicas que dificultam o seu deslocamento.

Dessa maneira, o perfil das pessoas com câncer de mama, delineado a partir dos dados clínicos e sociodemográficos das pessoas em tratamento no HCIII/INCA, demonstra que a deficiência e a mobilidade reduzida tem importantes repercussões

⁴³ Formada pelos seguintes bairros: Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha, Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

⁴⁴ Constituída por: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Maré, Jacaré, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares, Jacarezinho, Vila Kosmos,, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Complexo do Alemão, Penha, Penha Circular, Braz de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna, Parque Colúmbia, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária.

⁴⁵ Abrangendo os seguintes bairros: Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Gericinó, Vila Kennedy, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Paciência, Santa Cruz, Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba.

para a possibilidade de uso e ocupação dos espaços urbanos, impondo limites ao exercício do direito constitucional à saúde, bem como para a participação desses sujeitos nas lutas para a materialização do direito à cidade.

Nunca é demais destacar que a pessoa com câncer goza de direitos sociais e políticas públicas específicas, tais como benefícios da previdência social aos seus contribuintes ou da assistência social a quem dela necessita, gratuidades em transportes coletivos, isenção de tributos etc., que conformam um sistema de proteção social fundamental para o acesso e continuidade deste tratamento de saúde de longa duração e de grande impacto nas condições de vida dos sujeitos adoecidos e de suas famílias.

Observa-se que os usuários do serviço de saúde em questão vêm, entretanto, encontrando grandes dificuldades no acesso a esses direitos e políticas sociais, em razão das contrarreformas neoliberais e medidas de ajuste fiscal dos últimos governos brasileiros, desde a década de 1990. Tais processos vêm resultando no aumento dos critérios de elegibilidade, dos trâmites burocráticos e das relações clientelistas para requerimento e eventual concessão desses recursos.

Uma parte dos direitos sociais das pessoas com câncer exige apenas comprovação de vínculo empregatício e previdenciário, dentre os quais: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e saque de contribuições sociais (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS, Programa de Integração Social-PIS e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público-PASEP). Entretanto, cabe destacar que pouco mais de um terço das pessoas matriculadas no HCIII/INCA não tem ocupação e, portanto, não são elegíveis a estes recursos. E as que são elegíveis vem enfrentando critérios cada mais rigorosos, resultantes das últimas contrarreformas da Previdência Social⁴⁶.

Mas a maioria dos direitos sociais da pessoa com câncer vem dependendo de comprovação de critérios de elegibilidade cada vez mais rígidos, tais como grau de deficiência, incapacidade e dependência, hipossuficiência financeira e corte de renda, entre outros, que são variáveis em função do nível e da estrutura de poder responsável por sua execução.

⁴⁶ No ano de 2017, uma das medidas implementadas pelo Governo Federal foi revisão dos benefícios concedidos, em nome da busca pela redução de gastos sociais, fato que provocou o retorno precoce ao trabalho das pessoas com câncer de mama ainda em tratamento e com importantes sequelas.

A concessão desses direitos está condicionada à comprovação de deficiência, incapacidade e dependência resultante da doença ou do tratamento: aposentadoria por invalidez (com ou sem acréscimo de 25%), benefício assistencial⁴⁷, isenção de impostos de propriedade (imobiliária: IPTU e Taxa de Incêndio; e automóvel adaptado: IPI, IOF, ICMS e IPVA), passe livre interestadual e prioridade no acesso à moradia do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV). Contudo, nota-se que a incapacidade resultante de comorbidades provocadas pela doença ou pelo tratamento não tem sido devidamente considerada para acesso a esses benefícios, pois há uma tendência a se considerar apenas a doença de base.

Ou, ainda, está condicionada à hipossuficiência financeira, como é o caso do: benefício assistencial; dos impostos de propriedade (imobiliária: IPTU e Taxa de Incêndio) e, até o ano de 2017, das gratuidades no transporte coletivo (Riocard Especial); bem como ao corte de renda: isenção de impostos de renda (na Aposentadoria e na Pensão) e de propriedade (automóvel adaptado: IPI, IOF, ICMS e IPVA). Todavia, o perfil das pessoas com câncer de mama em tratamento no HCIII/INCA sugere que poucos são os cidadãos que acessam os direitos decorrentes de propriedade imobiliária e de automóvel adaptado.

Um outro aspecto a ser destacado consiste no aumento dos trâmites burocráticos e conseqüente morosidade no acesso aos direitos sociais. Cada vez mais o acesso vem sendo condicionado à necessidade de cadastros específicos, tais como o Cadastro Único do Governo Federal (CADÚNICO). Apesar de suposta modernização através do uso da tecnologia informacional, os usuários manifestam dificuldades para agendar seus requerimentos e relatam demora na análise e na concessão de recursos pelas três esferas de governo.

E, por último, cabe citar o aumento das relações clientelistas para acesso aos direitos sociais. Uma das principais queixas dos usuários neste sentido tem sido o aparelhamento⁴⁸ do transporte de saúde, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Neste mesmo sentido, cabe lembrar também a denúncia de aparelhamento do

⁴⁷ Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

⁴⁸ Ou seja, o controle de órgãos ou setores da administração pública por representantes de grupos de interesses corporativos ou partidários e, no presente caso, religiosos.

sistema de regulação do acesso à saúde para favorecimento da bancada evangélica pelo prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella (PRB-RJ)⁴⁹.

Verifica-se que a mobilidade urbana através do transporte para tratamento de saúde constitui uma das principais necessidades sociais dos usuários que expressam através de demandas dirigidas ao Serviço Social nas unidades de saúde, seja por pacientes, na medida em que os deslocamentos são frequentes e onerosos, ou por profissionais de saúde, com o propósito de possibilitar a adesão ao tratamento e aproveitamento das vagas para consultas especializadas, exames e procedimentos. De acordo com Matos:

Há nos serviços de saúde, em geral, um costume de se identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos (crianças, adolescentes e idosos sem acompanhantes, usuários com nenhuma ou baixa renda, pacientes psiquiátricos, população e rua etc), como alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para solução dessas questões são identificadas apenas do profissional de Serviço Social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira, de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo (MATOS, 2009, p.157-158).

Verifica-se em muitos casos que o acesso a tais direitos pelos usuários desta unidade de saúde vem ocorrendo através de iniciativas individuais, através da mediação do poder judiciário, em lugar de iniciativas coletivas, através dos movimentos sociais, fato que demonstra o atual estágio de fragilidade da sociedade civil no exercício dos seus direitos de cidadania.

Frente a este quadro, uma das ações priorizadas pelos assistentes sociais do HCIII/INCA vem sendo a socialização de informações acerca dos mecanismos para controle social sobre as políticas públicas, por meio da qual estes profissionais têm buscado reforçar o papel político do cidadão usuário destes serviços para o acesso e a continuidade do exercício de seu direito à saúde. Segundo Bravo e Matos:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.

⁴⁹ Conforme divulgado em: O GLOBO. Pacientes do Rio esperam anos por cirurgia de catarata que Crivella prometeu a fiéis e pastores. In: *Jornal O Globo*, G1. Rio de Janeiro: O Globo, 06 jul.2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/pacientes-do-rio-esperam-anos-por-cirurgia-de-catarata-que-crivella-prometeu-a-fieis-e-pastores.ghtml>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrática às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2004, p. 36).

Compreende-se que é fundamental estimular o caminho proposto pelo projeto da Reforma Sanitária⁵⁰ para a defesa dos direitos sociais conquistados, bem como para a participação social dos usuários dos serviços de saúde, sobretudo aqueles com deficiência e doença crônica, nas lutas pela ampliação de direitos sociais⁵¹ e pela materialização do direito à cidade, pois:

Importantes passos para a reversão desse quadro são: a necessidade de vermos as pessoas com deficiência como verdadeiros cidadãos, a redução do preconceito e da discriminação e a criação de políticas públicas e institucionais adequadas a responder a suas necessidades físicas, clínicas e psicossociais (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008, p.1048).

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para a articulação entre políticas econômicas e sociais para a redução de riscos e agravos e atenção integral à saúde dos cidadãos brasileiros, dentre os quais as pessoas com deficiência e doença crônica. Ele pressupõe superar o modelo de proteção social ainda restrito ao tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, rumo a um conceito mais abrangente de seguridade social, que incorpore outras políticas setoriais, como a Política Urbana em seu conjunto: Habitação, Mobilidade Urbana, Saneamento Ambiental, a fim de constituir um verdadeiro padrão de proteção social no país, conforme defendido na Carta de Maceió (CFESS, 2000).

A fim de discutir as estratégias para a superação da fragmentação da vida social, na próxima seção será discutida a intersectorialidade e seu potencial para a materialização do direito à saúde das pessoas com deficiência e doença crônica.

⁵⁰ As principais propostas do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro serão abordadas no próximo capítulo.

⁵¹ Uma importante conquista das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida no ano de 2018, resultante da atuação da sociedade civil organizada, através do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMDEF-RIO), será apontada no próximo capítulo.

4 RESPOSTAS ÀS NECESSIDADES SOCIAIS E DEMANDAS DE MOBILIDADE URBANA E TRANSPORTE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA E A RELAÇÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE E O DIREITO À CIDADE

Este capítulo aborda as respostas às necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e doença crônica a fim de discutir a relação entre a garantia do direito à saúde e as lutas pelo direito à cidade.

Com este propósito, a primeira seção discute a intersectorialidade enquanto estratégia para superação da fragmentação da vida social através da setorização das políticas públicas, com vistas à garantia do direito à saúde. E como está diretamente relacionada aos processos sócio-históricos que buscavam afirmar direitos, novas práticas e construir novas institucionalidades, no campo do movimento normativo e regulador, cercados de tensões e conflitos, e marcado por inúmeras dificuldades de implementação de políticas com esse viés.

A segunda seção demonstrar a relação entre as políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde a partir das respostas do Estado às necessidades sociais e demandas das pessoas com deficiência e doença crônica. Apresenta o resultado da pesquisa documental sobre as respostas do Estado através de políticas dirigidas a esse público, pelas três esferas de governo, na cidade do Rio de Janeiro. Embora apresente aspectos eminentemente normativos, compreende-se que parte da contribuição da tese foi identificar as legislações vigentes, discutir o seu conteúdo e problematizar sua capacidade de garantir o direito à saúde para estes sujeitos.

E a terceira seção discute a relação entre o direito à cidade e o direito à saúde, refletindo sobre os caminhos possíveis para essa necessária articulação.

4.1 A intersectorialidade como estratégia para a garantia do direito à saúde

As concepções de seguridade social na ordem capitalista são resultantes de disputas políticas entre as classes sociais, contexto no qual as políticas sociais assumem um caráter contraditório, ao garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital. Assim, compreende-se as políticas sociais que

compõe a seguridade social no processo de conflitos e lutas entre as classes sociais e como resultado das relações contraditórias entre Estado e Sociedade Civil (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). De uma forma geral, considera-se que:

Nos marcos do capitalismo, a Seguridade Social, em todos os países em que se desenvolveu, mesmo considerando as diferenças da sua configuração – visto que não se instituiu da mesma forma em todos os países –, se estrutura com base na organização social do trabalho. Diante da incapacidade do modo de produção capitalista de assegurar trabalho para todos os trabalhadores, a seguridade social assume a função de garantir direitos derivados do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa. Historicamente, o acesso ao trabalho sempre foi condição para assegurar o acesso à seguridade social. Por isso, muitos trabalhadores que não têm trabalho não têm acesso aos direitos da seguridade social (BOSCHETTI, 2009, p. 175-176).

Apesar de não existir um consenso no Serviço Social brasileiro sobre a concepção de seguridade social, a categoria vem defendendo a seguridade pública e universal, balizada no projeto ético-político hegemônico desde os anos 1990. E, além disso, reforçando os avanços dessa formulação (apesar de reconhecer os seus limites) e defendendo a sua superação por um amplo sistema de proteção social através de um modelo que inclua todos os direitos sociais inscritos no art. 6º da Constituição Federal de 1988, conforme expresso na Carta de Maceió (CFESS, 2000; BOSCHETTI, 2007).

O conceito de seguridade social vigente no país expressa as lutas travadas durante o processo constituinte que deu origem à Carta de 1988, constituindo um importante avanço para a proteção social da classe trabalhadora brasileira, ao assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Dentre estes, o direito à saúde foi o que acumulou conquistas mais significativas, incorporando diversas proposições do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) brasileiro⁵², tais como a concepção ampliada de saúde, a organização do sistema de saúde através do SUS e o efetivo financiamento do Estado (BRAVO, 2006).

A Constituição Federal (art. 196 a 200) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1988; 1990). expressam o conceito ampliado de saúde construído pelo MRS, pelo qual a saúde é direito de todos e dever do Estado, que expressa as

⁵² O Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro teve origem na década de 1970 através da articulação de trabalhadores de saúde e intelectuais progressistas no aparelho de Estado, nas universidades e em organizações da sociedade civil, com o propósito de democratizar a saúde como parte de uma estratégia maior para democratizar a sociedade, através da formulação de reformas no setor, tendo como ações políticas estratégicas a disputa dos sentidos e da política de saúde (DÂMASO, 2011; TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011; BRAVO, 2001; BRAVO; MATOS, 2001).

formas de organização social da produção, determinando e condicionando as condições de vida e trabalho. Segundo Nogueira e Miotto (2006):

[...] além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de vida incorporados ao texto constitucional articulam dois setores, o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social, que tem prevalecido no país, de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação à esfera da produção (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006, p.223).

O conceito ampliado de saúde, presente na Constituição Federal de 1988 e na LOS (BRASIL, 1988; 1990), extrapola a política de saúde rumo a outras políticas setoriais, demonstrando sua vinculação ao conceito de intersetorialidade. Neste sentido, o conceito de intersetorialidade, ao propiciar uma visão de totalidade na leitura da realidade social, contribui para a efetivação do direito à saúde e permite a materialização do princípio da integralidade:

[...] a intersetorialidade é concebida como estratégia de gestão que compreende a articulação e combinação de ações, medidas e atividades, tanto no campo da macropolítica de saúde, quanto na micropolítica do processo coletivo de trabalho em saúde, constituindo uma das formas de dar materialidade à necessidade de uma nova forma de abordar, atuar e responder a necessidades de saúde, considerando os determinantes e condicionantes da saúde. Esta é a razão pela qual, mais que uma estratégia, a intersetorialidade configura uma nova forma de abordar, organizar serviços e conceber a gestão pública (COSTA, 2010, p.29).

De um lado, autores como Pereira (2014) destacam que a intersetorialidade vem sendo pensada de forma pragmática, como uma estratégia de gestão, com o objetivo de otimizar recursos humanos e financeiros. E, de outro, autores como Almeida e Alencar (2011, p.87) afirmam que a intersetorialidade possui “uma conotação política que a distância da perspectiva de tratamento dos processos de descentralização pela via das teses liberais”.

Assim, no presente trabalho, compreende-se que a intersetorialidade possui *potencial* para desafiar a fragmentação imposta pela setorialização e pela especialização, a partir do estabelecimento de relações regidas sob a lógica da interdisciplinaridade. Dessa maneira, trata-se uma perspectiva que aponta para a “superação não propriamente da ideia de setorialidade, mas da desintegração dos diferentes setores que compõem um dado campo de conhecimento e ação, e do conseqüente insulamento de cada um deles” (PEREIRA, 2014, p.25). Assim, a intersetorialidade parte do reconhecimento da setorialização da vida social e das

necessidades sociais, mas também busca a superação desses limites impostos pela fragmentação setorial e disciplinar.

De acordo com Pereira (2014), há um consenso sobre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela realidade, mas um dissenso relativo ao aparato de Estado setorizado, no qual se acumulam poderes disciplinares e interesses políticos em conflito. Assim, a autora compreende que a integração passa pela construção de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado, que requer por sua vez uma nova institucionalidade:

[...] a intersetorialidade surge não só como uma alternativa de gestão social, mas como uma ruptura epistemológica com os modelos disciplinares prevaletentes. Mas, novamente adverte-se que a intersetorialidade assim pensada não anula os espaços específicos das políticas particulares, ditos setoriais, pois a intersetorialidade fortalece e atualiza essas políticas, universalizando-as (PEREIRA, 2014, p. 21).

As experiências de intersetorialidade das políticas públicas ainda têm se limitado, contudo, às políticas de saúde, educação e assistência (MONNERAT; SOUZA, 2014), na esteira das condicionalidades de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF). E na seguridade social, composta pelo tripé saúde, previdência e assistência, nota-se que o processo de implantação do SUS não se realizou de forma integrada às demais políticas que compõe este sistema. Segundo Costa (2010):

[...] a política de saúde ainda permanece sendo formulada e implementada setorialmente, incorporando de forma excepcional e experimental algumas dispersas e escassas iniciativas e experiências no campo da intersetorialidade. Portanto, concorre, decisivamente, para que as ações intersetoriais continuem a ser reduzidas a atividades assumidas por alguns profissionais, a partir de uma opção de cada profissional e não como estratégia claramente definida pelo sistema de saúde, com base em suas interfaces e articulações formalmente planejadas, enquanto integrante do sistema de proteção social (COSTA, 2010, p.122).

Considerando o cotidiano do trabalho profissional do assistente social, torna-se relevante uma discussão sobre as competências e atribuições frente à intersetorialidade das políticas públicas. Embora seja importante não perder de vista a dimensão da formulação das políticas, a dimensão da gestão e a dimensão da execução, observa-se na área do Serviço Social uma predominância estudos da intersetorialidade relativos a esta última.

Para Costa (2010), os impactos das contradições no cotidiano do SUS geralmente aparecem sob a forma de necessidades não atendidas e demandas

reprimidas, que passam a ser dirigidas ao Serviço Social, dentre as quais as ações de natureza intersetorial, que embora não sejam exclusivas pelos profissionais desta categoria, vem sendo assumidas por estes. Assim:

A rigor, no contexto de desenvolvimento do SUS, as dificuldades de absorver as reais necessidades dos usuários, sobretudo as que se relacionam às péssimas condições de vida da população, agravadas com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, terminam demandando a institucionalização de ações e ocupações voltadas para atender tais problemas, que, se não forem imediatamente enfrentados, resultam em mortes, sequelas, iniquidades e denúncias que afetam a imagem e o reconhecimento do SUS, na maioria das vezes requerendo ações de natureza intersetorial (COSTA, 2010, p.137).

Segundo a autora, observa-se que a realização de atividades voltadas para a articulação entre as diversas políticas sociais setoriais vem sendo apontada como objeto da ação profissional dos assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, evidenciando uma tendência no desenvolvimento da profissão e da sua atuação na implementação das políticas sociais na realidade brasileira:

Portanto, é nesse contexto operacional e técnico-político que reducionismo e fragmentação do acesso a bens e serviços sociais básicos, e da atenção à saúde, especialmente de alheamento ao debate acerca das ações e práticas de caráter intersetorial, que aos assistentes sociais vem sendo demandado que realizem atividades e ações que se vinculam à inerente necessidade de articulação intersetorial (COSTA, p. 136-137).

Para Cecílio (2001), a integralidade ampliada é vista como resultado da articulação do serviço com a rede de proteção social. Portanto não é atributo exclusivo de um dado serviço ou profissão, devendo ser trabalhada nas dimensões interdisciplinar e intrasetorial. Mas, como destaca Costa (2014), apesar de estar diretamente articulada à ideia de integralidade, um dos princípios estruturantes do SUS, observa-se que a atuação intersetorial ainda não foi devidamente incorporada às práticas dos profissionais de saúde:

Apesar da sua importância estratégica, conceber e agir intersetorialmente ainda não faz parte do conjunto das práticas em saúde. Na realidade, observa-se que a necessidade de ações e práticas de natureza intersetorial, mesmo constituindo demandas ao conjunto dos trabalhadores no contexto do SUS, tende a ser praticamente ignorada pela maioria dos profissionais de saúde. E, em geral, resulta em demandas ao serviço social (COSTA, 2010, p.24).

Costa (2010) defende que a construção da intersetorialidade é de extrema importância para a consolidação do SUS, ao mesmo tempo em que reconhece o desafio de sua incorporação nos saberes e práticas dos gestores e trabalhadores do

SUS. Neste sentido, aponta a necessidade de mudanças institucionais no plano da macropolítica (planejamento e gestão), com compartilhamento de poderes, participação e interface com demais políticas, e na micropolítica (processos de trabalho e práticas em saúde), com atuação interdisciplinar para intervir de forma global nos problemas detectados. E, sobretudo, o fortalecimento dos espaços de participação e controle social com vistas à gestão participativa.

[...] a integralidade enquanto um dos princípios fundamentais do SUS e a intersetorialidade enquanto estratégia para alcançar maior efetividade das políticas sociais, se concebidas e praticadas a partir de uma concepção ampliada, dotaria esse sistema de maior capacidade para considerar as múltiplas determinações do processo saúde/doença. E, para viabilizar a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, isso requer não apenas articulação dos diversos níveis de atenção, mas também de ações e articulações intersetoriais.

[...]

Porém, o que se observa no cotidiano do SUS, é que os determinantes e condicionantes da saúde e as ações assistenciais e atividades preventivas têm sido praticamente ignoradas ou negligenciadas, e a integralidade tem sido tratada de forma reduzida ao acesso e à articulação entre os níveis de complexidade do SUS. Praticamente ignorando, ou incorporando marginalmente, a formulação e a ação articulada com outras políticas públicas. Esta situação para ser superada requer ampla capacidade de articulação intersetorial (COSTA, 2010. p. 135-136).

Pereira (2014) considera que o termo interdisciplinaridade é o que melhor se presta a um trato dialético e constitui a referência mestra da concepção da intersetorialidade. Segundo a autora, ele não propõe o aniquilamento das especializações, mas surge da consciência de um estado de carência no campo do conhecimento, causado pelo aumento das especializações e desenvolvimento autônomo de cada uma delas:

É em contraposição a essa tendência que a intersetorialidade se impõe. E se impõe não como uma proposta de aniquilamento da especialização, já que esta configura o particular que se realiza no universal e vice-versa, mas como um convite ou um alerta ao especialista para que este se torne também sujeito da totalidade. Significa, portanto, procurar realizar a unidade, e não a mera articulação, entre diferentes disciplinas no interior de um projeto (intelectual ou de intervenção) de interesse comum. Neste sentido, a interdisciplinaridade diferencia-se não só da disciplinaridade e da sua propensão individualista, mas também da *multi*, da *pluri*, que mais se assemelham a 'justaposição disciplinar' (PEREIRA, 2014, p.36).

A interdisciplinaridade sugere uma relação de colaboração entre saberes distintos, com todas as suas contradições específicas e inerentes, a fim de recompor a unidade do pensamento sobre a realidade, colocando-se em contraposição ao imperialismo científico:

[...] é partindo da visão interdisciplinar que a intersetorialidade das políticas sociais deve ser tratada; mas com uma ressalva a título de esclarecimento: os denominados 'setores', que devem se interligar, não são propriamente 'setores', mas políticas particulares, ou especiais, com seus movimentos concretos e contradições específicas, porém dotadas de problemática e lógica comum – e de interpenetrações irrecusáveis. Como cada política é um conjunto de decisões e ações, resultante de relações conflituosas entre interesses contrários, que extrapolam seus pseudo perímetros setoriais, fica claro que a intersetorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações. Portanto, é preciso ter claro que a divisão da política social em "setores" é um procedimento técnico ou burocrático; e só nesse sentido essa divisão tem cabimento, pois o conhecimento, assim como os bens públicos e os direitos, não são divisíveis. Por isso, a sua separação para efeitos de estudo não é disciplinar ou setorial, é temática. O conhecimento avança à medida que seu objeto transpõe fronteiras e se amplia desbordando na sua integralidade [...]

Daí a conclusão de que a intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário. É um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso. A intersetorialidade envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, na maior parte das vezes, se fortalecem na sua individualidade, ao cultivarem castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersetorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena perseguí-la em prol do interesse público (PEREIRA, 2014, p. 37).

Historicamente, a deficiência e a mobilidade reduzida têm sido abordadas pelo viés biomédico, que considera somente a patologia e o sintoma associado que dá origem a uma incapacidade. O instrumento de avaliação mais difundido é a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no entanto, não permite mensurar o impacto da doença sobre o sujeito em uma perspectiva global.

Para superar esse modelo, foi elaborada uma nova proposta, que considera a influência dos fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos e ambientais para a saúde e a qualidade de vida. Trata-se de um novo instrumento de avaliação, a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), também criado pela OMS, que permite mensurar a relação entre a condição de saúde, a estrutura e as funções do corpo, as atividades cotidianas e a participação na sociedade, baseado em sete qualificadores⁵³. Segundo Sampaio et al (2005) essa nova classificação

⁵³ 0 – nenhuma deficiência (significa que a pessoa não tem problema); 1 – deficiência leve (significa um problema que está presente menos de 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias); 2 – deficiência moderada (significa um problema que está presente em menos de 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias); 3 – deficiência grave (significa um problema que está presente em mais de 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias); 4 – deficiência completa (significa um problema que está presente em mais de 95% do

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

De acordo com a CIF, a *funcionalidade* é um termo complexo e abrangente; envolve a experiência humana com relação a estruturas e funções corpóreas e a participação na interação com condições de saúde, fatores pessoais e ambientais. Os dados de funcionalidade são essenciais para equidade nos critérios de elegibilidade para a seguridade social⁵⁴. Já a *incapacidade* é a experiência humana com estruturas e funções corpóreas deficientes, que acarretam limitações à realização de atividades e restrições à participação na interação com condições de saúde, fatores pessoais e ambientais. Os dados de incapacidade são importantes para avaliar o impacto que as condições agudas ou crônicas têm nas funções corporais e na habilidade do indivíduo atual de modo esperado e socialmente desejável na sociedade. De acordo com Sampaio et al (2005):

A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS e pode ser aplicada em vários aspectos da saúde. As condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) são classificadas principalmente pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID10), que, com base no modelo médico, fornece uma estrutura etiológica, às vezes baseada em sistemas ou fases da vida. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares: as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais completa e significativa da saúde das pessoas e que pode ser utilizada para a tomada de decisão em diferentes âmbitos da saúde (SAMPAIO et al, 2005, p.131).

Dessa maneira, compreende-se que a CIF se constitui em um importante instrumento para a mudança de paradigma hegemônico na elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento às necessidades e demandas das pessoas com restrição de mobilidade por deficiência e doença crônica. Sua incorporação na

tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias; 8 – não especificado; 9 – não aplicável.

⁵⁴ De acordo com a CIF: As funções do corpo são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas corporais como, por exemplo, força, coordenação, cognição, equilíbrio, emoção etc. As estruturas do corpo são partes anatômicas tais como órgãos, membros e seus componentes. As atividades consistem na execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, por exemplo, comer, andar, falar, pensar etc. As deficiências são problemas nas funções ou estruturas do corpo, como um desvio ou perda significativa. A participação consiste no ato de se envolver em uma situação de vida. As limitações de atividades são dificuldades que um indivíduo pode encontrar para a execução de atividades. E as restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver nas situações de vida. Os fatores ambientais são os componentes externos que transforma o ambiente físico, social e as atitudes.

área da saúde e da mobilidade urbana e transporte poderá trazer importantes contribuições para as lutas pelo direito à saúde e à cidade. A esse respeito, PIRES (2009) destaca que:

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

Esse sistema de classificação já vem sendo empregado na formulação e implementação de políticas públicas para esse segmento da população, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Mas, apesar da sua implementação, bem como da mudança na definição de deficiência utilizada na LOAS, introduzida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, ainda se observa a prevalência da noção de incapacidade para acesso ao citado benefício:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no *caput*, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

§2º Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, 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.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo (BRASIL, 1993; 2015).

Assim, para o enfrentamento das expressões da questão social e da problemática urbana vivenciada pelas pessoas com deficiência e doença crônica, considera-se fundamental a participação social desses sujeitos, em articulação com os movimentos sociais urbanos, reivindicando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar que venha a romper com o imperialismo científico na formulação de propostas que atendam suas necessidades e demandas.

A próxima seção apresenta o resultado da pesquisa documental sobre as respostas do Estado às necessidades sociais e demandas das pessoas com doença crônica, através de políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde dirigidas a esse público, pelas três esferas de governo, na cidade do Rio de Janeiro.

4.2 Políticas de mobilidade urbana, transporte e saúde das pessoas com deficiência e doença crônica

Algumas respostas do Estado brasileiro diante das necessidades das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida em razão de doença crônica têm sido a oferta de programas das políticas de transporte e de saúde, pelas diferentes esferas de governo⁵⁵, mediante dois tipos de recursos: 1. *carteira ou bilhete eletrônico de gratuidade no transporte coletivo*; e 2. *veículo para transporte*. Na presente seção será apresentada uma síntese da legislação vigente, seguida por uma breve análise do seu conteúdo, conforme exposto a seguir.

4.2.1 Carteira ou bilhete eletrônico para gratuidade no transporte coletivo

Os programas baseados na concessão de carteira ou bilhete eletrônico para gratuidade no transporte coletivo das pessoas com deficiência e doença crônica que se encontram vigentes no Rio de Janeiro são: o Passe Livre Interestadual, o Vale Social e o Riocard Especial, conforme descrito a seguir:

a) Passe Livre Interestadual

O Passe Livre Interestadual é um programa de âmbito federal, implementado pelo Ministério dos Transportes, Portos e Aviação, instituído o pela Lei Federal nº 8.899, de 29 de junho de 1994 (BRASIL, 1994), regulamentada pelo Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), cuja concessão e administração

⁵⁵ Considerando o recorte socioespacial da tese, no nível estadual, será dado enfoque às ações desenvolvidas no Estado do Rio de Janeiro e, no nível municipal, às ações desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro.

foi disciplinada pela Portaria MT/GM nº 261, de 3 dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Garante o acesso gratuito ao transporte coletivo interestadual de passageiro, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário para pessoas com deficiência física, mental, auditiva, visual, múltipla, ostomia ou doença renal crônica, comprovadamente carentes (hipossuficientes), com acompanhante de sua preferência, quando necessário.

O requerimento de habilitação ao benefício é feito mediante comprovação da deficiência por meio de atestado médico (conforme modelo de Atestado da Equipe Multiprofissional do SUS)⁵⁶, acompanhado da declaração de composição e renda familiar mensal *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo (BRASIL, 2001b)⁵⁷.

O atendimento dos beneficiários pressupõe que as empresas transportadoras reservem dois lugares nos veículos do tipo "convencional", que serão solicitados pelo interessado, munido da credencial e identidade, nos postos de venda da empresa, até três horas antes do início da viagem, para obtenção da "Autorização de Viagem de Passe Livre".

A legislação não determina limite para a quantidade de viagens concedidas com o passe. A validade do benefício é de três anos e a renovação deve ser feita mediante apresentação de novo atestado médico, exceto nos casos de deficiência permanente, comprovada no atestado médico que deu origem ao benefício, com antecedência de trinta dias do término da validade do benefício.

A análise da legislação permite considerar que o passe possui um caráter bastante restritivo, já que está voltado para as pessoas com deficiência. Contudo, há

⁵⁶ O atestado foi instituído pela Portaria MS nº 298, de 09 de agosto de 2001, passando por reformulações através da Portaria MS nº 1005, de 20 de dezembro de 2002, seguida pela Portaria MS nº 275, de 31 de maio de 2005 e, posteriormente, pela Portaria MS nº 502 de 28 de dezembro de 2009. O atestado pode ser encontrado em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Concessão de passe livre interestadual**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2016b [versão jul.2016]. Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/images/passe_livre/ATESTADO_MEDICO_V3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

⁵⁷ Esta Portaria considera família o conjunto de pessoas composto pelo requerente, mãe, pai, esposa, esposo ou equiparado a esta condição, filhos, irmãos ou equiparados a esta condição, menores de dezoito anos ou inválidos, que vivam sob o mesmo teto (art. 4). A declaração de renda pode ser encontrada em: BRASIL. Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. **Requerimento de Passe Livre**. Brasília: Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/images/2018/documentos/09/passe_livre/requerimento_beneficiario_com_foto_V3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

que se destacar que as únicas doenças ou condições crônicas de saúde que abrangem são doença renal crônica e a ostomia. O que sugere o papel das associações representativas das pessoas com doença crônica e ostomizados⁵⁸, voltada para a garantia de direitos para esses cidadãos. Este achado está em sintonia com o estudo de Pires (2009), que avalia que as doenças entram nas políticas de gratuidade por força de movimentos sociais específicos (PIRES, 2009).

Outro aspecto observado na legislação é que o atestado permanece atrelado ao modelo biomédico, pois pressupõe a fundamentação da deficiência conforme a CID 10, apesar da recomendação do Estatuto da Pessoa com Deficiência de 2015, pela qual:

Art. 2º. [...].

§ 1º. A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação (BRASIL, 2015, s. p.).

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

b) Vale Social

O Vale Social é um bilhete eletrônico de âmbito estadual, implementado pela Secretaria de Estado de Transportes (SETRANS), instituído pela Constituição do Estado do Rio de Janeiro, pela Lei Estadual Complementar nº 74 de 10 de setembro de 1991, pela Lei Estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005 (RIO DE JANEIRO,

⁵⁸ A Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil (FENAPAR) foi criada em 2013, sendo constituída por 25 associações afiliadas no país sendo uma delas a Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro (Adreterj), fundada em 1985. Já a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) foi criada em 1985, sendo constituída por associações de representação estadual e municipal das pessoas ostomizadas de todo país.

2005)⁵⁹, bem como pelos Decretos Estaduais nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005 e nº 45.820, de 11 de novembro de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016).

O bilhete eletrônico garante a gratuidade nos serviços convencionais de transporte rodoviário intermunicipal de passageiros, bem como nos modais, ferroviário, metroviário e aquaviário sob administração estadual, para pessoas com deficiência e doença crônica e seu acompanhante, quando necessário, no Estado Rio de Janeiro:

Art. 1º - É assegurada, na forma, nos limites e sob as condições estabelecidas nesta Lei, isenção no pagamento de tarifa nos serviços convencionais de transporte rodoviário intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro, para alunos do ensino fundamental, médio e técnico da rede pública municipal, estadual e federal, para pessoas portadoras de deficiência e para pessoas portadoras de doença crônica de natureza física ou mental, cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, estas últimas na forma do art. 14 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2005, s.p.).

O requerimento do benefício deve ser realizado mediante comprovação da deficiência ou doença crônica por meio de laudo médico em formulário padronizado pela SETRANS. De acordo com a legislação, o passe será concedido à pessoa com deficiência que apresente necessidade de deslocamento. Entretanto, para a pessoa com doença crônica, somente para a realização de tratamento de saúde, com frequência mensal na unidade de saúde para consultas, exames ou retirada de medicamentos, devendo ser concedido em um prazo máximo de noventa dias:

Art. 3º Às pessoas com deficiência e aos portadores de doença crônica, de natureza física e/ou mental, que apresentem, comprovadamente, necessidades de deslocamento por meio de transporte rodoviário intermunicipal, metroviário, ferroviário ou aquaviário, sob administração estadual, será concedido o Vale Social.

§ 1º Aos portadores de doenças crônicas, o Vale Social será concedido exclusivamente para a realização de tratamentos médicos ou medicamentosos, de forma frequente, continuada e sem interrupção em ambientes hospitalares, bem como para aquisição de medicamentos em órgãos públicos de saúde.

§ 2º Entende-se como deslocamento a soma dos segmentos componentes da viagem imposta ao beneficiário, por um ou mais meios de transporte administrado e/ou concedido pelo Estado, entre sua residência e o local de tratamento.

§ 3º Para fins de concessão do Vale Social, entende-se como realização de tratamento de forma frequente, continuada e sem interrupção, aquela que exija o comparecimento mínimo mensal do paciente à unidade pública de

⁵⁹ Cujas redações foram modificadas pelas Leis Estaduais nº 5.359, de 23 de dezembro de 2008; nº 6.541, de 19 de setembro de 2013; nº 7.123, de 8 de dezembro de 2015; e nº 7.830, de 3 de janeiro de 2018.

saúde, ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja para consultas, exames ou retirada de medicamentos (RIO DE JANEIRO, 2016).

A legislação determina limite mensal para concessão de gratuidade de até sessenta viagens para cada modal para pessoas com deficiência, e de dez a sessenta viagens por modal para pessoas com doença crônica, considerando o deslocamento de ida e volta com o passe.

A validade do benefício é de quatro anos para a pessoa com deficiência permanente (irreversíveis), de dois anos para pessoas com deficiência transitória (reversíveis) e de três meses a dois anos para pessoas com doenças crônicas. A renovação do cartão de gratuidade deve ser realizada através da apresentação de novo laudo médico com antecedência mínima de sessenta dias do término da validade do benefício.

O financiamento da gratuidade é custeado pelo Estado, por meio de repasse de recursos das políticas de educação e de assistência social e direitos humanos, conforme exposto a seguir:

Art. 6º A isenção concedida por essa Lei será custeada diretamente pelo Estado, por meio de repasse de verba da Secretaria de Estado de Educação e da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, em procedimento a ser regulamentado pelo Poder Executivo. §1º O valor de R\$ 1,00 (um real), de cada "Vale", correspondendo a uma viagem, previsto no parágrafo único do Art. 2º desta Lei, será devidamente atualizado, na mesma data e na mesma proporção da tarifa praticada nas linhas e serviços de transporte coletivo de passageiros deste Estado. §2º A isenção concedida por essa Lei será custeada total ou parcialmente pelo Estado, por meio de repasse de verba da Secretaria de Estado de Educação e da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, em procedimento a ser regulamentado pelo Poder Executivo. §3º O Poder Executivo determinará aos órgãos competentes que controlem e indiquem, para fins de avaliação e contabilização das gratuidades concedidas, os valores e quantidades referentes aos 'vale educação' e 'vale social'.(RIO DE JANEIRO, 2005; 2008).

A análise da legislação permite notar a presença de uma concepção médico-curativa de saúde, entendida como ausência de doença e centrada no tratamento da patologia. Esta questão ganha relevância na medida em que, para as pessoas com doença crônica, a gratuidade é prevista apenas para o deslocamento até a unidade de saúde.

Tal perspectiva vai de encontro à concepção ampliada de saúde, presente na LOS, pela qual a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços

essenciais (BRASIL, 1990; 2013). Dessa maneira, o direito à saúde vem sendo compreendido de forma restrita, dissociado da vida cotidiana, cada vez mais fragmentada, tendo em vista que:

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

Além disso, considera-se que a centralidade atribuída ao laudo médico reduz a importância do trabalho da equipe multiprofissional de saúde no tratamento de saúde. Em geral, observa-se que o laudo médico restringe-se a informações clínicas, informando apenas o número de consultas médicas previstas, ignorando os atendimentos dos demais profissionais de saúde na unidade, em outras unidades de saúde para tratamentos complementares, bem como dos demais equipamentos e serviços de saúde que também podem contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção e recuperação da saúde desses cidadãos pois, como afirma Canesqui:

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

Cabe também destacar que a Lei Estadual nº 6.541, de 19 de setembro de 2013, garantia que o vale social para pessoas com doença crônica deveria ser concedido em um prazo máximo de até 30 (trinta dias úteis), dado que pode ter relação com o momento político, pós *Jornadas de Junho* de 2013. Mas a Lei Estadual nº 7.123, de 8 de dezembro de 2015, alterou esse prazo e passou para 90

(noventa) dias corridos, provavelmente em razão dos questionamentos dos usuários frente à longa demora no processo de concessão⁶⁰.

E, por último, convém ressaltar que apesar da legislação prever o financiamento da gratuidade pelo Estado, não há transparência na definição das tarifas e na sua prestação de contas e, ao contrário há evidências de que vem havendo duplo custeio das gratuidades, fato que vem aumentando o enriquecimento ilícito das empresas ligadas à FETRANSPOR⁶¹;

c) Riocard Especial

O Riocard Especial é um bilhete eletrônico de âmbito municipal, implementado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro⁶², instituído pela Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (LOMRJ), de 05 de abril de 1990, pelas Leis Municipais nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, e nº 5.211, de 1 de julho de 2010, e pelo Decreto Municipal nº 44.728, de 12 de julho de 2018.

Garante a gratuidade nos serviços convencionais de transporte rodoviário, exercidas nos ônibus convencionais com duas portas e *Bus Rapid Transit* (BRT) e de transporte ferroviário, exercido nos Veículos Leves Sobre Trilhos (VLT), para pessoa com deficiência e doença crônica, bem como para seu acompanhante quando necessário, na cidade do Rio de Janeiro:

⁶⁰ A esse respeito, cabe citar duas notícias sobre o assunto, a primeira do Jornal O Globo e a segunda da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, respectivamente: MATTOS, Thiago. Beneficiados por Vale Social reclamam de atraso de cartões e insuficiência de crédito. In: **O Globo**, Rio, Bairros. Rio de Janeiro: O Globo, 29 mar. 2015. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/bairros/beneficiados-por-vale-social-reclamam-de-atraso-de-cartoes-insuficiencia-de-credito-15722354>>. Acesso em: 30 ago. 2018; RIO DE JANEIRO (ESTADO). Defensoria, MP e OAB fazem recomendação sobre Vale Social e RioCard. In; DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Notícias**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 16 set. 2016. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/3145-Entidades-fazem-recomendacao-sobre-Vale-Social-e-RioCard-Especial>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

⁶¹ A esse respeito, cabe citar uma notícia veiculada pelo Jornal O Globo, disponível em: MARTINS, M.C. RJ tem R\$ 512,6 milhões de prejuízo por duplo custeio na gratuidade de ônibus, diz MP-RJ. In: **O Globo**, G1 Rio. Rio de Janeiro: O Globo, 30 out. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/10/30/rj-tem-r-5126-milhoes-de-prejuizo-por-duplo-custeio-na-gratuidade-de-onibus-diz-mp-rj.ghtml>>. Acesso em: 30 out. 2018.

⁶² Mediante ação intersetorial que reúne as Secretarias Municipais de Transporte (SMTR), Educação (SME), Saúde (SMS) e Subsecretaria da Pessoa com Deficiência (SUBPD), com a supervisão do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Rio de Janeiro (COMDEF).

Art. 8º Nos termos da legislação expedida conforme art. 401 da LOMRJ, as gratuidades concedidas aos maiores de sessenta e cinco anos, aos alunos uniformizados da rede pública de ensino fundamental e médio, bem como às pessoas com deficiência, renais crônicos, transplantados, hansenianos, portadores do vírus HIV e demais doenças crônicas, que necessitem de tratamento continuado, e ao respectivo acompanhante quando este se fizer necessário, serão exercidas nos ônibus convencionais com duas portas, nos ônibus BRT e no Veículo Leve Sobre Trilhos – VLT, por intermédio da apresentação do cartão eletrônico (RIO DE JANEIRO-RJ, 2018).

Para requerimento do benefício é necessária comprovação da deficiência ou doença crônica por meio de laudo médico. Da mesma forma que o Vale Social, o passe será concedido à pessoa com deficiência a fim de garantir a sua mobilidade urbana. E apenas à pessoa com doença crônica que necessite tratamento de saúde continuado, com periodicidade não inferior a duas vezes ao mês:

Art. 13º. Para obtenção da gratuidade, o postulante ou o seu representante legal deverá apresentar laudo médico, emitido na forma do disposto no inciso III do art. 10, comprovando estar enquadrado em uma das condições abaixo elencadas e, quando necessário, fazer constar a expressa necessidade de tratamento continuado ou de acompanhante em seu deslocamento.

I - *deficiência física*: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, parestias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - *deficiência auditiva*: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de quinhentos hertz, mil hertz, dois mil hertz e três mil hertz;

III - *deficiência visual*: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que zero vírgula zero cinco no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão ou visão subnormal, que significa acuidade visual entre zero vírgula três e zero vírgula zero cinco no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que sessenta graus, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica;

IV - *deficiência intelectual*: entende-se como uma atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho, podendo dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade;

V - *Transtorno do Espectro Autista* – TEA

VI - *associação de duas ou mais deficiências*;

VII – *doença crônica*, devendo ser caracterizada através do documento descrito no caput, acrescido das seguintes informações:

a) indicação expressa da doença considerada como crônica, conforme Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – da Organização Mundial de Saúde – OMS;

b) caracterização da perda de funcionalidade;

- c) definição expressa do tempo de duração do tratamento e frequência das consultas nas unidades de saúde;
- d) justificativa da necessidade de tratamento continuado, assim entendido como aquele com periodicidade não inferior a duas vezes por mês;
- e) justificativa da necessidade de deslocamento na cidade do rio de Janeiro e, quando preciso, de acompanhante (RIO DE JANEIRO-RJ, 2018, grifo nosso).

A legislação não determina limite mensal para quantidade de gratuidades concedidas para as pessoas com deficiência. Mas prevê quantidades diferentes de passagens mensais a depender da doença crônica, como destaca-se a seguir:

Art. 10º A quantidade de passagens para as gratuidades concedidas será:

- I – *Ilimitada*, para as pessoas com deficiência e respectivos acompanhantes, quanto estes forem necessários, e aos maiores de sessenta e cinco anos;
- II – de, *no mínimo, sessenta passagens mensais*, para os portadores de doenças renais crônicas, transplantados, hansenianos e portadores do vírus HIV, que necessitem de tratamento continuado e do deslocamento para tratamento de sua patologia, com respectivos acompanhantes, quando estes forem necessários;
- III – *definida pelo laudo médico*, emitido em formulário padrão da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, pelos profissionais habilitados na Rede Pública Municipal, Estadual ou Federal, além das clínicas por ela credenciadas, para as pessoas com as demais doenças crônicas que necessitem de tratamento continuado, com respectivos acompanhantes, quando estes forem necessários (RIO DE JANEIRO-RJ, 2018, s.p., grifo nosso).

Por outro lado, passou a garantir o acesso ao benefício da gratuidade no transporte coletivo às pessoas com deficiência e doença crônica não residentes no município, que havia sido vedado em 2010:

Art. 17. Para as pessoas não residentes no Município, a solicitação de gratuidade por deficiência ou doenças crônicas será realizada em postos de atendimento específicos, definidos pela SUBPD e pela SMS (RIO DE JANEIRO, 2018, s.p.).

A validade do benefício do benefício é indeterminada para a pessoa com deficiência, de no mínimo dois anos para pessoa com doença renal crônica, e de no máximo um ano para pessoas com as demais doenças crônicas. A renovação do cartão de gratuidade para pessoa com deficiência dispensa apresentação de laudo médico, mas para as pessoas com doenças crônicas será condicionada à manutenção do tratamento, seguindo o mesmo procedimento para sua concessão.

A análise da legislação permite observar a diferenciação entre doenças crônicas para a definição do número de viagens. De um lado, há limites claros para pessoas com doença renal crônica, transplantados, hansenianos e com HIV que necessitem de tratamento continuado. De outro, há limites que serão estabelecidos pelo médico para as demais doenças crônicas não mencionadas. Cabe ressaltar que

na recente legislação este critério de elegibilidade possui um patamar mais rebaixado que nas anteriores, uma vez que não existiam limites de viagens para o primeiro grupo (BRANDT, 2017).

Esta diferenciação existe porque, segundo o modelo biomédico, a doença crônica não é considerada deficiência, mas diminuição temporária de capacidades (MEDEIROS; DINIZ, 2004):

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

Além disso, reitera a hipótese de que as doenças crônicas contempladas são aquelas com usuários organizados em entidades de defesa dos seus direitos, ou seja, a gratuidade é fruto da pressão dos movimentos sociais. Esta hipótese pode ser comprovada, no caso específico do Riocard Especial pois, conforme estudo anterior (BRANDT, 2017), a renda familiar mensal de até 3 salários mínimos ou meio salário mínimo *per capita* comprovada através do CADÚNICO, um dos critérios vigentes desde 2010 para acesso a este direito, foi extinto no ano de 2016, em função da atuação da sociedade civil organizada, através do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMDEF-RIO). E, recentemente, a moradia no município, um dos critérios também vigentes desde 2010, foi extinto no ano de 2018.

4.2.2 Veículo para transporte

Os programas baseados na oferta de veículos para transporte de pessoas com deficiência e doença crônica que se encontram previstos no Rio de Janeiro são: o Tratamento Fora de Domicílio, o Transporte Sanitário Eletivo e o Transporte Adaptado Acessível.

a) Tratamento Fora de Domicílio

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) foi instituído pela Portaria MS nº 55 de 24/02/1999, que prevê a rotina para tratamento fora do município de residência em deslocamentos maiores que 50 km e fora de regiões metropolitanas, como também para o financiamento desta modalidade de transporte pelo SUS.

A Portaria estabeleceu que as despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial e a diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado. E que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência fossem cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)⁶³, observado o teto financeiro definido para cada Estado/Município, a ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada ente federativo.

De acordo com a Portaria, caberá as Secretarias de Estado da Saúde (SES) propor às respectivas CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD. A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB.

O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência com horário e data definido previamente. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que poderá solicitar exames ou documentos que complementem a análise de cada caso. Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante quando houver indicação médica, esclarecendo o

⁶³ Cabe destacar que desde o ano de sua publicação, a Portaria define a remuneração dos procedimentos/ajuda de custo na tabela de procedimentos do SIA/SUS: remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante, no valor de R\$100,00; remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante, no valor de R\$3,00; remuneração para transporte fluvial a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante, no valor de R\$2,00; ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio, no valor de R\$10,00; ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante, no valor de R\$30,00; ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio, no valor de R\$5,00; ajuda de custo para acompanhante, no valor de R\$15,00.

porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. Em caso de óbito do usuário em TFD, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes.

No Estado do Rio de Janeiro, a Resolução SES-RJ nº 171, de 28 de novembro de 2011, regulamentou a concessão de auxílio para TFD, quando esgotados os meios de tratamento na rede do SUS no âmbito do Estado. Esta Resolução acrescenta outras recomendações aos municípios, além das já previstas pela Portaria.

A Resolução considera que meio de transporte utilizado para o deslocamento do paciente e/ou acompanhante deverá ser o de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente. Além disso, entende por ida e volta o deslocamento /rodoviária/rodoviária e aeroporto/aeroporto⁶⁴; as despesas com transporte intermunicipal dentro do Estado serão de responsabilidade do município de residência do paciente.

A Resolução prevê a necessidade de acompanhante nos casos de paciente menor de dezoito anos; paciente com mais de sessenta anos; paciente com déficit motor, visual, auditivo ou mental; e de gravidade da doença, conforme definição do médico assistente e da Secretaria de Estado de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de residência do paciente realizará o cadastro do paciente através do Sistema Estadual de Regulação (SER), que será analisada pela coordenação de tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde. Considerada procedente, a Secretaria Municipal de Saúde deverá encaminhá-lo à coordenação de tratamento fora de domicílio para fins de formalização da inscrição munido dos documentos de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência do paciente/representante legal e acompanhante, e laudo médico.

A análise da legislação permite observar que o TFD é um dos recursos fundamentais para a garantia do acesso à saúde por cidadãos, pois, ao considerar as desigualdades espaciais e regionais que perpassam o SUS, possibilita recursos para a garantia do direito à saúde. Segundo Azevedo (2016):

⁶⁴ Cabe destacar que desde o ano de sua publicação, a Resolução define a ajuda de custo por deslocamento do paciente no valor total de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), e quando houver acompanhante o valor total fornecido será de R\$ 300,00 (trezentos reais).

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é um instrumento legal que visa garantir, por meio da rede pública de saúde, o atendimento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem por falta de condições técnicas ou profissionais, mediante o custeio das passagens e diárias necessárias para o deslocamento e estada desses pacientes, enquanto durar o tratamento. Dessa forma, constitui-se elo entre o paciente usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e o prestador do serviço de saúde, funciona como instrumento de cidadania e inclusão social, e colabora para o efetivo funcionamento de outras políticas de saúde. A importância do TFD torna-se mais explícita quando se verifica que muitos usuários do SUS não possuem por vezes condições financeiras para deslocarem-se dos municípios de suas residências, em razão de não encontrarem mais ali, possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde. Visto dessa forma, não é difícil perceber que o TFD, em muitos casos, pode significar até mesmo a sobrevivência de muitos cidadãos (AZEVEDO, 2016, p.2).

A análise da legislação não permite caracterizar, no entanto, a ineficiência do serviço, observada no cotidiano do trabalho profissional de assistência da pesquisadora, no qual são recorrentes as queixas dos usuários dos serviços de TFD no Estado do Rio de Janeiro, relativas aos trâmites burocráticos para cadastro e agendamento, bem como à qualidade questionável dos veículos, que não são devidamente adaptados às necessidades dos usuários (em geral, veículos utilitários, como kombis e vans), no qual há poucas vagas e muitos atrasos (já que muitos municípios mantêm o funcionamento do serviço apenas durante o horário comercial, ignorando que muitas unidades de saúde já estão em funcionamento desde as 7:00h);

b) Transporte Sanitário Eletivo

A criação do Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006a/b)⁶⁵, um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de governo, definiu compromissos sanitários, ações e articuladas para fortalecimento do SUS como política de Estado e responsabilidades e diretrizes de gestão com a fim de aprofundar a regionalização e descentralização do SUS.

Naquele momento, observa-se a preocupação com a definição das Regiões de Saúde, “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo [...] a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e

⁶⁵ Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta tais diretrizes. (BRASIL, 2006a; 2006b).

infraestrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL, 2006, s.p.) com a função de organizar a rede de ações e serviços de saúde e assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Assim, o Pacto estabelecia como uma das etapas do processo de construção da regionalização a criação de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação permitindo o trânsito das pessoas entre os municípios.

Somente com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foram estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito SUS. Segundo o documento, os elementos constitutivos da RAS são: população/região de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. No tocante à estrutura operacional, deve ser formada pelos diferentes pontos de atenção à saúde: centro de comunicação; pontos de atenção secundária e terciária; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança. E define como um dos sistemas logísticos os sistemas de transporte sanitário:

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários. (BRASIL, 2010, s.p.).

O documento indica como uma das diretrizes para implementação das RAS “desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS” (BRASIL, 2010, s.p.), tendo como uma de suas estratégias “promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo” (BRASIL, 2010, s.p.).

Recentemente, o transporte sanitário recebeu novo impulso, através do consenso estabelecido entre MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com a publicação da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. De acordo com o documento:

Art. 2º Transporte Sanitário Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação.

§ 1º Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal.

§ 2º Deve ser realizado por veículos tipo lotação conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM). (BRASIL, 2017a)⁶⁶.

A Resolução ainda estabeleceu que a oferta do serviço de Transporte Sanitário Eletivo deverá constar no plano de saúde, na programação anual de saúde e no relatório de gestão e no planejamento regional integrado⁶⁷. E que seu dimensionamento deverá observar as necessidades e especificidades do território e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e com a pactuação no âmbito das CIB. E, o mais importante, definiu diretrizes para organização do Transporte Sanitário Eletivo, representando assim um avanço para o atendimento desta necessidade de saúde:

Art. 5º As diretrizes para a organização do transporte sanitário eletivo que trata esta resolução são as seguintes:

I - Adotar a Região de Saúde como a base territorial do transporte sanitário eletivo, considerando que são referência para a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, por meio da Rede de Atenção à Saúde. II - Racionalizar os custos com transporte de usuários para a realização de procedimentos eletivos por meio da oferta de um serviço de transporte seguro e de qualidade, adequado às condições geográficas e de trafegabilidade das vias em zonal rural, urbana e fluvial.

III - Garantir uma estrutura de regulação de acesso à Atenção à Saúde desenvolvida por meio de mecanismos operacionais (Centrais de Regulação/Complexos Reguladores) e/ou ações regulatórias que articulam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com a classificação de risco e protocolo de regulação do acesso pré-definidos e pactuados.

IV - Observar como pré-requisito para o fornecimento de passagens e acesso ao transporte sanitário eletivo, a marcação da consulta/exame ou procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório estabelecido no âmbito municipal e/ou regional.

⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, seção 1, n. 41, 1 mar. 2017a, p. 54/55. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=01/03/2017&pagina=54>>. Acesso em: 30 out. 2018.

⁶⁷ Em atendimento à Portaria MS nº 2.135, de 25 set. 2013 e à Lei Complementar 141/2012 (Art.30).

V - Definir as rotas do transporte sanitário eletivo a partir de estudo do fluxo de usuários referenciados e definição do público alvo, podendo ser traçadas rotas individuais e compartilhadas entre municípios de menor porte populacional, dependendo do número de procedimentos programados e regulados, da localização geográfica e vias de transporte.

VI - Definir o modelo de gestão da frota para a operacionalização do serviço visando controlar os custos operacionais, custos fixos, custos variáveis, planos de manutenção, recursos humanos, capacitações e sistema de monitoramento para garantir o rastreamento e controle do fluxo dos veículos.

VII - Decidir sobre as formas de cooperação e organização dos municípios beneficiados, com definição de papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, definição de mecanismos, regras e formas de financiamento para os investimentos de capital e custeio, necessários para garantir a sustentabilidade do serviço.

VIII - Permitir o transporte de acompanhante para crianças até 15 anos e idosos (maiores de 60 anos) conforme previsto na legislação pertinente, admitindo a análise de outras situações e agravos que tenham indicação do acompanhamento (BRASIL, 2017a, s.p.).

Desde então, observa-se o apoio federal ao Transporte Sanitário Eletivo. Destacam-se as seguintes legislações e suas disposições: a Portaria MS nº 788, de 15 de março de 2017 (BRASIL, 2017b)⁶⁸, nº 2.563, de 03 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017c)⁶⁹, nº 3.458, de 15 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017d⁷⁰, e nº 565, de 9 de março de 2018 (BRASIL, 2018)⁷¹, que tratam da aplicação de recursos para aquisição dos veículos destinados a projetos técnicos de implantação e funcionamento do Transporte Sanitário Eletivo, formulados em políticas estaduais e municipais de sistemas de transporte em saúde, previstos no planejamento regional integrado e aprovados na CIB.

⁶⁸ Esta Portaria regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS no exercício 2017 para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e do Transporte Sanitário Eletivo.

⁶⁹ Esta Portaria regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo no SUS. (BRASIL, 2017c).

⁷⁰ Esta Portaria dispõe sobre a aplicação de recursos de programação para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de veículos do Transporte Sanitário Eletivo no SUS. Cabe destacar estes recursos foram aprovados pela Lei Federal nº 13.528, de 29 de novembro de 2017 abre aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União crédito suplementar no valor de aproximadamente R\$ 7 bilhões, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente, dos quais foram destinados R\$190 milhões para a Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. (BRASIL, 2017d)

⁷¹ Esta Portaria regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS no exercício 2018 para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, do Transporte Sanitário Eletivo e de Ambulâncias. (BRASIL, 2018)

Há poucas informações disponíveis, contudo, sobre projetos técnicos de implantação do Transporte Sanitário Eletivo no estado e/ou no município do Rio de Janeiro. Em consulta à ata da 2ª Assembleia Ordinária do Conselho de Secretarias Municipais do Estado do Rio de Janeiro⁷², realizada no mês de março, verificou-se que os secretários reunidos tiveram ciência da Resolução CIT nº 13 de 23 de fevereiro de 2017. Em consulta à ata da 3ª Reunião Ordinária da CIB do Estado do Rio de Janeiro⁷³, realizada no mês de abril, observou-se que foram pactuadas propostas de diversos municípios. Além disso, a Deliberação CIB-RJ nº 5.420, de 12 de julho de 2018, pactuou emenda parlamentar da bancada do Estado do Rio de Janeiro no valor de aproximadamente R\$18 milhões para aquisição de noventa e três veículos para Transporte Sanitário Eletivo, com valor unitário estimado em R\$190 mil, para cada um dos noventa e dois municípios e ao Estado.

A análise da legislação sobre o Transporte Sanitário Eletivo não permite caracterizar devidamente o serviço, na medida em que há poucas informações disponíveis sobre os projetos técnicos de implantação do serviço no Estado ou no Município do Rio de Janeiro nos documentos consultados.

Por outro lado, cabe citar o estudo de Brandt, Saboia e Lima (2018), no qual foram identificadas legislações de âmbito federal que fundamentam a existência de transporte sanitário nos municípios, mas nenhuma que regulamente o serviço na cidade do Rio de Janeiro, como também realizados contato telefônicos com as Coordenadorias de Saúde das dez Áreas Programáticas do Rio de Janeiro, sem que fossem identificados serviços de transporte sanitário, mas somente atendimento às demandas de pacientes renais crônicos mediante mandado judicial. Dessa maneira, o estudo concluiu que, apesar dos avanços na sua regulamentação, o dispositivo do transporte sanitário ainda não constitui uma política pública em funcionamento. Em seu lugar, verifica-se a tendência ao tratamento individualizado da questão da mobilidade e transporte mediante sua judicialização;

⁷² CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CONSEMS-RJ). **Assembleia de março tem intensa participação de gestores**, Assembleia / destaques, 21 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.cosemsrj.org.br/assembleia-de-marco-tem-intensa-participacao-de-gestores>>. Acesso em: 15 jun.17.

⁷³ COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB/RJ). **Ata da 3ª reunião ordinária da CIB/RJ**. Rio de Janeiro, 06 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes/544-2017/4877-ata-da-3-reuniao-ordinaria-da-cib-rj.html>>. Acesso em: 15 jun.17.

c) Transporte Adaptado Acessível

A Portaria nº 793 de 22 de abril de 2012⁷⁴ instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

Define que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará na Atenção Básica, que terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS); na Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, que terá como pontos de atenção estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e na Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Destaca que o CER, enquanto referência para a rede de atenção à saúde no território, contará com transporte sanitário, por meio de veículo adaptado, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência com restrições de mobilidade e acessibilidade aos pontos de atenção da RAS:

Art. 19. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas:

I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II;
II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e
III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV.

§ 1º O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família.

§ 2º O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente.

§ 3º O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

§ 4º O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (BRASIL, 2012).

⁷⁴ Incorporada à Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, que apresenta a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

A Portaria MS nº 835, de 25 de abril de 2012⁷⁵, além das já citadas nº 788, de 15 de março de 2017, e nº 565, de 9 de março de 2018, também regulamentaram o financiamento para aquisição de veículos para o Transporte Adaptado Acessível no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Estabelece que as propostas devem ser previamente cadastradas no Sistema de Gerenciamento e Cadastro de Propostas do Fundo Nacional de Saúde (SISPROFNS) e, recebendo indicação parlamentar, o gestor passa a ter acesso ao fundo ao referido Sistema para seu financiamento.

Uma das condições é o veículo estar vinculado a um Centro Especializado em Reabilitação (CER), cuja quantidade seguirá a tipologia de habilitação do CER junto ao MS: a) CER II: até um veículo de transporte adaptado; b) CER III: até dois veículos de transporte adaptado; e c) CER IV: até três veículos de transporte adaptado. Cabe destacar que, na cidade do Rio de Janeiro, existem apenas cinco CER, com diferentes tipologias de habilitação, situadas em diferentes regiões da cidade, com acesso mediante encaminhamento regulado, conforme quadro 1, apresentado a seguir:

Quadro 1 – Centros especializados em reabilitação no município do Rio de Janeiro (RJ)

Tipo	Unidade	Tipo De Reabilitação	Localização
CER II	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR (associação civil de direito privado sem fins lucrativos)	Intelectual e física Confecção de Órteses e Próteses Dispensação de equipamentos	Jardim Botânico
CER II	Centro Educacional Nosso Mundo – CENOM (instituição filantrópica)	Intelectual e Auditiva	Quintino
CER III	Policlínica Newton Bethlem (CMS)	Intelectual, Auditiva e Física	Praça Seca
CER III	Policlínica Manoel Guilherme da Silveira Filho (CMS)	Intelectual, Auditiva e Física	Bangu
CER IV	Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark (CMR)	Intelectual, Auditiva, Física e Visual Dispensação de equipamentos	Maracanã

Fonte: elaboração da autora, com adaptações e correções (2018), a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro⁷⁶

⁷⁵ Esta Portaria instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁷⁶ RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Serviços de Reabilitação**, Ações em Saúde, Reabilitação. Rio de Janeiro (RJ), s.d. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/reabilitacao>>. Acesso em: 15 jun. 2017

Assim como na modalidade anterior, a análise da legislação Transporte Adaptado Acessível também não permite caracterizar devidamente o serviço, na medida em que há poucas informações disponíveis sobre os projetos técnicos de implantação no Estado ou no Município do Rio de Janeiro nos documentos consultados.

A pesquisa documental permitiu, contudo, identificar diferentes programas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e/ou doença crônica, de iniciativa tanto da política de transporte, quando da política de saúde, em diferentes níveis de governo. Para melhor exposição dos resultados, elaborou-se uma síntese das informações apresentadas no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Modalidades de transporte para pessoas com doenças crônicas

Tipo	Serviço	Órgão	Modal / Veículo	Usuário	Legislação
Carteira ou bilhete eletrônico para gratuidade no transporte coletivo	Passe Livre Interestadual	MT	Rodoviário / Ônibus	Pessoa com deficiência Pessoa com doença crônica	Lei Federal nº 8.899/1994; Dec. Fed. nº 3.691/2000; Portaria MT nº 261/2012
	Vale Social	SETRANS	Rodoviário / Ônibus Ferroviário / Trem e Metrô Hidroviário / Barca	Pessoa com deficiência Pessoa com doença crônica	Constituição do Estado do Rio de Janeiro; Lei Est. Compl. nº 74/1991; Lei Est. nº 4.510/2005; Dec. Est. nº 36.99/2005; e Dec. Est. nº 45.820/2016.
	Riocard Especial	SMTR	Rodoviário / Ônibus	Pessoa com deficiência Pessoa com doença crônica	LOMRJ/1990; Lei Mun. nº 3.167/2000; Lei Mun. nº 5.211/2010; e Dec. Mun. nº 44.728/2018.
Veículo para transporte	Tratamento Fora de Domicílio	MS SES SMS	Rodoviário / Ônibus e Carro Hidroviário / Barca Aeroviário / Avião	Pessoa com doença crônica	Portaria MS nº 55/1999; Res. SES-RJ nº 171/2011.
	Transporte Sanitário Eletivo	MS SES SMS	Rodoviário / Carro	Pessoa com doença crônica	Res. CIT nº 13/2017; Portaria MS nº 788/2017; Portaria MS nº 2.563/2017; Portaria MS nº 3.458/2017; Portaria MS nº 565/2018; Del. CIB-RJ nº 5.420/2018.
	Transporte Adaptado Acessível	MS SES SMS	Rodoviário / Carro	Pessoa com deficiência	Portaria MS nº 835/2012; Portaria MS nº 788/2017; Portaria MS nº 565/2018.

Fonte: elaboração da autora (2018)

A presente pesquisa buscou ampliar estudo anterior (BRANDT, 2013; 2017) sobre o programa de gratuidade em transporte coletivo para pessoas com deficiência e doença crônica vigente no município do Rio de Janeiro (Riocard Especial). Ao atualizar aquele estudo e ao abranger o conjunto de programas de gratuidades e veículos para transporte das três esferas de governo (Passe Livre Interestadual, Vale Social, Tratamento Fora de Domicílio), também foi possível obter como achados da pesquisa dois outros programas de veículo para transporte (Transporte Sanitário Eletivo e Transporte Adaptado Acessível).

Para grande parte das pessoas com deficiência e doença crônica, a gratuidade no transporte coletivo, ainda que baseada no desenho universal para eliminação de barreiras, não tem sido suficiente. Para esses cidadãos são necessárias outras modalidades de transporte que observem as diferenças entre os níveis de restrição, dependência e necessidade, em seus aspectos físico, social, cultural e, sobretudo, econômico. Dessa maneira, o estudo aponta na mesma direção do estudo anterior:

[...] apesar de incorporar os conceitos de mobilidade e de acessibilidade do Ministério das Cidades, verifica-se que a política e a legislação carioca apresentam limites ao exercício do direito das pessoas com restrição de mobilidade por doença crônica. Com base no desenho desta política, é possível afirmar que ela vem: 1. ignorando as diferenças entre os níveis de restrição, dependência e necessidades dos usuários dos transportes; 2. estabelecendo diferenciações entre deficiências e doenças crônicas (e entre estas últimas) para definição dos seus beneficiários; 3. fragmentando a vida cotidiana a partir da espacialização dos usos da cidade; e, além disso, 4. não vem garantindo mecanismos de controle social (BRANDT, 2017, p. 454).

Por outro lado, a pesquisa indica um caminho otimista, pois se considera que os dispositivos recentemente criados, o Transporte Sanitário Eletivo e o Transporte Adaptado Acessível, possuem *potencial* para promover a garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência e doença crônica. Mas, para tanto, é necessário planejamento e financiamento pelo Estado e, principalmente, controle social pela população, para que, no futuro não venham a apresentar a mesma ineficiência que vem caracterizando o TFD.

Na próxima seção será abordada a intersetorialidade na trajetória da política de transporte e mobilidade das pessoas com doenças crônicas, com o propósito de apontar a necessária articulação entre direito à cidade e direito à saúde.

4.3 Em defesa da articulação entre direito à saúde e direito à cidade

O caldo de cultura criado pela atuação dos movimentos sociais em defesa de reformas democráticas (sanitária, psiquiátrica, urbana, entre outras), no contexto do processo de redemocratização do país, permitiu a convergência de um conjunto de bandeiras históricas nesta conjuntura, influenciando decisivamente no texto final da Constituição Federal de 1988, especialmente nos capítulos sobre as políticas sociais e urbanas.

Como abordado anteriormente, uma das principais conquistas foi a construção da noção de seguridade social, enquanto uma primeira tentativa de superação dos limites setoriais, ao agregar a saúde, a previdência e a assistência social. Apesar de não ter sido literalmente expressa no texto constitucional, observa-se que noção de intersetorialidade está presente, enquanto princípio norteador para a construção e materialização de um sistema de proteção social voltado às necessidades sociais e demandas dos trabalhadores brasileiros.

Dentre estes direitos, cabe destacar o aspecto inaugural da saúde em incorporar a noção de intersetorialidade, uma vez que o direito à saúde deve ser garantido a todos pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas, em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, conforme disposto na CF de 1988.

Também em reconhecer como campo de atuação do SUS a participação na formulação e na execução da política e nas ações de saneamento básico, bem como na colaboração nas ações de proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. E ainda, em prever a criação de comissões intersetoriais responsáveis por articular políticas e programas de interesse para a saúde (em especial, saneamento e meio ambiente, dentre outras), cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, conforme expresso na LOS de 1990 (BRASIL, 1990).

Dessa maneira, compreende-se na presente tese que a concepção de saúde ampliada, ao compreender que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, considera a produção desigual do espaço urbano das cidades. E que, ao relacionar como determinantes e condicionantes, dentre outros, moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, acesso aos bens e serviços

essenciais, ou seja, fatores tradicionalmente inscritos na política urbana, pressupõe a necessária relação entre política de saúde e política urbana.

Cabe destacar que as relações entre saúde e saneamento, saúde e meio ambiente e saúde e moradia são bastante presentes na prática social e no conhecimento produzido na área da saúde, influenciando a elaboração de políticas públicas nos referidos setores. Contudo, o nexo entre saúde e mobilidade urbana e transporte não vem ocupando o mesmo lugar de destaque, o que pode ser percebido, por exemplo, no lapso de 15 anos entre a CF de 1988 e a criação do transporte sanitário interestadual intermunicipal (TFD) e de 30 anos entre a CF e a criação dos transportes sanitário intramunicipal para pessoas com deficiência e doença crônica (Transporte Sanitário Eletivo e Transporte Adaptado Acessível)

Considerando que as condições de saúde da população expressam a organização socioespacial desigual do país, sendo também determinada e condicionada pela mobilidade urbana e transporte, compreende-se o aprofundamento da relação entre a política de saúde e a política urbana pode contribuir para a construção de um diálogo cada vez mais integral, intersetorial e interdisciplinar rumo à garantia do direito à saúde garantido na Constituição, quiçá, para a construção de relações socioespaciais mais democráticas necessárias ao processo de construção do direito à cidade como tarefa do tempo presente e do devir histórico.

A questão social e a problemática urbana se manifestam na totalidade aberta da vida social, expressando heterotopias e resíduos (LEFEBVRE, 1999, 2006) com potencial de manutenção ou transformação da realidade. Contudo as respostas do Estado através dos seus agentes (como por exemplo, os assistentes sociais) encontram-se fechadas nos limites da abordagem setorial, conferindo um papel onipotente às políticas sociais e públicas, que assumem um caráter integrador e homogeneizador.

Neste sentido, há que se refletir sobre a importância da articulação entre as políticas econômicas (como, por exemplo, a política urbana) e as políticas sociais. Como também, sobre o conjunto das políticas urbanas que, no plano federal, encontram-se desarticuladas em diferentes ministérios e secretarias, com pouca

relação entre si, como é o caso dos Ministérios das Cidades, dos Transportes, da Integração Nacional, do Desenvolvimento Agrário⁷⁷.

Dessa maneira, a intersectorialidade permite considerar os problemas de uma população de um dado território enquanto totalidade. Para Junqueira (1997), o conceito não deve ser restrito às políticas sociais, mas considerar sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que reproduzem as relações sociais de produção vigentes. Assim, é uma estratégia de gestão mais ampla, ou seja:

[...] uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas públicas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade (JUNQUEIRA, 1997, p.37).

A política urbana tem por objetivo o desenvolvimento da função social da cidade e dos cidadãos, conforme disposto nos art. 182 e 183 da Constituição Federal de 1988, regulamentados pelo Estatuto da Cidade de 2001. Entretanto, observa-se que tais objetivos da política de desenvolvimento urbano não vêm sendo adequados aos instrumentos da política econômica, tributária e financeira e dos gastos públicos, de modo a privilegiar investimentos para os diferentes segmentos sociais. Ao contrário, os mecanismos que buscam garantir a função social da propriedade, ainda que legalmente existentes, não têm sido suficientes para confrontar os interesses dos segmentos sociais dominantes, pois tem prevalecido o direito à propriedade privada.

A Política Nacional de Mobilidade Urbana foi criada no ano de 2012, enquanto um instrumento de desenvolvimento urbano, correspondendo ao conjunto organizado e coordenado dos modos de transporte, de serviços e de infraestruturas voltadas à garantia dos deslocamentos de pessoas e cargas no território do município. Por outro lado, o transporte foi incluído como direito social na Constituição Federal de 1988 somente no ano de 2015, dado que também sugere a prevalência do interesse econômico sobre o social no trato da questão.

Esta percepção é compartilhada por Koga (2002), que observa o domínio da política econômica sobre a política social, resultando na crescente mercantilização dos serviços básicos à população e consequente desresponsabilização do Estado.

⁷⁷ Atualmente, o poder executivo federal conta com 32 ministérios, o que sugere uma lógica de loteamento das estruturas de poder entre partidos aliados do governo e a prevalência dos interesses privados que representam, em lugar dos interesses coletivos da população brasileira.

Ribeiro e Cardoso (2003) destacam que a política de investimentos urbanos no Brasil tem sido orientada pelos interesses do setor econômico, na contratação de obras públicas pelo Estado, em detrimento dos interesses da população. E Maricato (2011) considera que a questão urbana não está entre os avanços dos últimos governos sob gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), já que a política macroeconômica de continuidade ao governo anterior teve impacto direto sobre a sociedade e o território e, apesar das conquistas institucionais do período, não contribuíram para a mudança das forças que conduzem as cidades brasileiras para a “condição de tragédia social e ambiental” (2011, p.78). Mas, compreendendo a política urbana em sua processualidade histórica e como resultado da luta de classes, cabe destacar alguns avanços observados nos anos 2000, com relação à política de mobilidade.

A Política Nacional de Mobilidade Urbana (BRASIL, 2012)⁷⁸ tem como princípios a acessibilidade universal e a equidade no acesso dos cidadãos ao transporte público coletivo e no uso do espaço público de circulação, vias e logradouros, dentre outros (art. 8). Neste sentido, determina que o Plano de Mobilidade Urbana, instrumento de efetivação da Política Nacional de Mobilidade Urbana, deverá contemplar tais princípios, bem como a acessibilidade para pessoas com deficiência e restrição de mobilidade (art. 24).

Ao mesmo tempo, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015) determina que o direito à mobilidade urbana e ao transporte da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida deverá ser assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, mediante identificação e eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso (art. 46).

Cabe recuperar que uma das iniciativas do MCidades, através da Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana (SEMOB), foi a criação do “Brasil Acessível: Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana”, no ano de 2004 (BRASIL, 2006c)⁷⁹. Esse programa tinha como objetivo estimular e apoiar os governos municipais e estaduais a desenvolver ações que garantissem a acessibilidade para

⁷⁸ Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a).

⁷⁹ Atualmente, as únicas informações sobre o referido Programa, disponíveis no sítio eletrônico do Ministério das Cidades, são os Cadernos do Programa Brasil Acessível, publicados no ano de 2006, o que sugere que o mesmo pode ter sido suspenso ou extinto. 2006c. Disponível em: <<http://www.cidades.gov.br/mobilidade-urbana/publicacoes-semob>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

peças com deficiência e restrição de mobilidade aos sistemas de transportes, equipamentos urbanos e circulação em áreas públicas.

A acessibilidade consiste na capacidade de se deslocar de maneira independente pela cidade, através dos vários meios de transporte disponíveis na rede de serviços e por todos os espaços públicos (BRASIL, 2006). Esse conceito diz respeito a todas as pessoas, mas, especialmente, àquelas que não possuem acesso ou apresentam restrições de acesso às infraestruturas urbanas, ao sistema viário e ao transporte público.

A acessibilidade pode ser restringida por barreiras físicas, sociais e econômicas que, em geral, atingem de forma mais contundente a população pobre, evidenciando o caráter de classe desta questão. Além disso, pode ser afetada por fatores como idade, deficiência, estado de saúde, funcionalidade, dependência, entre outros, e resultar em restrição de mobilidade, de caráter definitivo ou temporário. Assim, convencionou-se denominar as pessoas que experimentam tais situações como pessoas com mobilidade reduzida, do qual faz parte as pessoas com deficiência e doença crônica.

Uma das principais estratégias do referido Programa foi a difusão do conceito de desenho universal no planejamento de sistemas de transportes e equipamentos públicos. De acordo com seus defensores, o desenho universal supera o pensamento da eliminação de barreiras ao já evitar a produção das mesmas na 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 assistiva⁸⁰ (BRASIL, 2006; 2015). Contudo, de acordo com Rodrigues (2016):

Apesar desses avanços, o poder público tem se mostrado pouco eficiente na aplicação das leis e na promoção das políticas públicas adequadas às necessidades das pessoas portadoras de deficiência. Muitas dessas políticas estão nas mãos de prefeituras que, ora têm outras prioridades – como realizar megaeventos, por exemplo –, ora não possuem desenvolvimento institucional e capacidade técnica suficiente para implementação de tais políticas. Um exemplo emblemático e que, se não tem poder explicativo, do ponto de vista estatístico simboliza como o poder público municipal atual nessa questão: segundo dados da Pesquisa Perfil

⁸⁰ Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, considera-se “tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (BRASIL, 2015).

Municipal de 2011, dos 5.565 municípios do país, 68% deles não possuíam rampa para cadeirantes nas dependências do prédio da prefeitura e 87% não tinham vagas reservadas para veículos que transportam pessoas com deficiência. Além desses resultados, de todas as 5.565 prefeituras entrevistadas na época, 59% alegaram não possuir nenhum dos itens pesquisados, um resultado que pode resumir muito bem o estado da acessibilidade para portadores de deficiência no Brasil (RODRIGUES, 2016,110).

Além disso, ainda que o Programa considere acessibilidade enquanto parte de uma política de mobilidade urbana, promotora de inclusão social, equiparação de oportunidades, exercício da cidadania e respeito aos seus direitos fundamentais, as ações e instrumentos propostos foram centrados na eliminação de barreiras arquitetônicas e de comunicação e, portanto, ainda fortemente restritos ao aspecto físico da questão. Cabe destacar que a acessibilidade não se restringe a tal aspecto e abrange, também, aos aspectos social, cultural e econômico. Envolve desde a compreensão sobre a doença e o tratamento proposto até a disponibilidade de renda para sua efetivação.

Neste sentido, há que se avançar para além do desenho universal, rumo a um desenho urbano que favoreça a mobilidade urbana sustentável, garantindo outras possibilidades de deslocamento, como os não motorizados (a pé, por bicicleta etc) ou em vias exclusivas para pedestre ou que favoreça a segurança de pedestres e condutores de transportes, e a um desenho de relações socioespaciais mais democráticas, que venha a contemplar uma política de mobilidade urbana que garanta a oferta de transporte de acordo com as necessidades de deslocamento da população, em sua maioria oriunda da classe trabalhadora, e que inclua pessoas com deficiência e doença crônica.

Um outro aspecto a ser observado é o fato de que as pessoas com deficiência e doença crônica que necessitam de tratamento de saúde continuado percorrem grandes distâncias entre o local de moradia e o de tratamento. Muito embora a LOS (BRASIL, 1990) estabeleça como um de seus princípios a regionalização, observa-se a desigualdade na oferta dos serviços de assistência à saúde que integram o Sistema Único de Saúde, com maior ênfase nos serviços de atenção básica (baixa complexidade) e menor ênfase nos serviços de atenção secundária e terciária (média e baixa complexidade). A cidade do Rio de Janeiro foi capital federal até o ano de 1960, quando se tornou Estado da Guanabara, só voltando a ser capital fluminense após sua unificação com o Estado do Rio de Janeiro, no ano de 1974.

Assim, até este período ocorreu a criação de grande parte dos equipamentos de saúde públicos de média e alta complexidade.

Umas das estratégias no âmbito do SUS para o enfrentamento dessa realidade é o Sistema Nacional de Regulação, que se baseia exatamente na perspectiva da regionalização. Mas é preciso compreender essa estratégia no contexto de contrarreforma do Estado, no qual a existência de um sistema informatizado não prescinde da existência de um maior número de equipamentos de saúde, com recursos materiais e humanos, necessários para o atendimento das necessidades da população, em lugar de servir à gestão do possível em uma rede de atenção à saúde insuficiente do ponto de vista socioespacial. Bem como de sistemas de transporte que não se restrinjam ao acesso às unidades de saúde e contemplem as necessidades das pessoas com deficiência e doenças crônicas.

Considera-se que a intersetorialidade deve ser o paradigma orientador para a elaboração de programas que venham de fato a garantir o direito à saúde de todos os cidadãos e promover a equidade ao reconhecer as necessidades sociais das pessoas com deficiências e doenças crônicas. Por outro lado, a indução da articulação intersetorial não significa sua necessária materialização, já que existem outros fatores presentes nas relações socioespaciais que influenciam nesse processo.

Nota-se que intersetorialidade nos programas de transporte e saúde existentes ainda se restringe a uma pactuação restrita aos mecanismos de concessão destes direitos, como é o caso das carteiras e bilhetes de gratuidade no transporte público (Passe Intermunicipal, Vale Social e Riocard Especial). Cabe destacar que essa tem sido uma tendência não apenas entre a política de saúde e a política urbana, mas do conjunto das políticas públicas brasileiras. Inclusive no interior de cada uma das políticas setoriais, haja vista que a própria política urbana se encontra absolutamente fragmentada. Por outro lado, a referência à intersetorialidade é inexistente no caso do transporte em saúde (TFF) ou ainda está devidamente expressa (Transporte Sanitário Acessível e Transporte Adaptado Acessível), abrindo assim um campo possível de disputa.

Especialmente com relação ao Transporte Adaptado Acessível, convém traçar um paralelo com o Serviço de Atendimento Especial "Atende+", da Secretaria

Municipal de Transporte de São Paulo⁸¹, que consiste em uma modalidade de transporte gratuito porta a porta, diariamente no horário das 7h às 20h, operado pelas empresas concessionárias do transporte coletivo com veículos adaptados e acessíveis e cooperativa de táxis acessíveis, excetuando-se os feriados, para pessoas com grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (especificamente deficiência física, temporária ou permanente, transtorno do espectro autista ou surdocegueira), para acesso aos diferentes equipamentos sociais e urbanos da cidade.

Neste sentido, compreende-se que a intersectorialidade possibilita reconhecer as determinações que produzem o urbano e constitui-se em uma mediação que expressa uma contratendência do modo de intervir na vida social. Assim, há se reconhecer o *potencial* da intersectorialidade superação da fragmentação da vida social através da setorização das políticas públicas.

Mas, ao mesmo tempo, há que se considerar também a sua insuficiência pois, ao não romper com a homogeneização da vida, submetendo-a à cotidianidade organizada na e pela sociedade burocrática de consumo dirigido, reitera a integração e participação dos sujeitos através da gestão democrática da cidade realizada dentro do Estado.

Assim, são necessárias outras formas-conteúdos que materializem estratégias contra-hegemônicas rumo ao direito a cidade e que, inspiradas na utopia de um possível-impossível, apontem um outro projeto global que proponha novas práticas urbanas em uma nova sociedade urbana pois, como disse o filósofo: “Os valores novos não se impõem. Propõem-se.” (LEFEBVRE, 1973, p.104).

⁸¹ O Serviço de Atendimento Especial – “Atende+” foi criado por meio do decreto nº 36.071, de 09 de maio de 1996, e, atualmente, é regido pela Lei Municipal nº 16.337, de 30 de dezembro de 2015. SÃO PAULO (SP). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal de Mobilidade e Transportes. **Atende+**: Serviço de Atendimento Especial. São Paulo (SP), s.d. Disponível em: <<http://www.sptrans.com.br/atende/>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “questão urbana” vem se tornando, cada vez mais, objeto de preocupação, dos assistentes sociais. Há muito que os efeitos da industrialização e da urbanização sobre as condições de vida e trabalho da população vêm sendo abordados pela categoria. Nos anos 1990, observa-se um esforço de utilização do espaço (e não apenas do tempo) enquanto categoria de análise para a compreensão das mudanças das práticas sociais no capitalismo, que inaugura um diálogo mais profícuo com a geografia crítica, através das obras de David Harvey. Especialmente na última década, com o ressurgimento da ideia do “direito à cidade” na pauta dos movimentos sociais urbanos e no conteúdo das políticas sociais e urbanas implementadas pelo Estado, observa-se um crescente número de produções da categoria a esse respeito, em sua maioria, também inspiradas no citado geógrafo marxista inglês.

Em geral, a categoria profissional tem compreendido a questão urbana enquanto uma das expressões da questão social, ou seja, a face urbana das desigualdades resultantes do conflito entre a produção social e a apropriação privada pelas classes sociais. No entanto, cabe chamar atenção sobre os limites de pensar a “problemática urbana” apenas sob o ponto de vista do modo de produção e da reprodução da força de trabalho. Esta perspectiva de análise tem levado a uma leitura do espaço enquanto suporte do modo de produção capitalista e “terreno” sobre o qual se desenvolvem as condições de vida da classe trabalhadora e as respostas do Estado através das políticas sociais e urbanas, nas quais atuam os assistentes sociais. Dessa maneira, esta leitura tem se mostrado limitada, ao não considerar os efeitos da (re)produção das relações sociais de produção capitalistas sobre o espaço e sobre a vida cotidiana.

Além disso, cada vez mais o conceito de direito à cidade vem sendo utilizado pelo Serviço Social, em análises que vão desde as expressões urbanas da questão social e as políticas públicas para seu enfrentamento, até a discussão sobre a problemática urbana (espacial) contemporânea e as práticas socioespaciais. Apesar de formulado por Henri Lefebvre em 1968, o conceito de direito à cidade ganhou grande visibilidade com a Carta Mundial do Direito à Cidade de 2004, inspirando debates teóricos no campo dos estudos sobre o urbano e as lutas dos movimentos

sociais urbanos. Não à toa, transformou-se em uma bandeira de luta de manifestações tais como as Jornadas de Junho de 2013.

Uma das contribuições da tese foi o esforço em responder à seguinte indagação: *Por que o espaço importa para o Serviço Social?* Ao perseguir o objetivo geral de discutir a mobilidade urbana e o transporte das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro, procurou-se estabelecer os nexos entre a questão social e a problemática urbana na atualidade, ao articular as macrodeterminações que vão condensar a cotidianidade da luta pelo acesso à saúde e inspirar as lutas pela realização do direito à cidade. Para tanto, foi necessária a retomada das leituras no campo da tradição marxista sobre modo de produção e reprodução das relações sociais de produção; produção do espaço e da vida cotidiana; e da polêmica sobre o direito à cidade, com base na obra de Karl Marx, Henri Lefebvre e David Harvey. Este movimento permitiu alcançar o objetivo específico de analisar a importância da mobilidade urbana para a produção do espaço social e da vida cotidiana, para a re-produção das relações sociais e para as lutas em torno do direito à cidade.

Como discutido na tese, na passagem da sociedade industrial à sociedade urbana, verifica-se não apenas a produção de mercadorias clássicas, mas a produção de um espaço e de um cotidiano no qual as relações sociais passam a ser mediadas pela sociedade burocrática de consumo dirigido. Assim, as formas de uso da cidade não são mais aquelas típicas da indústria (prática industrial), mas do urbano (prática urbana).

A prática urbana é o plano do vivido, do cotidiano e do habitar, que permite a articulação entre os espaços-tempos que constituem a vida cotidiana. O espaço não é somente o solo onde se desenrola a vida social, mas condição, meio e o produto das relações sociais e, no marco da sociedade capitalista, elemento fundamental para reprodução das relações sociais de produção reificadas e típicas da vida cotidiana programada.

A vida cotidiana também expressa a contradição e a resistência nas heterotopias e resíduos, ou seja, tudo o que foge a lógica hegemônica do capital, que confronta e tem a potência para pensar um outro devir. Assim, enquanto o capital, através das suas forças homogeneizadoras, produz um espaço abstrato e

uma vida cotidiana colonizada, por outro o movimento contra-hegemônico pode dar origem ao espaço diferencial e à retomada do domínio do cotidiano.

A tese buscou atender à necessidade de analisar a crise urbana a partir do conhecimento do cotidiano pois, a partir do conhecimento direto sobre a realidade dos sujeitos torna-se possível contribuir para a elaboração de propostas mais condizentes com suas necessidades e interesses. Dessa maneira, visa contribuir com um olhar para além do mero caráter de funcionário do Estado, ao dar ênfase à importância de construir outras respostas às necessidades sociais e demandas, dentro ou fora da institucionalidade burguesa, com vistas à garantia do direito à saúde previsto na CF de 1988 e condizente com a perspectiva lefebvriana do direito à cidade.

Neste sentido, trata-se de um empenho voltado para a construção de uma estratégia do conhecimento que visa a prática global da sociedade urbana, bem como uma estratégia política que relacione dialeticamente o real, o possível e o impossível. Assim, recupera os apontamentos do Lefebvre, quanto à necessidade de uma crítica radical que abra caminho ao pensamento e à ação, na construção estratégias urbanas contra-hegemônicas (LEFEBVRE, 1999).

A discussão sobre a política de mobilidade urbana e transporte no Brasil permitiu compreender sua importância no processo de industrialização-urbanização da década de 1930 aos dias atuais e a origem ao padrão rodoviarista e excludente para a maioria da população brasileira, como resultado das relações entre as classes sociais e o Estado. Este caminho permitiu alcançar o objetivo específico de identificar o papel das classes sociais e do Estado com relação à mobilidade e urbana e ao transporte público urbano no Brasil no período compreendido pelo início do século XXI aos dias atuais, com ênfase na cidade do Rio de Janeiro. Além disso permitiu confirmar as hipóteses da tese, a respeito do frágil embasamento teórico-crítico dos estudos e políticas que tratam do tema da mobilidade urbana e do transporte, notadamente a baixa interlocução com o pensamento lefebvriano, e da prevalência de análises que priorizam o racionalismo tecnicista que obscurecem a luta de classes e o papel do Estado na definição das políticas de mobilidade urbana e transporte.

A análise da relação entre as políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde, a partir da compreensão das necessidades sociais e demandas das pessoas

com deficiência e doença crônica e das respostas do Estado a estas questões trouxe importantes contribuições. Pôde dar visibilidade aos sentidos da deficiência e da doença crônica em disputa na sociedade brasileira, as principais características dessa população no país e as necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte desses sujeitos no cotidiano do trabalho do assistente social em uma unidade de saúde para tratamento do câncer de mama. Embora a pesquisa tenha seguido um caminho distinto daquele inicialmente proposto, considera-se que alcançou o objetivo específico de refletir sobre as necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro.

A reflexão sobre as respostas às necessidades sociais e demandas de mobilidade urbana e transporte das pessoas com deficiência e doença crônica e a relação entre direito à saúde e o direito à cidade permitiu problematizar o papel da intersetorialidade enquanto estratégia para superação da fragmentação da vida social através da setorização das políticas públicas. Assim, foi possível demonstrar a relação entre as duas políticas a partir das respostas do Estado, mediante políticas de saúde e transporte, discutindo as iniciativas que apontam a relação entre o direito à saúde e o direito à cidade. Esta discussão permitiu confirmar a hipótese de que as políticas de mobilidade e transporte e de saúde em curso nos três níveis de governo não têm levado em consideração a realidade das pessoas com deficiência e doenças crônicas na oferta de ações e serviços, ignorando os diferentes níveis de restrição, dependência e necessidade destes cidadãos.

O desenvolvimento do modo de produção capitalista, ao promover a fragmentação da vida social, exigiu formação de um aparelho de Estado capaz de garantir as condições necessárias para a industrialização e a urbanização, bem como para o enfrentamento das expressões da questão social e da problemática urbana que esse duplo processo produziu. Assim, o enfrentamento desses “problemas” sociais e urbanos deu origem a diversas especializações e a uma infinidade de políticas públicas, cada vez mais setoriais, para responder às necessidades sociais e demandas da população.

A Constituição Federal de 1988, a sétima da história do país⁸², inaugurou duas importantes tendências no planejamento e na gestão das políticas públicas: a

⁸² Precedida pelas Constituições de 1984 (Império), 1891 (República), 1937 (Ditadura Vargas), 1946

descentralização e a intersetorialidade. Estas tendências se aproximam, na medida em que a descentralização é compreendida como transferência do poder em direção aos cidadãos, e a intersetorialidade como o atendimento integrado às suas necessidades e demandas. Contudo, há que se considerar que ambas vêm sendo implementadas em um contexto de reforma do Estado e de medidas de ajuste fiscal, resultantes da hegemonia do projeto neoliberal a partir da década de 1990.

Por outro lado, cabe reconhecer que, para o devido enfrentamento das expressões da questão social e da problemática urbana vivenciada pelas pessoas com deficiência e doença crônica, considera-se fundamental a participação social desses sujeitos, em articulação com os movimentos sociais urbanos, reivindicando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar que venha a romper com o imperialismo científico na formulação de propostas que atendam suas necessidades e demandas. Embora tenha alcançado o status de direito social que integra a Constituição desde setembro de 2015, há que se dar continuidade às “jornadas” para sua efetivação, enquanto estratégia contra-hegemônica rumo à materialização do projeto global da sociedade urbana, contemplando o direito à cidade e o direito à diferença.

Dessa maneira, a tese permitiu compreender os desafios que a problemática urbana (espacial) coloca para o exercício e formação profissional, a partir da relação entre as políticas de mobilidade urbana e transporte e de saúde, frente às necessidades sociais e demandas das pessoas com doença crônica na cidade do Rio de Janeiro. Como também lançar uma discussão mais ampla sobre o Serviço Social, na medida em que não se restringe a um olhar a partir da política urbana, e de sua clássica inserção na política de habitação, mas que surge a partir da política de saúde, característica heterodoxa compartilhada por diversos integrantes do UrbanoSS: Grupo de Estudos sobre Espaço Urbano, Vida Cotidiana e Serviço Social, da FSS/UERJ.

Nessa linha de raciocínio, cabe um parêntese sobre a importância do espaço social para a formação do assistente social. Esta discussão nos remete às Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996), em seus três núcleos de fundamentação: Núcleo de Fundamentos Teórico-Metodológicos da Vida Social,

(Democrática) e 1967 (Ditadura Militar). A Constituição de 1934 é a primeira que traz em seu conteúdo o reconhecimento de direitos sociais dos cidadãos brasileiros

Núcleo de Fundamentos da Formação Sócio-Histórica da Sociedade Brasileira e Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional.

No tocante aos fundamentos teórico-metodológicos da vida social, destaca-se a importância de se estimular um maior aprofundamento da discussão sobre espaço urbano, vida cotidiana e Serviço Social a partir de autores que, no campo da tradição marxista, vêm refletindo sobre o espaço, tais como Henri Lefebvre e David Harvey. Já com relação aos fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, observa-se que a categoria já vem se dedicando ao estudo de autores que se debruçam sobre a formação social brasileira, com ênfase sobre o urbano, como Octavio Ianni, Francisco de Oliveira, Paul Singer, Lucio Kowarick, José de Souza Martins, entre outros. E a respeito do Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional observa-se a relevância de aprofundar o conhecimento sobre a trajetória da profissão, de sua especial inserção no campo da política habitacional, mas há que se avançar para a reflexão sobre as demais políticas urbanas e de meio ambiente, assim como para outras iniciativas que ultrapassem a atuação profissional nos limites do Estado.

Assim, compreende-se que a formação do assistente social, inclusive a formação permanente, deve prever espaços de reflexão sobre a problemática urbana, seja através do estágio curricular, neste ou em outros campos, considerando a intersetorialidade das políticas públicas. Nesse espírito que, desde 2015, o debate sobre a política urbana vem sendo garantido na formação dos assistentes sociais residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/Oncologia do INCA, através do Módulo Teórico “Pressupostos Conceituais para a Prática do Assistente Social em Oncologia”, onde está prevista uma aula sobre Política Urbana. E, mais recentemente, desde o ano de 2017, no Módulo Prático “Processo de trabalho em saúde: a intervenção do serviço social a partir das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa I”, onde está prevista a construção de um catálogo de recursos assistenciais (que, em 2017, versou sobre o serviço de transporte sanitário na cidade do Rio de Janeiro e, em 2018, sobre os critérios adicionais de priorização dos candidatos a beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV) utilizados pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro)⁸³.

⁸³ Os resultados desse investimento foram: elaboração de um Trabalho de Conclusão de Residência, em 2016, apresentação de trabalhos no XII Congresso Internacional da Rede Unida, em 2016 (Cf. <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2775>) e na XIV

Mais do que nunca é necessário pensar a não fragmentação da vida social, sobretudo diante da conjuntura que se delineia para o próximo período, em que há a promessa de aprofundamento da contrarreforma do Estado. Este cenário permite considerar que haverá o acirramento da luta de classes, com retrocessos no campo dos direitos e das políticas sociais e urbanas, frente ao qual impõe-se a construção de propostas contra-hegemônicas que venham a garantir os direitos conquistados e acumular forças para a elaboração de um projeto global que venha a materializar a sociedade urbana.

REFERÊNCIAS

ACTANTES. RioCard: concentração de dinheiro e dados no sistema de transportes do Rio de Janeiro. 17 nov. 2016. Disponível em: <<https://actantes.org.br/riocard-concentracao-de-dinheiro-e-dados-no-sistema-de-transportes-do-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

ALMEIDA, N. L. T.; ALENCAR, M. T. **Serviço social, trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.

ALVES, M.; FONSECA E SILVA, A.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de Urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**. 14(2), p.181-187, abr./jun., 2010.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSPORTES PÚBLICOS (ANTP). **Sistema de Informações da Mobilidade Urbana**. São Paulo: ANTP, 2010.

_____. **Sistema de Informações de Mobilidade Urbana**: Relatório 2013. São Paulo: ANTP, 2015.

AZEVEDO, S. R. O programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. **Holos**, ano 32, v. 2, 2016.

BEHRING, E. R. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, E. et al (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S.M.de M.dos; MIOTO, R.C.T. **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo, Cortez, 1998.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social pública ainda é possível! **Revista Inscrita**, Brasília, n. 10, CFESS, 2007.

BRANDT, D. B. **Mobilidade Urbana para quem?** Considerações sobre a política de mobilidade urbana e transporte para pessoas com restrição de mobilidade e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Política e Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de

Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

BRANDT, D. B. Mobilidade urbana, transporte e saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Ser Social**, Brasília: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social / Universidade de Brasília v. 19, n. 41, p. 439-458, jul.-dez./2017.

_____, SABOIA, E.R.L.S.; LIMA, S.I.M. Mobilidade urbana e tratamento oncológico: considerações sobre o serviço de transporte sanitário no município do Rio de Janeiro. **Anais**: XIV Jornada de intercâmbio de trabalhos de Serviço Social na Área da Saúde do estado do Rio de Janeiro e VII Mostra de produção técnico-científica da Residência Multiprofissional em Saúde – HUCFF, Rio de Janeiro, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**. Seção 1, 20 set.1990, p.18055 (Publicação Original).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

_____. Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa oficial, 30 jun.1994

_____. Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000. Regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa oficial, 20 dez. 2000.

_____. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana (Estatuto da Cidade). **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa oficial, 11 jul. 2001 / 17 jul. 2001a [retificada].

_____. Portaria nº 298/MS, de 09 de agosto de 2001. Instruir na forma do Anexo desta Portaria, o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser utilizado para a identificação das pessoas portadoras de deficiência. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa oficial, 10 ago. 2001, 2001b.

_____. Ministério das Cidades. Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável. **Cadernos MCidades**. Brasília, n. 6, nov. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, p. 43, seção 1, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 2006b.

_____. Ministério das Cidades. **Brasil Acessível**: Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana. Cadernos 1 ao 6. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS-MS nº 502, de 28 de dezembro de 2009. Instituir, na forma do Anexo desta Portaria, o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS; Estabelecer que cabe aos gestores estaduais e municipais a adoção das providências necessárias à efetiva operacionalização do disposto nesta Portaria, definindo as instituições da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, para a emissão do Atestado [...] e Revogar a Portaria SAS/MS nº 275, de 31 de maio de 2005. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, n. 249, Seção 1, 30 dez. 2009, p. 65.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2010, seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei nº 12.587 de 03 de janeiro de 2012. **Política Nacional de Mobilidade Urbana**. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nºs. 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nºs-5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 4 jan.2012 (2012a).

BRASIL. Ministério dos Transportes. Portaria nº 261, de 03 de dezembro de 2012. Disciplina a concessão e a administração do benefício de passe livre à pessoa com deficiência, comprovadamente carente, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, de que trata a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 04 dez. 2012 (2012b).

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção 1, 07 jul. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente

obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Concessão de passe livre interestadual**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2016b. [versão jul. 2016] Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/images/passe_livre/ATESTADO_MEDICO_V3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, seção 1, n. 41, 1 mar. 2017a, p. 54/55. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=01/03/2017&pagina=54>>. Acesso em: 30 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 788, de 15 de março de 2017. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS no exercício de 2017, para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 40, § 6º, da Lei no 13.408, de 26 de dezembro de 2016, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, Brasília, 16 mar. 2017, ed. 52, seção 1, p. 65, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, nº 191, seção 1, 4 out. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.458, de 15 de dezembro de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei 13.528, de 29 de novembro de 2017, para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de veículos do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 18 dez. 2017, n. 241, seção 1, p. 14-136 (2017d)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 565, de 9 de março de 2018. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde - SUS no exercício de 2018, nos termos do art. 38, § 6º, inciso II, da Lei nº 13.473, de 8 de agosto de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 12 mar. 2018, n. 48, seção 1, p. 48.

_____. Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. **Requerimento de Passe Livre**. Brasília: Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. 2018 [versão ago.2018]. Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/images/2018/documentos/09/passe_livre/requerimento_beneficiario_com_foto_V3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 43-66.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006, p. 88-110.

_____; MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 197-216.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004

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

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

CAMARGO, C. L. de. Saúde: um direito essencialmente fundamental. **Âmbito jurídico**, Rio Grande, XVII, N. 120, jan. 2014.

CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.

CARDOSO, A. L.; ESTEVES, R. Concessão em transporte público rodoviário: uma breve discussão conceitual sobre o caso do Rio de Janeiro em 2009. **Revista Augustus**. Rio de Janeiro, v. 14, n.28, ago./2009, semestral.

CARDOSO, I. C. da C. O espaço urbano e a re-produção das relações sociais no pensamento de Henri Lefebvre: contribuições à teoria social crítica. **Libertas Online**. v. 11, n. 2, 2011.

CARLOS, A. F. A. As “novas” contradições do espaço. DAMIANI, A. L.; CARLOS, A. F. A.; SEABRA, O. C. L. (Org.). **O espaço no fim de século: a nova raridade**. São Paulo: Contexto, 1999.

_____. **A condição espacial**. São Paulo: Contexto, 2011.

_____. Da “organização” à “produção” do espaço no movimento do pensamento geográfico. In: CARLOS, A. F. A.; SOUZA, M. L.; SPOSITO, M. E. B. (Org.). **A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2011.

_____. A prática espacial urbana como segregação e o “direito à cidade” como horizonte utópico. In: VASCONCELOS, P. A.; CORRÊA, R. L.; PINTAUDI, S. M. (Org.). **A cidade contemporânea: segregação espacial**. São Paulo: Contexto, 2013.

CARLOS, A. F. A. A reprodução do espaço urbano como momento da acumulação capitalista. In: CARLOS, A. F. A. **Crise urbana**. São Paulo: Contexto, 2015

_____; ALVES, G.; PADUA, R. F. (Org.). **Justiça espacial e o direito à cidade**. São Paulo: Contexto, 2017.

_____. A privação do urbano e o “direito à cidade” em Henri Lefebvre. In: CARLOS, A. F. A.; ALVES, G.; PADUA, R. F. (Org.). **Justiça espacial e o direito à cidade**. São Paulo: Contexto, 2017.

CASTELLS, M. **A questão urbana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB/RJ). **Ata da 3ª reunião ordinária da CIB/RJ**. Rio de Janeiro, 06 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes/544-2017/4877-ata-da-3-reuniao-ordinaria-da-cib-rj.html>>. Acesso em: 15 jun.17.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CONSEMS-RJ). **Assembleia de março tem intensa participação de gestores**, Assembleia / destaques, 21 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.cosemsrj.org.br/assembleia-de-marco-tem-intensa-participacao-de-gestores>>. Acesso em: 15 jun.17.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Carta de Maceió**. Seguridade social pública: é possível! Maceió: CFESS, 2010.

COSTA, M. D. H. da. **Serviço Social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

COVRE, M. L M. Uma discussão teórica: ideologia neocapitalista e processo de burocratização. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 43-61, jan. 1980.

CRUZ, L. A. R. da. Direito à Saúde: de norma programática a direito individual exigível. **Revista SJRJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 34, p.119-132, ago. 2012.

CUNHA, A. M.; CANUTO, F.; LINHARES, L. MONTE-MÓR, R. L. O terror superposto: uma leitura do conceito lefebvriano de terrorismo na sociedade urbana contemporânea. **R. B. Estudos Urbanos e Regionais**, v. 5, n. 2, p.27-43, nov. 2003.

DÂMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011. p. 61-90.

DALLARI, S. G. O direito à Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 22(1), p. : 57-63, 1988.

_____. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. v. 9, n. 3, 2008.

DIEHL, D. A.; ROSA, MAZURA, V.A. Direito à Cidade: mobilidade urbana e tarifa zero. In: **Tarifazero.org**: uma cidade só existe para quem pode se movimentar por ela. 02 set. 2009. Disponível em: <https://ia800205.us.archive.org/4/items/direito_a_cidade/DireitoACidade-DiegoAugustoDiehl.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M.C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, v.13, n.3, pp.1041-1050.

FAGNANI, E. **Pobres viajantes**: Estado e transporte coletivo urbano Brasil-Grande São Paulo – 1964/84. 1985. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UNICAMP (IFCH/UNICAMP). Campinas, 1985.

_____. "Vândalos" do transporte público, ditadura e democracia. **Carta Capital**. 2014. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/vandalos-do-transporte-publico-ditadura-e-democracia-3617.html>>. Acesso em: 27 dez.2015.

FEMAMA. **Apresentação**. Porto Alegre (RS). Disponível em: <<https://www.femama.org.br/2018/br/femama/apresentacao>>. Acesso em 01 dez.2018

FETRANSPOR. **Relatório de Atividades Fetranspor 2013**. Rio de Janeiro: Fetranspor, 2014.

_____. **Relatório de Atividades Fetranspor 2014**. Rio de Janeiro: Fetranspor, 2015.

_____. **Relatório de Atividades Fetranspor 2015**. Rio de Janeiro: Fetranspor, 2016.

_____. **Legislação**. Disponível em: <<https://www.fetranspor.com.br/legislacao>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

_____. **Mobilidade urbana**: setor em números. Disponível em <<https://www.fetranspor.com.br/mobilidade-urbana-setor-em-numeros>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

FONSECA, T. M. A. da. A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico. **O Social em Questão**, Ano XVII, nº 30, 2013, p.327-352.

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

GOMES, J. M. O Estado a serviço do capital monopolista e contra os trabalhadores. In: Homepage da ADUFS-SSIND. 09 de agosto de 2013. [Disponível em <http://www.adufs.org.br/index.php/k2-item/item/43-o-estado-a-servico-do-capital-monopolista-e-contra-os-trabalhadores>, acesso em 01.12.2014] Sergipe: ADUFS-SSIND, 2013.

_____. **A produção capitalista do espaço**. 2a. ed. São Paulo: Annablume, 2006.

_____. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

_____. Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana. São Paulo: Martins Fontes, 2014. Resenha de: BRANDT, D. B. Vida longa à cidade! **Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea. Rio de Janeiro: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, v. 12, p. 217-220, 2014.

_____; ŽIZEK, S., ALI, T. (Org.). **Occupy**: movimentos de protesto que tomaram as ruas. São Paulo: Boitempo / Carta Maior, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

INOUE, M. F. M. **Repensando as pessoas com deficiência à luz da Assistência Social**. Texto para fins didáticos. Rio de Janeiro, 2018, (mimeo.)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas**, tema / sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010; 2011; 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude.html>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2008**. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Censo Demográfico – 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 2**: tarifação e financiamento do transporte público urbano. Brasília: IPEA, 2013.

_____. **Infraestrutura social e urbana no Brasil**: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. L.6. v.2. Brasília: IPEA, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Cartilha IBDD dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. 3. ed. Rio de Janeiro: IBDD, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **INCA**: Institucional. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/institucional>> Acesso em: 02 jan. 2017.

_____. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. **INCA**: onde tratar pelo SUS: Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/rio-janeiro>>. Acesso em: 05 dez.2018.

JUDENSNAIDER, E.; LIMA, L.; POMAR, M; ORTELLADO, P. **Vinte Centavos**: a luta contra o aumento. São Paulo: Veneta, 2013.

JUNQUEIRA, L. A, P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde & Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KLEIMAN, M. Transportes e mobilidade e seu contexto na America Latina. **Texto para fins didáticos** – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011 (mimeo).

KOGA, D. Cidades entre territórios de vida e território vivido. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 72, p.23-52, nov. 2002.

LEFEBVRE, H. **A Irrupção**. A revolta dos jovens na sociedade industrial: causas e efeitos. São Paulo: Editora Documentos, 1968.

_____. **O fim da história**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1971.

_____. **Contra los tecnocratas**. 1. ed. Argentina: Granica Editor, 1972

_____. **A re-produção das relações sociais de produção**. Porto: Publicações Escorpião, 1973.

_____. **De lo rural a lo urbano**. 4. ed. Barcelona: Edicions 62, 1978.

_____. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ed. Ática, 1991. Série Temas, v. 24, Sociologia e Política.

_____. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

_____. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La Production de L'Espace. 4. ed. Paris: Ed. Anthropos, 2000). Primeira versão: início – fev. 2006.

_____. **O direito à cidade**. 5a. ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2008.

LEFEBVRE, H. **Espaço e política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

LOPES, Bárbara. Movimentos sociais: contra a cultura do automóvel, pelo direito à mobilidade. In: PAULA, M. de; BARTELT, D. D. (Org.). **Mobilidade urbana no Brasil**: desafios e alternativas. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2016.

LOURENÇO, A. **Quem tem direito à cidade?** Lutas pelo direito de ir e vir na metrópole do Rio de Janeiro (1980-2005). 2006. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MAGALHÃES, L.R.; BERTA, R. Empresários de ônibus diversificam negócios e até vendem veículos para si mesmos. In: **O Globo**. Rio de Janeiro, 14 jul. 2013. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/empresarios-de-onibus-diversificam-negocios-ate-vendem-veiculos-para-si-mesmos-9027881>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

_____. Empresas criadas pela Fetranspor operam bilhetagem das vans, que repassam 8% da receita. In: **O Globo**. Rio de Janeiro, 15 jul. 2013. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/empresas-criadas-pela-fetranspor-operam-bilhetagem-das-vans-que-repassam-8-da-receita-9034658>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MALLMANN, E. Direito à saúde e responsabilidade do Estado. In: **DireitoNet**, out. 2012. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os economistas).

MAIOR, I. M. M. de L. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. **Inc. Soc.**, Brasília, DF, v. 10, n.2, p. 28-36, jan./jun. 2017.

MARICATO, E. A cidade e o automóvel. **Ciência & Ambiente**, v.37, p.5-12, 2008.

_____. É a questão urbana, estúpido! In: MARICATO et al. **Cidades rebeldes**: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____ et al. **Cidades rebeldes**: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MARTINS, J. de S. (Org.). **Henri Lefebvre e o retorno à dialética**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1996.

MARTINS, M.C. RJ tem R\$ 512,6 milhões de prejuízo por duplo custeio na gratuidade de ônibus, diz MP-RJ. In: **O Globo**, G1 Rio. Rio de Janeiro: O Globo, 30 out. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de->

janeiro/noticia/2018/10/30/rj-tem-r-5126-milhoes-de-prejuizo-por-duplo-custeio-na-gratuidade-de-onibus-diz-mp-rj.ghhtml>. Acesso em: 30 out. 2018.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985 (Os economistas). v. 1, 2 e 3.

_____. **Capítulo VI Inédito de O Capital**: resultados do processo de produção imediata. O Capital. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

MATTOS, Thiago. Beneficiados por Vale Social reclamam de atraso de cartões e insuficiência de crédito. In: **O Globo**, Rio, Bairros. Rio de Janeiro: O Globo, 29 mar. 2015. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/bairros/beneficiados-por-vale-social-reclamam-de-atraso-de-cartoes-insuficiencia-de-credito-15722354>>. Acesso em: 30 ago. 2018

MAYER, E.; SELOW, M. L. C. Transporte Sanitário e Gestão da Qualidade: revisão bibliográfica. **Revista Dom Acadêmico**, Curitiba, v. 2, p.53-118, jan./jun. 2017.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. In: **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013.

MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MOISES, J.A.; MARTINEZ-ALIER, V. A revolta dos subúrbios ou “Patrão, o trem atrasou”. In: **Contradições urbanas e movimentos sociais**, Rio de Janeiro, CEDEC/PAZ e Terra, 1977.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: _____; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MORAES, P. S. Direito à Saúde: o problema da eficácia das normas constitucionais e da exigibilidade judicial dos direitos sociais. **Caderno Virtual**. n. 24, v. 1, Jul./Dez.2011.

MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social. São Paulo: Cortez, 1995.

MOVIMENTO PASSE LIVRE (MPL). Não começou em Salvador, não vai terminar em São Paulo. In: MARICATO, E. et al. **Cidades rebeldes**: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013.

NASCIMENTO, R.; INOUE, M. A necessidade de revisão dos critérios de elegibilidade para concessão do Benefício de Prestação Continuada para Pessoas com Deficiência: o direito dos excluídos do BPC. In: **ETIC**: Encontro de Iniciação Científica. Anais do Encontro de Iniciação Científica das Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, v. 9, n. 9, 2013, s. p.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas. **Serviço Social e Sociedade**, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. M. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à Saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, N. 3, Rio de Janeiro, may./jun. 2004.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL RJ. Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Compreendendo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro: OAB, 2010.

PAIVA, F. Vereador e Rio Ônibus travam duelo pelo Facebook. In: **Jornal Extra**. Notícias, 14 maio 2014. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/extra-extra/vereador-rio-onibus-travam-duelo-pelo-facebook-12487598.html>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

PENSESUS. Direito à Saúde. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude>>. Acesso em> 01 jul. 2017.

PEREIRA, T. D. **Política Nacional de Assistência Social e território**: um estudo à luz de David Harvey. 2009. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, P. A.P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PIRES, F. L. Deficiência e mobilidade: uma análise da legislação brasileira sobre gratuidade e transporte público. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p.391-408, jul./dez. 2009.

RIBEIRO, L. C. Q.; CARDOSO, A. L. Plano Diretor e gestão democrática da cidade. In: _____. **Reforma urbana e gestão democrática**: promessas e desafios do Estatuto da Cidade. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 103-118.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Constituição do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1989.

RIO DE JANEIRO (Estado). Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). Lei Complementar nº 74, de 10 de setembro de 1991. Regulamenta o artigo 14 e seus incisos, da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, 16 set. 1991.

_____. Lei nº 4.291 de 22 de março de 2004. Institui o sistema de bilhetagem eletrônica nos serviços de transporte coletivo de passageiros por ônibus, de competência do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 25 mar 2004

_____. Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, passa as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 22 mar. 2005.

_____. Decreto nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005. Regulamenta a Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 28 fev. 2005

_____. Decreto nº 37.707, de 30 de maio de 2005. Dispõe sobre a execução da Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 31 maio 2005.

_____. Decreto nº 37.920, de 05 de julho de 2005. Dispõe sobre a utilização da carteira de passe especial, pelos beneficiários do vale social, instituído pela Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 06 jul. 2005

_____. Decreto nº 41.989, de 12 de agosto de 2009. Dá nova redação ao Decreto nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005, e determina outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 13 ago. 2009

_____. Lei nº 5.628 de 29 de dezembro de 2009. Institui o bilhete único nos serviços de transporte coletivo intermunicipal de passageiros na região metropolitana do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 30 dez. 2009

_____. Decreto nº 42.262 de 26 de janeiro de 2010. Regulamenta a Lei nº 5.628 de 29 de dezembro de 2009, que institui o bilhete único nos serviços de transporte coletivo intermunicipal de passageiros na região metropolitana do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 27 jan. 2010

_____. Decreto nº 45.338 de 10 de agosto de 2015. Altera o Decreto nº 42.262 de 26 de janeiro de 2010, que regulamenta a Lei nº 5.628 de 29 de dezembro de 2009,

acerca do bilhete único nos serviços de transporte coletivo intermunicipal de passageiros na região metropolitana do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 11 ago. 2015

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 7.123 de 08 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 4.291 de 22 de março de 2004 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 09 dez.15

_____. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Defensoria, MP e OAB fazem recomendação sobre Vale Social e RioCard. In: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Notícias**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 16 set. 2016. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/3145-Entidades-fazem-recomendacao-sobre-Vale-Social-e-RioCard-Especial>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

_____. Decreto nº 45.820, de 11 de novembro de 2016. Altera o Decreto Estadual nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005, o qual regulamenta a lei estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 16 nov. 2016

RIO DE JANEIRO (RJ). **Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (1990)**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Procuradoria-Geral do Município, 2010.

_____. Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000. Assegura o exercício das gratuidades previstas no Art. 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ), 29 dez. 2000

_____. Lei nº 5.211, de 01 de julho de 2010. Institui o Bilhete Único Municipal. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ), 06 jul. 2010

_____. Decreto nº 32.842, de 01 de outubro de 2010. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros no Município do Rio de Janeiro, incluindo o exercício das gratuidades legalmente instituídas. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ), 04 out. 2010.

_____. Decreto nº 41.575, de 18 de abril de 2016. Dá nova redação ao Decreto nº 32.842 que regulamentou a Lei nº 5.211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluindo o exercício de gratuidades legalmente instituídas. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ), 19 abr. 2016

RIO DE JANEIRO (RJ)._Decreto Municipal nº 42.296, de 23 de setembro de 2016. Altera a redação do Art. 10 do Decreto nº 41.575, de 18 de abril de 2016. **Diário Oficial do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (RJ), 26 set. 2016

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Gratuidade - Riocard**. Disponível em <<http://subpav.org/download/riocard/RioCard-Reabilitacao.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Serviços de Reabilitação**, Ações em Saúde, Reabilitação. Rio de Janeiro (RJ), s.d. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/reabilitacao>>. Acesso em: 26 jun. 2017

_____. Secretaria Municipal de Transportes (SMRT). Ônibus Online. In: **Transporte On line**. Rio de Janeiro (RJ), 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smtr/onibus-online>>. Acesso em: 25 set. 2013.

_____. **CPI dos ônibus**. Rio de Janeiro (RJ), 2017. Disponível em: <<http://cpidosonibus.com.br>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

RODRIGUES, J.M. Qual o estado da mobilidade urbana no Brasil? In: PAULA, M.de; BARTELT, D.D. (Org.) **Mobilidade urbana no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2016.

_____. O estado da mobilidade urbana no Rio de Janeiro. In: PAULA, M. de; BARTELT, D.D. (Org.). **Mobilidade urbana no Brasil: desafios e alternativas**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2016.

_____. O estado da acessibilidade para portadores de deficiência nas cidades brasileiras. In: PAULA, M. de; BARTELT, D. D. (Org.) **Mobilidade urbana no Brasil: desafios e alternativas**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2016.

ROLNIK, R. As vozes das ruas: as revoltas de junho e suas interpretações. In: MARICATO et al (Org.). **Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica da Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 9. n. 2, p. 129-136, 2005.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal de Mobilidade e Transportes. **Atende+**: Serviço de Atendimento Especial. São Paulo (SP), s.d. Disponível em: <<http://www.sptrans.com.br/atende/>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SINGER, P. **Economia política da urbanização**. 11. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.

SERPA, A. **O espaço público na cidade contemporânea**. 2. ed., 3. reimpressão, São Paulo: Contexto, 2017.

SILVEIRA, M. R.; COCCO, R. G. Transporte público, mobilidade e planejamento urbano: contradições essenciais. **Estudos Avançados**, 27 (79), 2013.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: _____. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 2011. p. 193-232.

VASCONCELLOS, E. A. **Políticas de transporte no Brasil: a construção da mobilidade excludente**. Barueri, SP: Manole, 2013.

VÉRAS, M. P. B. **Trocando olhares: uma introdução a construção sociológica da cidade**. São Paulo, Educ-Studio Nobel, 2000.

VIANA, A. L. A.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.) **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2009.

APÊNDICE A – Tabela 3 – Dados clínicos e sociodemográficos das pessoas com câncer: INCA/HC III, 2012 – 2016 (continua)

Dados clínicos	Ano da primeira consulta	2012	1507
		2013	1305
		2014	1293
		2015	1243
		2016	1265
	Diagnóstico e tratamento anteriores	Sem diagnóstico e sem tratamento	
	Com diagnóstico e sem tratamento		4814
	Com diagnóstico e com tratamento		346
	Sem informação		0
Estadiamento clínico	Tumor <i>in situ</i> (0, 1)		1532
	Tumor localmente avançado (2A, 2B, 3A, 3B, 3C)		4213
	Tumor metastático (4)		744
	Sem informação		124
Óbito por câncer	Sim		1330
Sexo	Mulheres		6585
	Homens		28
Raça/Etnia	Branco		3286
	Pardo		2125
	Preto		1190
	Amarelo		9
	Indígena		2
	Sem informação		1
Dados sociodemográficos	Estado Civil	Casado	2458
		Solteiro	1642
		Viúva	1155
		Separado Judicialmente	749
		União Consensual	506
		Não informado	103
	Escolaridade	Nenhuma	298
		Fundamental incompleto	2381
		Fundamental completo	1059
		Nível médio	1993
		Nível superior incompleto	197
	Profissão	Nível superior completo	670
		Não se aplica (sem ocupação e estudante)	2374
Trabalhadores de serventia (domicílios) e trabalhadores assemelhados (doméstica, diarista, faxineira, copeira, babá e caseiro)		944	
	Sem informação	505	

APÊNDICE A – Tabela 3 – Dados clínicos e sociodemográficos das pessoas com câncer: INCA/HC III, 2012 – 2016 (final)

Dados sociodemográficos	Estado de moradia	Rio de Janeiro	6591
		Outros estados	22
	Cidade de moradia	Rio de Janeiro	4137
		Outras cidades	2476
	Área programática de moradia	AP 1	440
		AP 2	675
		AP 3	1654
		AP 4	410
AP 5		1174	

Fonte: Seção de Serviço Social – HC III / INCA (2018)