

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“AUTARQUIAS INCLUSIVAS? O/A ENFERMEIRO/A DE REABILITAÇÃO NA ELIMINAÇÃO
DE BARREIRAS ARQUITETÓNICAS”

“INCLUSIVE MUNICIPALITIES? THE REHABILITATION NURSE IN THE ELIMINATION OF
ARCHITECTURAL BARRIERS”

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins

Rute Salomé da Silva Pereira
Porto, 2018

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.”

Declaração Universal dos Direitos Humanos,
Organização das Nações Unidas (1948)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins que desde o primeiro momento demonstrou entusiasmo por este projeto, por ser sempre uma força motivadora e por toda a disponibilidade que sempre me dedicou ao longo deste percurso.

Ao Arqtº João Santos que despertou em mim a curiosidade sobre a temática, dando também o seu contributo neste projeto.

À Presidência das Câmaras Municipais envolvidas e que, desde logo demonstraram interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Aos Ex.^{mos} e às Ex.^{mas} Presidentes de Junta de Freguesia e Responsáveis pelos Departamentos de Acessibilidade das Câmaras Municipais que nos deram o privilégio da sua participação neste estudo permitindo que este percurso fosse possível.

À minha família, sei que nem sempre foi fácil perceberem a minha ausência.

Ao meu marido Paulo que foi sempre um porto seguro, obrigada pela compreensão e, por acreditares!

A Deus.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

CET/ISCTE – Centro de Estudos Territoriais/ Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENDEF – Estratégia Nacional para a Deficiência

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*)

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIPDI – Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade

PDM – Plano Diretor Municipal

PNPA – Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade

PCM – Presidência do Conselho de Ministros

RAMPA – Regime de Apoio aos Municípios para a Acessibilidade

RAR – Resolução da Assembleia da República

RCM – Resolução de Conselho de Ministros

UE – União Europeia

VNF – Vila Nova de Famalicão

RESUMO

Introdução: a acessibilidade ao meio físico edificado é essencial para a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada. As autarquias locais assumem um papel de destaque no cumprimento das políticas públicas pela eliminação de barreiras arquitetónicas.

Objetivos: descrever a importância que os/as Presidentes de Junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade; identificar quais os constrangimentos que vivenciam no sentido de abolir barreiras arquitetónicas; analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva; caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/as Presidentes de Junta; compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Metodologia: estudo misto com recurso a um desenho convergente paralelo: QUAN+QUAL. Na componente qualitativa recorreremos a uma amostra por escolha racional, composta por três responsáveis pelos departamentos da acessibilidade das câmaras municipais e dois/duas Presidentes de Junta, realizámos entrevistas semiestruturadas e os dados foram submetidos a análise de conteúdo. Na componente quantitativa recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 21 Presidentes de Junta. Para a recolha de dados aplicámos um questionário *ad hoc*, com 11 perguntas relacionadas com a opinião dos/as participantes e a aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006.

Resultados: todos/as os/as Presidentes de Junta assumem a importância na eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada; 95,3% assumem que as juntas de freguesia têm uma importância estratégica na promoção da acessibilidade; 76,2% desconhecem quantas pessoas com deficiência vivem na área territorial da freguesia; 95,2% revelam ter realizado intervenções para eliminar barreiras arquitetónicas. As mais intervencionadas foram em passeios e percursos pedonais acessíveis, passadeiras, no acesso a equipamentos municipais, a parques, jardins públicos e escolas. Muitos espaços e equipamentos de uso público permanecem acessíveis apenas com a ajuda de terceiros. Dos apoios que as pessoas com mobilidade condicionada podem usufruir salienta-se o técnico (27%) e o financeiro (7%).

Conclusão: o/a enfermeiro/a de reabilitação pode ser o/a grande impulsionador/a na sensibilização da comunidade, das juntas de Freguesia e das Câmaras Municipais para o emergir de autarquias inclusivas.

Palavras-chave: enfermagem em reabilitação, estruturas de acesso, governo local, pessoas com deficiência, limitação da mobilidade.

ABSTRACT

Introduction: accessibility to the built physical environment is essential for the social inclusion of disabled people. Local authorities assume a prominent role in the fulfilment of public policies by the elimination of architectural barriers.

Objectives: to describe the importance that parish council president attach to their role regarding the theme of accessibility; identify the constraints they face in order to abolish architectural barriers; analyse changes at a local level to enable a more inclusive society; to characterize the municipalities regarding accessibility in the perspective of the Presidents of the Board; understand the processes of abolition of architectural barriers when conditioned mobility occurs.

Methodology: mixed methods research using a convergent parallel design: QUAN + QUAL. In the qualitative component we used a sample by rational choice, composed of three responsible for the offices/department of accessibility of the city councils and two parish council presidents, we conducted semi-structured interviews and the data were submitted to content analysis. In the quantitative component we used a non-probabilistic sample for convenience, made up of 21 parish council presidents. To collect data, we applied an *ad hoc* questionnaire, with 11 questions related to the opinion of the participants and the application of Decree-Law no. 163/2006.

Results: all parish council presidents take on the importance of removing architectural barriers for people with disabilities; 95,3% assume that parish councils have strategic importance in promoting accessibility; 76,2% do not know how many people with disabilities live in the territorial area of the parish; 95,2% reported having had interventions to eliminate architectural barriers. The most intervened were in walks and accessible pedestrian routes, walkways, access to municipal equipment, public parks, gardens and schools. Many public spaces and equipment remain accessible only with the help of third parties. Of the supports that disabled people can enjoy, the technical (27%) and financial (7%) are highlighted.

Conclusion: the rehabilitation nurse can be a major driver in raising awareness of the community, the parish and municipal councils to become visible inclusive municipalities.

Keywords: rehabilitation nursing, architectural accessibility, local government, disabled persons, mobility limitation

ÍNDICE

I PARTE – EM TORNO DO PROBLEMA DA ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA	23
1. A PESSOA COM MOBILIDADE CONDICIONADA E A ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA..	25
1.1 A pessoa com mobilidade condicionada – uma mudança de paradigma	25
1.1.1 Do modelo médico ao modelo Social - Evolução conceptual	31
1.1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	33
1.2 Da promoção da acessibilidade arquitetónica à inclusão social	35
1.3 Barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na via pública e edifícios públicos.....	39
2. AUTARQUIAS INCLUSIVAS? AS POLÍTICAS DE ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA	43
2.1 As políticas públicas portuguesas para a promoção da acessibilidade arquitetónica.....	45
2.2 As Autarquias locais e o seu contexto legislativo	48
2.3 Quadro das políticas europeias para a promoção da acessibilidade	52
3. CONTRIBUTOS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA	55
II PARTE – TRAÇAR UM CAMINHO PARA COMPREENDER O PROCESSO DA ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA	65
1. O PARADIGMA E A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	69
2. A PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	73
3. O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	75
3.1 População/amostra e técnica de amostragem	78
3.2 Variáveis do estudo e sua operacionalização	79
3.3 Métodos de colheita de dados	85
3.4 Procedimentos de colheita de dados	89
3.5 Tratamento dos dados	91
4. QUESTÕES ÉTICAS	95

III PARTE – MERGULHAR NA REALIDADE DAS BARREIRAS ARQUITETÓNICAS	97
1. O PULSAR DOS/AS RESPONSÁVEIS PELA ACESSIBILIDADE NOS MUNICÍPIOS	99
1.1 Olhares sobre a aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006	101
1.2 Mudanças para o futuro	112
2. EM TORNO DAS REALIDADES LOCAIS – OLHARES DOS/AS PRESIDENTES DE JUNTA	127
2.1 Caracterização sociodemográfica dos/as Presidentes de Junta	127
2.2 A eliminação de barreiras arquitetónicas e a promoção da acessibilidade arquitetónica nas autarquias locais.....	129
2.3 Dificuldades dos/as Presidentes de Junta na eliminação de barreiras arquitetónicas 133	
2.4 As barreiras arquitetónicas existentes nos locais de acesso público	135
2.5 Perspetiva dos/as Presidentes de Junta sobre a caracterização das autarquias locais quanto à acessibilidade arquitetónica.....	138
2.6 Processo para a abolição de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada.....	150
3. FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES PARA A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA.....	157
4. PROPOSTA PARA MELHORAR OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ÁREA DA ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA	175
CONCLUSÃO	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
ANEXOS	209
Anexo I – Guião da entrevista	210
Anexo II – Questionário <i>ad hoc</i>	213
Anexo III – Pedido de autorização	219
Anexo IV – Consentimento informado	220
Anexo V – Parecer da Comissão de Ética.....	221

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Representatividade da amostra por município	79
Tabela 2: Descrição da variável “Características sociodemográficas dos/as Presidentes de Junta”	128
Tabela 3: Descrição da variável “ Importância das barreiras arquitetónicas”	129
Tabela 4: Descrição da variável “Situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica”	130
Tabela 5: Descrição da variável “Eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção”	131
Tabela 6: Descrição da variável “Dificuldades à eliminação de barreiras arquitetónicas” ...	133
Tabela 7: Descrição da variável “Barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos ”	136
Tabela 8: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Pisos e revestimentos	139
Tabela 9: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passeios	140
Tabela 10: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Escadaria na via pública	141
Tabela 11: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Abrigos de passageiros	142
Tabela 12: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Rampas na via pública	142
Tabela 13: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passagens de peões de superfície	143
Tabela 14: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passagens de peões desniveladas.....	144
Tabela 15: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Percurso acessível no interior de edifícios	145
Tabela 16: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Ascensores e plataformas elevatórias em edifícios e estabelecimentos em geral	146
Tabela 17: Descrição da variável “Percurso acessíveis em espaços de uso público”	147
Tabela 18: Descrição da variável “Apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas”	150
Tabela 19: Descrição da variável “Propostas de melhoria das condições de acessibilidade”	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Concordância com a existência de barreiras arquitetónicas no acesso a locais públicos	138
Gráfico 2: Acesso para pessoas em cadeira de rodas/ mobilidade condicionada só com auxílio de uma terceira pessoa	149
Gráfico 3: Apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas	151
Gráfico 4: Propostas de melhoria para a acessibilidade	153

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Diferenças entre o modelo médico e o modelo social	32
Quadro 2: Operacionalização da variável: características sociodemográficas	80
Quadro 3: Operacionalização da variável: importância das barreiras arquitetónicas e o papel do/a Presidente de Junta.....	80
Quadro 4: Operacionalização da Variável: situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica	81
Quadro 5: Operacionalização da variável: eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção	81
Quadro 6: Operacionalização da variável: dificuldades à eliminação de barreiras arquitetónicas	82
Quadro 7: Operacionalização da Variável: propostas de melhoria das condições de acessibilidade	82
Quadro 8: Operacionalização da variável: Barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos	83
Quadro 9: Operacionalização da variável: apoios para pessoas com mobilidade condicionada concedidos pela junta de freguesia de acordo com o tipo de barreiras arquitetónicas.....	84
Quadro 10: Operacionalização da Variável: opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006.....	84
Quadro 11: Operacionalização da Variável: percursos acessíveis em espaços de uso público	85
Quadro 12: Características sociodemográficas dos/as responsáveis pelos departamentos de acessibilidade”	100

Quadro 13: Domínios e categorias consideradas	100
Quadro 14: A tomada de decisão	102
Quadro 15: Ferramentas de apoio à tomada de decisão.....	104
Quadro 16: Dificuldades na implementação de medidas.....	107
Quadro 17: Papel do/da Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica.....	108
Quadro 18: Posição estratégica das juntas de freguesia	109
Quadro 19: Mudanças para ambientes acessíveis.....	113
Quadro 20: Cidadãos/ãs invisíveis.....	115
Quadro 21: Política inclusiva	116
Quadro 22: Projetos desenvolvidos.....	118
Quadro 23: Visão estratégica	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pessoas com mobilidade condicionada	27
Figura 2: Esquema conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	34
Figura 3: Dimensões do conceito de acessibilidade	36
Figura 4: Desenho de pesquisa por métodos mistos: desenho convergente paralelo	75
Figura 5: Desenho do estudo: Método mistos – estratégia convergente paralela QUAN+QUAL	77
Figura 6: Realidades sentidas na aplicação do Decreto-Lei n.º 163/2006	110
Figura 7: Mudanças implícitas	121
Figura 8: Modelo em uso pelos responsáveis dos departamentos da acessibilidade da câmara municipal e Presidentes de Junta	125
Figura 9: Representação das áreas de avaliação e intervenção para boas práticas de enfermagem de reabilitação	176
Figura 10: Rede de articulação para o trabalho da enfermagem de reabilitação	179
Figura 11: Papel do/a EEER para autarquias inclusivas.....	180

INTRODUÇÃO

A promoção da acessibilidade constitui uma condição essencial para o pleno exercício dos Direitos e Deveres Fundamentais bem como dos Direitos e Deveres Sociais integrados na Constituição da República Portuguesa, como é o caso do princípio da universalidade e da igualdade, direito à proteção da saúde, ambiente e qualidade de vida, bem como direito à habitação e urbanismo (CRP, 2005).

Nos Censos de 2011, referem que *“a maioria dos edifícios não era acessível a pessoas com mobilidade condicionada”* (INE, 2012 p. 40), cerca de 59% dos edifícios, não apresentavam entrada acessível para uma pessoa com mobilidade condicionada, sendo esse acesso possível somente em 41% dos edifícios. Referem ainda que a região Norte e a Região Autónoma da Madeira apresentavam o valor mais baixo no que concerne aos edifícios com acesso para pessoas em cadeira de rodas sendo inferior a 40%.

A Revista Pro Teste num artigo intitulado Deficientes e edifícios públicos: um milhão de portugueses ignorados, avaliou a acessibilidade de edifícios públicos como Repartições de finanças e Segurança social, edifícios das juntas de freguesia e câmaras municipais e relatam que os resultados são *“verdadeiramente dececionantes”* (DECO/Pro Teste, 2003).

O Decreto-Lei nº 163/2006, que coloca em vigor diploma que define o Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, veio revogar o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. A 17 de Janeiro de 2007 em Resolução do Conselho de Ministros (RCM) é apresentado o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (PNPA) em que o XVII Governo Constitucional assume um conjunto de medidas que pretende concretizar no sentido de proporcionar iguais condições a todos os cidadãos apesar da sua condição física. O PNPA definiu linhas, medidas e ações que foram divididas em dois períodos até 2010 e de 2011 até 2015 (RCM nº 9/2007).

A Lei de bases gerais da política pública de solos, de ordenamento do território e de urbanismo constitui como intuito *“Promover a acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada aos edifícios, equipamentos e espaços verdes ou outros espaços de utilização coletiva”* (Lei nº31/2014, p. 2988). No artigo 8º dos Deveres do Estado, das regiões autónomas e das autarquias locais refere que estes têm o dever de promover a política

pública de solos, de ordenamento do território e de urbanismo. Para este efeito, têm o dever de *“Garantir a existência de espaços públicos (...) acautelando que todos tenham acesso aos mesmos em condições de igualdade”* (Lei nº31/2014, p. 2989).

Os órgãos autárquicos locais, como podemos compreender, são atores políticos dos territórios no que concerne à implementação destas leis para a construção de cidades inclusivas e acessíveis para pessoas com mobilidade condicionada.

Por outro lado, segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação o/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER): *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8659).

O mesmo regulamento enuncia ainda que, o/a EEER *“promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”* através da demonstração de conhecimentos sobre legislação específica, sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas, identificação de barreiras arquitetónicas orientando para a sua eliminação, podendo ainda emitir pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8659). O/a EEER tem competências para a promoção da acessibilidade universal junto da sociedade e um vetor importante para melhorar a qualidade de vida e a plena participação cívica e social de todos.

Num estudo prévio intitulado “Barreiras arquitetónicas – contexto dos enfermeiros” levado a cabo pelas autoras deste trabalho no sentido de melhor compreender o fenómeno em estudo foi aplicado um questionário a enfermeiros/as e uma das questões colocadas foi se conheciam o processo de ativação dos meios responsáveis para a eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na comunidade e 58,2% dos/as inquiridos/as responderam que não conheciam e ainda 60% não sabiam a quem se dirigir caso necessitassem de solicitar intervenção para eliminar algum tipo de barreiras arquitetónicas; por outro lado, 58,9% dos enfermeiros/as responderam que no exercício da sua prática diária não desenvolviam qualquer tipo de intervenção para promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social. Quando questionado se conheciam legislação específica para a acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais 44,6% referem não possuir qualquer conhecimento sobre a legislação em vigor.

No entanto, e apesar das sucessivas medidas legislativas levadas a cabo nesta área no nosso país não têm havido alterações consideráveis, persistindo uma larga percentagem de edifícios, espaços e instalações públicas que não satisfazem as condições mínimas de acessibilidade.

Como verificou Henriques (2004) as barreiras arquitetónicas são um problema transversal a muitas pessoas pelo que refere que a sua diminuição é fundamental para a sua independência. Contudo, a literatura encontrada centra-se na perspetiva da pessoa que experiencia mobilidade condicionada, seja por uma situação definitiva ou transitória, contudo é pertinente alargar o estudo deste fenómeno a outros atores envolvidos neste processo.

Face a esta contextualização relativa à acessibilidade e a respetiva eliminação das barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada questionamo-nos como respondem as autarquias locais, ao nível dos seus órgãos executivos, na eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada?

O desenho da investigação terá por base uma metodologia mista e abordará a problemática da eliminação das barreiras arquitetónicas e da acessibilidade arquitetónica na perspetiva dos órgãos autárquicos locais. Para tal, utilizaremos o desenho por métodos mistos com recurso a um desenho convergente paralelo, um tipo de desenho no qual dados quantitativos e qualitativos são colhidos simultaneamente, analisados separadamente para serem misturados na fase da interpretação (Creswell, et al., 2011).

As barreiras arquitetónicas fomentam a exclusão e a desigualdade entre os/as cidadãos/ãs, pelo que consideramos que ao investir a este nível poderemos promover sociedades mais inclusivas e esclarecidas sensibilizando para uma nova cultura de acessibilidade e mobilidade para todos e contribuir para uma explicitação do processo de eliminação de barreiras arquitetónicas e orientação das pessoas com mobilidade condicionada ao nível dos órgãos autárquicos.

De acordo, com o III Plano de Nacional para a Igualdade Cidadania e Género (2007-2010) a *“linguagem é fundamental na construção das identidades e na reprodução das representações sociais de género”* (RCM nº82/2007, p. 3959). Tornou-se pertinente incluir esta perspetiva de género no domínio deste trabalho de investigação promovendo a igualdade de género na linguagem. Assim, este relatório foi elaborado utilizando linguagem inclusiva e tendo por base o “Guia para uma linguagem promotora da igualdade entre

mulheres e homens na Administração Pública” da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (Abranches, 2009).

Este relatório irá dividir-se em três partes: a primeira parte “Em torno do problema da acessibilidade para pessoa com mobilidade condicionada” irá dividir-se em três capítulos, a segunda parte “Traçar um caminho para compreender o processo da acessibilidade arquitetónica” em quatro capítulos e a terceira parte “Mergulhar na realidade das barreiras arquitetónicas” em cinco.

Na primeira parte efetuaremos uma reflexão sobre a pessoa com mobilidade condicionada e o problema da acessibilidade na via pública e edifícios públicos. Naquele que será o segundo capítulo, analisaremos o contexto legislativo em Portugal e na Europa relativamente à problemática da acessibilidade. No terceiro capítulo, aprofundaremos qual o papel do/a EEER relativamente às pessoas com mobilidade condicionada.

Na segunda parte deste relatório, explicamos o caminho traçado ao longo do percurso e assim, no primeiro capítulo descreveremos segundo o paradigma e a metodologia de investigação, no segundo as perguntas de investigação que orientaram esta pesquisa, no terceiro capítulo descreveremos o desenho da investigação. No quarto capítulo refletiremos sobre as questões éticas neste caminho.

Na terceira parte mergulhamos na realidade das barreiras arquitetónicas nas autarquias e apresentaremos os resultados encontrados através da realização das entrevistas junto dos/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios e, no segundo capítulo os resultados dos questionários aplicados aos/às Presidentes de Junta. Integrando a discussão apresentaremos o momento de interface dos resultados da componente qualitativa e quantitativa através das potencialidades e fragilidades encontradas para a promoção da acessibilidade arquitetónica; iremos refletir sobre o que há para mudar através de uma proposta de melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação na área da acessibilidade; terminando com a conclusão.

No momento da partida ocorreu o grande desafio de aprender a desenvolver o percurso da investigação com a ambição de conciliar a metodologia qualitativa e quantitativa, mas com a forte convicção de que queríamos contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação.

I PARTE – EM TORNO DO PROBLEMA DA ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

A Constituição da República Portuguesa (2005, p. 3) declara ser uma tarefa fundamental do Estado: *“Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais”*. Salvaguarda ainda, no artigo 13º, o Princípio da Igualdade considerando os/as cidadãos/ãs iguais perante a lei e com a mesma dignidade social. Direitos também proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e aprovados pela Assembleia Geral da ONU em que é reconhecido no artigo 1º que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”* (ONU, 1948, p. 4).

A construção de uma sociedade livre, justa e solidária é um pilar fundamental da Constituição da República Portuguesa bem como, o direito à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à cidadania e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação (CRP, 2005). Com base nisto, foi decretado o Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência no qual se determina a *“promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adoção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência”* (Lei nº 38/2004).

Torna-se imperativa a progressiva eliminação das barreiras arquitetónicas, que permita às pessoas com mobilidade condicionada o acesso a todos os sistemas e serviços da comunidade.

Neste capítulo analisaremos pormenorizadamente em que se traduz a condição de pessoa com mobilidade condicionada e a respetiva acessibilidade arquitetónica na via pública e a edifícios públicos. Esta primeira parte do relatório tem por base a revisão da literatura relevante sobre a temática em estudo, com o objetivo de nos ajudar no desenvolvimento de todo o percurso da pesquisa.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

1. A PESSOA COM MOBILIDADE CONDICIONADA E A ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA

Como enfermeiras olhamos as pessoas como um todo e os cuidados vão além das respostas físicas e psicológicas. A nossa intervenção social leva-nos a aprofundar a temática da acessibilidade arquitetónica para pessoas com mobilidade condicionada a espaços e serviços públicos que têm direito a usufruir. A nossa atuação transcende a pessoa e família prolongando-se para a comunidade.

Na Resolução da Assembleia da República (RAR) nº 56/2009 foi aprovada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007 constando no artigo 3º os vários princípios gerais da Convenção como o respeito pela dignidade, autonomia e liberdade individual, à não discriminação, o respeito pela diferença e diversidade humana e, entre outros à acessibilidade e à mobilidade pessoal (RAR nº56/2009).

A acessibilidade no artigo 9º é descrita como uma forma de permitir que as pessoas com deficiência vivam de forma independente e tenham a possibilidade de participar plenamente nos vários aspetos da vida em iguais condições de igualdade como os demais cidadãos, através da eliminação de barreiras à acessibilidade (RAR nº56/2009).

Por sua vez, no artigo 20º relativo à mobilidade pessoal compete ao Estado garantir o cumprimento deste direito facilitando a mobilidade, o acesso a dispositivos e ajudas técnicas a um preço acessível, promover formação em técnicas de mobilidade e fomentar nas empresas o desenvolvimento de tecnologia de apoio a pessoas com deficiência (RAR nº56/2009).

1.1 A pessoa com mobilidade condicionada – uma mudança de paradigma

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN - *International Council of Nurses*) e a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0,

mobilidade é a “*capacidade com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento*” (CIE, 2005 p. 93), por sua vez, Potter, et al. (2013, p.1158) referem que “*Mobilidade é a capacidade do indivíduo de deslocar-se livremente*” no meio em que está inserido.

A mobilidade é uma parte fundamental para o nosso dia-a-dia e se estiver comprometida poderá afetar profundamente a qualidade de vida, Schalock, et al. (2002) salienta a sua influência no domínio do bem-estar físico a mobilidade sendo um dos indicadores para a qualidade de vida.

Para Cobb (2013) e, tal como vimos anteriormente, consagrado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e adotada pelo Estado Português, a mobilidade é um direito de todas as pessoas e conduz à inclusão social permitindo às pessoas com mobilidade condicionada uma vida independente.

Ao longo dos anos, o termo deficiência tem-se apresentado sob a forma de diferentes conceitos e expressões e, termos como incapaz, portador de desvantagem, diminuído, inválido que se referem a diferentes condições físicas, sensoriais, intelectuais e/ou mentais têm sido utilizados em vários documentos legais (Neves, 2011).

Também no I Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI) referem a importância de, em substituição do termo “deficiência” utilizar o termo “incapacidade” considerando que enquadra as diferentes limitações funcionais relacionadas com a pessoa em interação com o meio ambiente (RCM nº120/2006.). Contudo, neste mesmo documento é afirmado que serão utilizados os dois conceitos no sentido de se efetuar a transição entre conceitos.

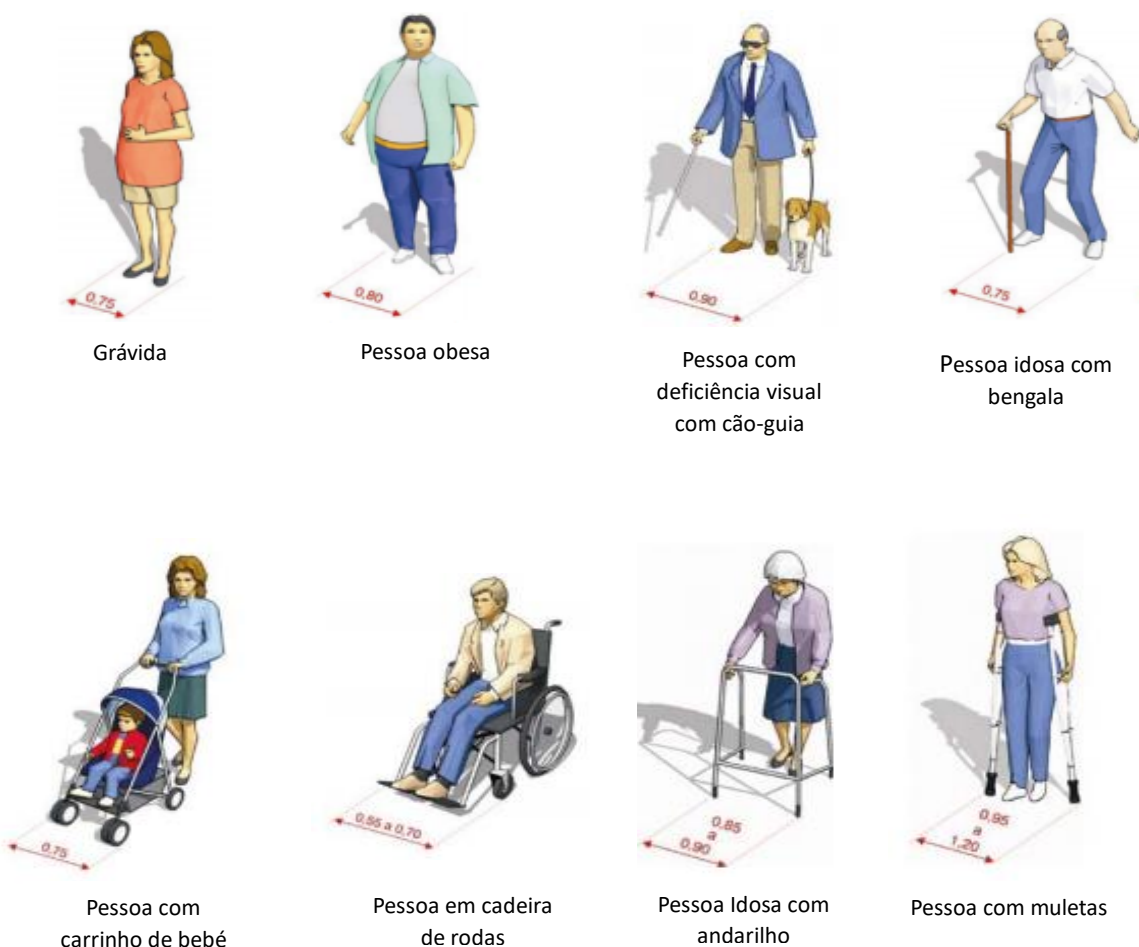
Para a prossecução deste trabalho, por vezes, iremo-nos socorrer deste conceito porque como podemos verificar é incontornável a sua utilização em diversos documentos em Portugal (legislativos, do INE, do INR), assim como, pela OMS e ONU.

Em 4 Abril de 2014 foi publicado o Plano de Ação Global da OMS em matéria de deficiência 2014-2021: Melhor saúde para todas as pessoas com deficiência, que tem como objetivos: eliminar barreiras, melhorar o acesso aos serviços e programas de saúde; fortalecer e ampliar os cuidados de reabilitação e tecnologia assistencial, apoiar a investigação sobre deficiência, entre outros (OMS, 2014).

Neste documento, assiste-se a uma mudança de paradigma no conceito de pessoa com deficiência. Assiste-se a uma mudança de um conceito tradicional para um mais amplo e global. Assim, consideram pessoa com deficiência todas as pessoas que se deslocam em cadeira de rodas, pessoas com paralisia cerebral, com alterações sensoriais como pessoas cegas e surdas, mas também, pessoas com doenças neurológicas, idosos e pessoas com limitações funcionais que podem ser temporárias ou definitivas.

O conceito de pessoa com mobilidade condicionada engloba todas as pessoas conforme demonstrado na figura seguinte (as dimensões encontram-se em metros):

Figura 1: Pessoas com mobilidade condicionada



Fonte: Guia de Acessibilidade: Espaço Público e Edificações, Governo do Estado do Ceará (Montenegro, et al., 2008)¹

Nesta linha de pensamento o Decreto-Lei nº 163/2006 afirma que pessoa com mobilidade condicionada é todo o conjunto de:

¹Disponível em:

http://www.solucoesparacidades.com.br/wp-content/uploads/2010/02/01%20-%20GUIA_DE_ACESSIBILIDADE_CEARA.pdf

“pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como as pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida, se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos” (Decreto-Lei nº 163/2006, p.5670).

Todas estas pessoas pela sua diversidade quando em interação com o meio apresentam necessidades específicas que vamos analisar de seguida.

O aumento da esperança média de vida traduz-se no envelhecimento da população e constitui uma das causas diretas para o aumento das deficiências e incapacidades (CRPG, et al., 2007; Nunes, et al., 2014). O envelhecimento é um “processo que engloba aspetos biológicos, psicológicos e sociais” (Nunes, et al., 2014 p. 57) e que se caracteriza por várias alterações, como da capacidade funcional, logo, são uma população de alto risco para problemas relacionados com a mobilidade (Berger, et al., 1995).

A população idosa apresenta uma progressiva perda de massa óssea devido à *“diminuição da atividade física, alterações hormonais e à reabsorção óssea”* (Potter, et al., 2013 p.1161) o que conduz a descoordenação motora e desequilíbrio manifestando-se em mobilidade condicionada. Ainda, muitas vezes, para se deslocarem utilizam auxiliares de marcha como canadianas ou andarilhos e desta forma, os fatores ambientais são muitas vezes os que mais limitam a pessoa idosa (Berger, et al., 1995).

Nas **pessoas idosas** a capacidade para contornar barreiras arquitetónicas é reduzida assim como para se protegerem e preparem para uma queda. Ainda associado ao envelhecimento, verifica-se acuidade visual e auditiva diminuídas, devido à redução dos campos visuais, défice na visão noturna e alteração da perceção do espaço e, à dificuldade em distinguir a conversa do ruído de fundo, à distorção dos sons da fala, receção tardia e reação à fala, respetivamente (Potter, et al., 2013).

Muitas pessoas apresentam alterações sensoriais preexistentes, contudo outras experienciam-nas ao longo da vida. Os órgãos dos sentidos permitem compreender e perceber o mundo e o ambiente que nos rodeia. Eles permitem-nos interagir com o mundo, contudo quando a função sensorial está alterada a forma como a pessoa se relaciona com os outros e o meio que a rodeia é alterada dramaticamente (Potter, et al., 2013).

Para o controlo postural, isto é, a relação entre os vários segmentos do corpo e a relação entre o corpo e o ambiente, os sistemas sensoriais, como os sistemas visual, vestibular e somatossensorial o qual integra as informações proprioceativas e cutâneas plantares, encerram grande importância. Assim, o sistema visual permite manter o balanço natural

dentro da nossa base de sustentação dando indicações para manter o alinhamento da cabeça e tronco e o vestibular dá informações sobre a posição da cabeça em relação ao centro de gravidade e aos movimentos lineares e de rotação da cabeça. Quando somos privados da visão ou audição esta função está comprometida, e verifica-se maior oscilação postural (Sanchez, et al., 2008; Soares, 2010; Melo, et al., 2012).

Em algumas situações, as pessoas experienciam mais do que uma alteração sensorial, nesses casos a sua capacidade para se relacionar e atuar no ambiente que a rodeia é francamente prejudicada. A **pessoa com alterações visuais ou auditivas** encontra-se em risco de lesão se o local onde vivem e onde se deslocam não for seguro dado que não conseguem ver e/ou ouvir os potenciais riscos (Potter, et al., 2013).

Por outro lado, quanto à **criança** à medida que ela cresce e desenvolve as suas capacidades motoras torna-se curiosa sobre o meio ambiente requerendo constante supervisão no sentido de prevenir acidentes. As habilidades de locomoção evoluem muito rapidamente do andar para o correr, do subir e descer escadas, ao saltar. A falta de consciência sobre o perigo, a descoordenação motora e o desequilíbrio característicos destas idades levam a que sejam incluídas no grupo de pessoas com mobilidade condicionada (Potter, et al., 2013).

A curiosidade para explorar o meio físico envolvente é muito superior à sua capacidade para avaliar os perigos e, assim, se proteger (OMS, 2008). Como podemos constatar um dos fatores de risco para os acidentes em crianças é o ambiente físico que a rodeia (Martins, 2006), sendo as quedas, apesar de fazerem parte do processo de desenvolvimento, uma das principais causas de lesões cerebrais traumáticas que conduzem a sequelas crónicas entre as crianças e jovens (OMS, 2008). É importante a adaptação de produtos e ambientes, como por exemplo pela criação de parques infantis seguros (OMS, 2008).

A **pessoa obesa** enfrenta no seu dia-a-dia problemas fisiológicos e psicológicos que limitam e dificultam a acessibilidade na via pública e aos serviços e equipamentos. A obesidade conduz à deterioração das capacidades físicas conduzindo a situações de mobilidade condicionada, que por sua vez pode ser agravada por outras patologias predominantes nesta população como alterações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e ortopédicas, por exemplo a gonartrose, osteoartrite e gota (Menin, et al., 2011).

Num artigo de revisão, Nantel et al. (2011) referem que existe relação entre a obesidade e a mobilidade condicionada dado que estas pessoas apresentam maior pressão plantar; o excesso de peso provoca sobrecarga no sistema músculo-esquelético levando ao aparecimento de dor e alterações ao nível do pé, joelho e anca; a diminuição da força

muscular conduz a um gasto energético superior o que conduz a alterações na marcha que passa a ser mais lenta. Menin et al. (2011) chamam a atenção para as questões dimensionais, como das portas, corredores, cadeiras que apresentam dimensões que não são adequadas para esta população. e assim, agravam a mobilidade.

Relativamente, às **mulheres grávidas** ao longo da gestação o corpo vai-se transformando sofre alterações músculo-esqueléticas, verifica-se o aumento de peso e a mobilidade fica progressivamente condicionada (Botelho, et al., 2007). Tal como vimos anteriormente, este aumento do peso provoca pressão nos joelhos e ancas, o aumento do perímetro abdominal obriga a uma alteração do centro de gravidade levando a equilíbrios constantes compensatórios quer pelo aumento da base de sustentação, quer pela projeção posterior do tronco acentuando as curvaturas da coluna; os ligamentos e articulações estão mais instáveis, maior fadiga e intolerância à atividade e dificuldade em manter o equilíbrio (Santos, 2014).

Para as **peças em cadeira de rodas**, surgem outros obstáculos que impedem ou condicionam a sua mobilidade, assim como, o alcance a objetos, equipamentos e serviços. Devido às dimensões das cadeira de rodas, ocupam mais espaço no meio físico daí que estas pessoas encontram dificuldades nos corredores dos edifícios, nos passeios estreitos que não permitem zonas de manobra, em rampas sem plataformas de descanso e com inclinação elevada, no acesso a prateleiras, balcões de atendimento e caixas automáticas, pela ausência de casas de banho adaptadas ou em utilização para outros fins, passadeiras mas com lancil do passeio sem a dimensão adequada (Pessegueiro, 2014).

De acordo com Relatório Mundial sobre a Deficiência no mundo mais de um bilião de pessoas, ou seja, uma em cada sete, vivenciam uma deficiência, setenta mil pessoas utilizam uma cadeira de rodas para se deslocarem (OMS, 2011).

Em Portugal e sentindo a necessidade de caracterizar as pessoas com deficiência, incapacidade e desvantagens em todo o território nacional foi realizado um Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiência e Desvantagens² que decorreu entre Setembro de 1993 e Junho de 1995. Deste inquérito verificou-se a existência de 905 488 pessoas com deficiência, correspondendo a uma percentagem de 9,16% para uma população residente de 9,8 milhões (Secretariado Nacional de Reabilitação, et al., 1995).

²Segundo a Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens da OMS deficiência traduz-se numa perda ou alteração de uma estrutura/função psicológica, fisiológica ou anatómica; incapacidade consiste na restrição ou ausência de capacidade para realizar uma atividade do dia-a-dia. Por fim, desvantagem determina que haja prejuízo para a pessoa, o qual resulta de uma deficiência ou incapacidade e que condiciona ou impede o desempenho de papéis (Amiralian, et al., 2000).

Evidenciaram-se 1 618 515 incapacidades, o que ultrapassava o número de pessoas com incapacidades. Este dado prende-se com o facto de uma pessoa experienciar mais do que uma incapacidade. A incapacidade na locomoção foi relatada por 357 492 pessoas, 135 430 pessoas apresentavam incapacidade para ver e 115 067 pessoas incapacidade para ouvir. Relativamente, às deficiências verificadas na população portuguesa, aquela que encontrou maior expressão foi a deficiência física, num total de 571 652 pessoas e em seguida as deficiências sensoriais com 219 311 pessoas (CET/ISCTE, et al., 2007).

Quanto às desvantagens, na categoria mobilidade encontramos 263 021 pessoas que apresentam esta desvantagem, sendo que, se verifica uma tendência crescente diretamente proporcional à idade.

Face aos dados aqui expostos, percebemos como a mobilidade condicionada, seja por limitação física ou sensorial, assume um peso importante na vida destas pessoas, na prossecução das suas atividades diárias e em última instância na sua qualidade de vida.

1.1.1 Do modelo médico ao modelo Social - Evolução conceptual

A evolução conceptual da deficiência, funcionalidade e incapacidade remete-nos para os anos 60, no momento em que ocorre uma mudança de perspetiva; de uma visão médica do problema da deficiência para uma visão social (Fontes, 2014). O denominado modelo médico centrava a deficiência na pessoa, esta era provocada por doença, acidente ou outra condição de saúde e a solução para o problema passava pela adaptação da pessoa ao meio envolvente, um meio que não tem em consideração a sua condição e que está repleto de barreiras à participação social (Fontes, 2009).

O movimento das pessoas com deficiência começa a colocar em evidência um outro lado do problema, alegando que a maior parte das dificuldades que encontravam eram ultrapassadas com intervenção no meio físico e não com medidas médicas curativas (Oliver, 2013). Desta forma, o foco descentraliza-se da pessoa e passa a incorporar a relação da pessoa com o ambiente e os vários contextos em que se movimenta (CRPG/ISCTE, et al., 2007).

Também a OMS e com a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência introduz-se esta perspetiva de que a deficiência decorre da interação entre a pessoa e o ambiente; obrigando a uma mudança nas várias políticas públicas que sentiram a necessidade de se adaptarem e

começaram a dirigir a sua ação para a eliminação de barreiras arquitetónicas (OMS, 2004; RAR nº56/2009).

O modelo social emerge de um documento da *Union of the Physically Impaired Against Segregation* com a designação de Princípios Fundamentais da Deficiência, no qual consideram que a “sociedade é que torna as pessoas com deficiência incapazes de participar na sociedade” (Cit. por Oliver 1976, p.2). Nesta perspetiva, quando uma pessoa com mobilidade condicionada não pode deslocar-se ao seu local de trabalho porque não existem elevadores, rampas, transportes públicos adaptados, é a sociedade que é incapaz de providenciar os meios para que tal seja possível e não a pessoa (CRPG/ISCTE, et al., 2007).

No quadro seguinte evidenciamos as principais diferenças entre o modelo médico e o modelo social.

Quadro 1: Diferenças entre o modelo médico e o modelo social

	Modelo médico	Modelo social
Problema	Incapacidade/ dependência	Inadequação dos contextos às pessoas
Origem	Nas pessoas	Na sociedade
Focalização	Nas pessoas, nas suas limitações	Relação pessoa/contexto, nas barreiras sociais
Ética	Assistência	Direitos Igualdade de oportunidades
Objetivos	Reabilitar, curar, tratar	Habilitar/ eliminar barreiras/ promover a compatibilidade
Perspetiva	Necessidades especiais Serviços especiais	Necessidades diferentes Serviços regulares
Serviços	Institucionalizados Rede de cuidados	De apoio, baseados na comunidade
Poder, controle	Profissionais	Clientes
Cultura	“Disabling” Manutenção e reforço da deficiência	Reconhecimento e inclusão da diversidade
Objetivos das políticas	Compensar os indivíduos pelas suas incapacidades “Aliviar a situação”	Promover direitos Prover recursos e competências para identificar e eliminar barreiras pessoais e sociais
Focalização das políticas	Nos indivíduos Nas pessoas com deficiência	No grupo social Na população global
Responsabilidade	Política social “Welfare provision”	Políticas transversais

Fonte: Modelo de Gestão da Qualidade do Sistema de Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiência do CRPG, Sousa, et al., 2005³

Com o modelo social foi possível incluir na esfera social e política as questões da deficiência, deixando de ser somente um problema médico (Fontes, 2009).O modelo social contém pontos fortes, contudo também lhe foram apontadas fraquezas. Em meados da década de 1990, pela mão dos movimentos feministas, surgiram importantes implicações ao nível do

³ Disponível em: <http://www.cprg.pt/investigacao/Documents/colecao/desafios-movimento-030706.pdf>

género. Demonstraram que ao negligenciar a deficiência na sua condição física, que muitas vezes conduz à dependência, se descurava que eram as mulheres que primeiramente deixavam os seus empregos para se tornarem cuidadoras, logo elas também deveriam ser objeto de preocupação das políticas públicas (CRPG/ISCTE, et al., 2007).

Através do reconhecimento das limitações de ambos os modelos surge o modelo biopsicossocial, que procura compreender as interações entre as várias dimensões do ser humano: a dimensão biológica, psicológica e social (CRPG/ISCTE, et al., 2007).

Este modelo surgiu com Engel (1977), no qual sugere uma nova abordagem ao modelo médico que não deixava espaço para a componente social, psicológica e comportamental da doença e acrescentou uma nova visão sobre o problemas que estamos a aprofundar.

1.1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

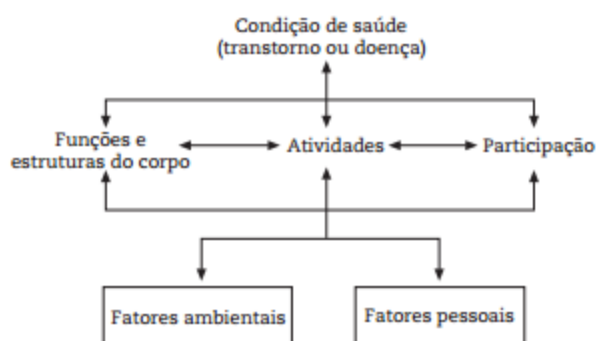
O modelo biopsicossocial promove uma abordagem das dimensões biológica, psicológica e social na interpretação do funcionamento humano (CRPG, et al., 2007; Fontes, 2014).

Na 54ª Assembleia Mundial da Saúde em 22 de Maio (OMS, 2001) foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que derivou da revisão da anterior Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens que valorizava o modelo biomédico (INR, 2010), passando de uma classificação de consequências da doença para uma de componentes de saúde (OMS, 2004). A CIF adotando o modelo biopsicossocial permite que a incapacidade suplante a esfera apenas focada nas funções do indivíduo (do modelo médico) e integre os fatores ambientais (modelo social) e os fatores pessoais (OMS,2004).

A CIF consiste numa classificação da funcionalidade e incapacidade das pessoas, através de uma linguagem unificada permitindo a comunicação entre os vários profissionais de saúde (Fontes, 2014; Quintana, et al., 2014). Com a CIF é possível compreender o aparecimento da incapacidade e essencialmente, de que forma pode ser reduzida (Fontes, et al., 2010), colocando o foco nas capacidades da pessoa e na sua interação com o meio físico e social (Quintana, et al., 2014).

Para Fontes, et al. (2010) a importância desta relação deve-se a três princípios: o da universalidade, considerando que apesar da condição de saúde ou ambiente qualquer pessoa possa ser incluída; a abordagem integrativa, em que os fatores ambientais e pessoais são relevantes e a abordagem interativa na qual é considerada a multidimensionalidade do fenómeno incapacidade. Considera-se a funcionalidade e incapacidade como um fenómeno dinâmico, que se prolonga no tempo e espaço e está relacionado com o estado de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). O esquema conceptual da CIF é apresentado na seguinte figura:

Figura 2: Esquema conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde



Fonte: Funcionalidade e incapacidade: aspetos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Fontes, et al., 2010)⁴.

Ao considerar os fatores ambientais, bem como a componente de saúde e os fatores pessoais (idade, género, condição de saúde), a CIF possibilita considerar o ambiente como facilitador ou como barreira dado que pode efetivamente provocar incapacidade e influenciar, positiva ou negativamente, o desempenho na realização de tarefas colocando em causa a integração na sociedade. (Simões, et al., 2006; Fontes, 2010; Biz, et al., 2015). Desta forma, a CIF permite descrever o impacto que os fatores ambientais têm na funcionalidade da pessoa.

Estes fatores ambientais incluem o meio físico, social e atitudinal, como por exemplo condições do domicílio, local de trabalho e escola, relacionamento com familiares, legislação para acessibilidade e políticas sociais, materiais e tecnologias arquitetónicas na construção de edifícios e espaços acessíveis, de uso privado ou coletivo (Quintana, et al., 2014). A aplicabilidade da CIF é transversal a muitas áreas, como na educação, saúde e segurança social, contudo para Biz, et al. (2015) ainda é escassa a sua utilização como ferramenta de apoio nas políticas públicas.

⁴ Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902510700080/S300/>

Para Fontes (2010) o contexto ambiental é acessível quando as políticas sociais são inclusivas e assim, a incapacidade pode ser diminuída ou até mesmo extinguir-se permitindo a participação social, pelo que é importante explorar o seu potencial no enquadramento das políticas e alterações legislativas mais inclusivas.

1.2 Da promoção da acessibilidade arquitetónica à inclusão social

Com a evolução da arquitetura moderna era necessário desenvolver as cidades rompendo com fórmulas pré-estabelecidas do passado e assim procurar novos padrões para a organização das cidades e as suas transformações. O arquiteto Le Corbusier foi um dos grandes impulsionadores desta nova consciência (Benevolo, 1985; Pessegueiro, 2014).

Com o congresso de urbanistas e arquitetos, emanaram novas práticas e o resultado dos trabalhos foi reunido no documento a que chamaram "Carta de Atenas" (Pessegueiro, 2014). Tratava-se de propor uma cidade que funcionasse adequadamente para o conjunto da sua população; semelhante objetivo supunha alternativas políticas muito precisas, ainda que utópicas para a etapa histórica então em curso (Scherer, 1993).

O conceito de acessibilidade tem evoluído ao longo dos anos de um princípio protetor para um de inclusão e não discriminação. Ele significava o acesso das pessoas com deficiência ao meio edificado público e privado, transportes, tecnologias de informação e comunicação. Para estas pessoas as barreiras arquitetónicas podem ser impeditivas para a prossecução deste tipo de atividade e, desta forma, fomentar a exclusão social e a ação de práticas discriminatórias subjacentes (Caldeira, 2009).

No PNPA a promoção da acessibilidade é bem espelhada como uma questão de cidadania e integração social, mas também como uma oportunidade para inovar e promover a coesão social, o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida de todos os/as cidadãos/ãs (RCM nº 9/2007). Porque a eliminação de barreiras, sejam elas urbanísticas, arquitetónicas, de informação e tecnologia, beneficia as pessoas com mobilidade condicionada mas, é importante salvaguardar que também a população em geral. O campo de ação da promoção da acessibilidade passa a ser transversal *“a toda a sociedade independentemente da idade, estrutura, capacidades ou condição física dos cidadãos”* (Assembleia Legislativa Região Autónoma da Madeira, 2016 p. 2382).

O conceito de acessibilidade congrega em si várias dimensões (CRPG, 2012):

Figura 3: Dimensões do conceito de acessibilidade



Fonte: CRPG, 2012⁵

Como podemos verificar o conceito de acessibilidade é muito lato, de acordo com o CRPG (2012) consiste em “*desenhar e organizar meios edificados e espaços públicos seguros, saudáveis, adequados e agradáveis para que sejam utilizados por todas as pessoas*” para que seja possível a todas as pessoas entrar e sair, bem como circular nas áreas internas dos edifícios sem necessitarem da ajuda de terceiros. Mas, o conceito de acessibilidade também se aplica à “*informação disponibilizada nos quiosques informativos, nas máquinas de multibanco, na ementa do restaurante, nos programas de televisão deve ser compreendida e utilizada por todas as pessoas de forma autónoma*” (CRPG, 2012).

Para este percurso focar-nos-emos no conceito da acessibilidade na dimensão arquitetónica na via pública, edifícios e estabelecimentos em geral. Quando se fala em acessibilidade

⁵ Disponível em: <http://www.crbg.pt/estudosProjectos/temasreferencia/acessibilidades/Paginas/oqueeaacessibilidade.aspx>

arquitetónica é necessário ter em conta a diversidade humana considerando as suas diferentes potencialidades e limitações.

A história mundial ajuda-nos a compreender que nem sempre a diversidade humana terá sido aceite dado que em várias situações essa mesma diversidade foi condenada e até mesmo aniquilada (Fernandes, et al., 2013), como, por exemplo, aconteceu com os judeus durante a Segunda Guerra Mundial. O ser humano vai-se desenvolvendo num mundo que está padronizado, onde ainda é necessário revolucionar os conceitos e derrubar os muros construídos pelos processos sociais. A mais-valia e riqueza do ser humano é a sua principal característica: a diversidade.

A diversidade humana surge ao nível social, mas também pessoal dado que ao longo do ciclo da vida não somos imutáveis, uma vez que em nós são produzidas mudanças que são decorrentes da nossa interação com o meio físico e que, contudo, não temos livre arbítrio para as evitar ou esperar o melhor momento para a sua ocorrência (Aragall, et al., 2005).

Ao longo dos anos, os conceitos têm evoluído e acredita-se na relação entre a pessoa e o contexto, isto é, as diversas barreiras (físicas, sociais, comunicacionais) existentes no meio físico em interação com a pessoa com mobilidade condicionada intensifica as suas dificuldades (Fernandes, et al., 2013).

Contudo, também ocorrem mudanças nas pessoas que alteram a forma como estas se relacionam com o meio, por exemplo, uma criança, uma pessoa com fratura do fémur, uma pessoa com obesidade ou uma mulher grávida. Ao pensarmos o meio físico tendo em conta a diversidade humana estamos a contribuir para a nossa existência, em qualquer fase do ciclo de vida, dado que ao longo da vida nós diferimos em relação a nós mesmos (Aragall, et al., 2005).

O meio físico tem que estar preparado para receber todas as pessoas, valorizando as diferenças entre cada uma; para tal, é necessário eliminar todo o tipo de barreiras e pensar a arquitetura e desenho das cidades de forma diferente, onde haja lugar para todos, numa celebração das diferenças (Fernandes, et al., 2013).

Em 1987 o Comité Coordenador para a promoção da Acessibilidade Holandês lançou um manual no qual desenvolvia normas e critérios sobre a acessibilidade nos vários países da Europa. Este projeto foi evoluindo e em 2003 é atualizado o Conceito Europeu de Acessibilidade – CEA 2003 no qual foi introduzido o conceito de desenho universal. Com as

suas recomendações toda a população da União Europeia (EU) foi beneficiada (Aragall, et al., 2005; Secretaria de Estado da Habitação, 2010).

O conceito de desenho universal é atribuído a Ron Mace e Selwyn Goldsmith, sobreviventes de poliomielite e, ambos se deslocavam em cadeira de rodas (Hums, et al., 2016). Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é definido desenho universal como sendo aquele que permite a qualquer pessoa utilizar produtos, ambientes, programas e serviços sem qualquer necessidade de adaptação (RAR nº56/2009).

Segundo Pessegueiro (2014) consiste em conceber e criar de forma universalmente o mais possível acessível e utilizável por todas as pessoas em geral. Acrescenta ainda que se destina a pessoas de todas as idades atendendo à diversidade humana no sentido de enfrentar os problemas específicos da mobilidade e da funcionalidade das pessoas fomentando a inclusão e o acesso universal.

Erlandson, et al. (2014) e Persson, et al. (2015) acrescentam que um dos princípios do desenho universal é a criação de ambientes que sejam capazes de acolher toda a diversidade humana, beneficiando pessoas de todas as idades e capacidades físicas; como pessoas com deficiência, crianças, idosos, pessoas de estatura baixa, pessoas obesas, grávidas, pessoas com carrinhos de bebé, entre outros.

O desenho universal é invisível, ao passarmos por uma porta automática estamos a experienciar um tipo de desenho universal, quando transportamos um carrinho de bebé ou nos deslocamos numa cadeira de rodas o facto de existir uma rampa é vantajoso para ambas as pessoas. O desenho universal torna-se intuitivo para quem não consegue ver ou ouvir, para quem se desloca com auxiliar de marcha como canadianas, ou seja, para todos (Joines, 2009; CRPG, 2010).

A importância do desenho universal ficou patente na Resolução ResAP 1 (2001) conhecida como Resolução de Tomar, a qual emitia recomendações aos Estados-Membros sobre os princípios do desenho universal na construção do meio edificado e a sua aplicação nos programas de formação das várias profissões que atuam no meio edificado como arquitetos, engenheiros e projetistas (Comité de Ministros do Conselho da Europa, 2001; Ulme, 2013).

Os arquitetos habitualmente desenham tendo em conta o homem médio e quando desenham para pessoas com alterações da mobilidade apenas têm em consideração pessoas em cadeira de rodas (Evcil, 2012; Pessegueiro, 2014). A formação é uma oportunidade de mudança para um novo paradigma nas questões da acessibilidade para pessoas com

mobilidade condicionada pelo que a aposta das universidades neste sentido assume grande preponderância (Aragall, et al., 2005).

1.3 Barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na via pública e edifícios públicos

Acessibilidade arquitetónica e barreiras arquitetónicas são conceitos antagónicos. A acessibilidade é a possibilidade que qualquer pessoa tem de aceder em condições de segurança e independência a edifícios, espaços públicos e via pública; por sua vez, as barreiras arquitetónicas representam qualquer elemento natural ou instalado que dificulta ou impossibilita o acesso e circulação no espaço (Associação Brasileira de Normas Técnicas., 2004).

Para Emmel, et al. (2003, citado por Marquezini) barreiras arquitetónicas podem ser descritas como obstáculos edificados no meio urbano ou nos edifícios e que impedem ou dificultam a livre circulação das pessoas que sofrem de alguma incapacidade transitória ou permanente. As barreiras arquitetónicas surgem como barreiras inultrapassáveis nos vários espaços públicos em que nos movimentamos condicionando ou impedindo a nossa atividade e mobilidade (Fernandes, et al., 2013; Bárrios, et al., 2014;).

Evcil (2012) reforça que uma pessoa com mobilidade em cadeira de rodas, uma pessoa cega ou idosa, não demonstram dificuldade num ambiente acessível, mas qualquer pessoa num ambiente não acessível pode experienciar mobilidade condicionada. As barreiras arquitetónicas dependendo das suas características podem ser eliminadas de forma simples, sem obra e utilizando recursos já existentes nas autarquias ou necessitar de pequenas obras para a sua remoção por se encontrarem implantadas no meio físico ou infraestruturas. Em última instância podem necessitar de desenho urbano assim como uma abordagem mais profunda para a sua remoção (Teles, 2014).

Na via pública os passeios assumem grande importância para as pessoas com mobilidade condicionada e tornam-se barreiras graves para a livre e segura circulação de pessoas devido às suas dimensões inadequadas ou em alguns casos pela sua ausência, bem como, pelo seu estado de conservação, ressaltos no piso e existência de elementos vegetais e mobiliário urbano (Decreto-Lei nº 163/2006; Teles, 2014). Os passeios devem possuir dimensões

adequadas, ou seja, devem ter uma largura livre não inferior entre 1,2m a 1,5m, dependendo da hierarquia da via em causa. Devem ser criados corredores livres à circulação das pessoas e o mobiliário urbano deve ser colocado em canais próprios que não condicionem a livre e segura circulação (Teles, 2007; Teles, 2014).

Esta indicação tem especial impacto para pessoas cegas e amblíopes, mas também para pessoas que se deslocam em cadeira de rodas, com auxiliares de marcha ou com carrinhos de bebé, dado que muitas vezes se encontram no meio dos passeios candeeiros, sinais de trânsito, semáforos, árvores, contentores de lixo, MUPI's, papeleiras, marcos de correio, parcometros, abrigos de passageiros, entre outros, que retiram espaço à circulação pedonal muitas vezes bloqueando a sua passagem e que pela sua forma, por vezes com arestas contundentes, provocam acidentes (Teles, 2014).

Para colmatar este problema, por vezes, verificamos a colocação de candeeiros ou cartazes publicitários em fachadas dos edifícios. Contudo, se por um lado não constitui um obstáculo para uma pessoa em cadeira de rodas, pode sê-lo para uma pessoa cega ou amblíope dado que não é identificada pela bengala por não se encontrar no solo, mas por serem objetos salientes e que se projetam sobre a via pública. Para que tal não aconteça deve-se ter em consideração a altura livre necessária de 2,40m uma vez que pode provocar acidentes muito graves nessas pessoas (Teles, 2014).

Os degraus e escadas são uma barreira muitas vezes intransponível para pessoas com mobilidade condicionada, não só na via pública mas também no acesso e circulação em edifícios. As dimensões do espelho e cobertor dos degraus devem estar de acordo com a legislação em vigor e devem possuir corrimãos de ambos os lados e central dependendo das dimensões das escadas. Quando é necessário vencer desníveis, podem existir escadas, embora devam ser complementadas por rampas, plataformas elevatórias ou elevadores que deverão ter as dimensões em conformidade com a legislação em vigor (Decreto-Lei nº 163/2006).

As rampas são muitas vezes a solução que mais se associa à eliminação de barreiras arquitetónicas. Mas, elas são muitas vezes barreiras arquitetónicas quando não cumprem as dimensões adequadas, não possuem corrimões, patamares de descanso ou murete de proteção. Para uma projeção de 10m e para vencer um desnível até 0,6m a inclinação da rampa não deve ser superior a 6% (Teles, 2007).

Os pisos e o seu revestimento devem ter uma superfície estável, durável, firme e contínua, também, para pessoas cegas ou amblíopes deverá existir pavimento tátil de alerta e

direcional que indica a existência e localização do local de travessia, bem como pintura com cor contrastante nos limites. Também no início e no final das escadas deverá ser colocada uma faixa de aproximação com revestimento de textura diferente cor contrastante com o piso (Pessegueiro, 2014).

Nas passagens de peões a altura do lancil não deve ser superior a 0,02m por forma a permitir a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas ou com carrinho de bebé (Decreto-Lei nº 163/2006) assim como os sumidouros devem ser colocados a montante por forma a permitir o escoamento de águas pluviais e a secagem dos pavimentos evitando quedas (Teles, 2007).

As travessias de peões frequentemente são assinaladas por semáforos com sinal sonoro, a botoneira deverá estar compreendida entre 0,8m e 1,2m para permitir que uma pessoa em cadeira de rodas ou de estatura baixa, como as crianças, possam acionar o dispositivo (Teles, 2007). Tendo em conta as pessoas que têm dificuldade na mobilidade deslocam-se de forma mais lenta, como os idosos ou pessoas com canadianas, o sinal verde deve estar aberto o tempo necessário por forma a permitir o atravessamento da via a uma velocidade de 0,4m/s (Decreto-Lei nº 163/2006).

Para as pessoas que usam cadeira de rodas é necessária uma zona de manobra que permita a rotação e mudança de direção. Assim, para uma rotação de 360° deverá permitir realizar um círculo de pelo menos 1,5m. O uso de cadeiras de rodas elétricas tem crescido pelo que se aconselha a utilização de dimensões superiores, embora a legislação se refira a cadeiras de rodas manuais (Teles, 2007). As portas devem ter dimensões que permitam passar por ela sem dificuldade e assim a sua passagem livre mínima deverá corresponder a 80 cm (Decreto-Lei nº 163/2006).

Os parques infantis também merecem especial atenção dado que para Pessegueiro (2014) devem ser construídos atendendo a possibilidade de serem usufruídos por crianças com auxiliares de marcha ou em cadeira de rodas favorecendo o desenvolvimento social entre as mesmas. Por outro lado, também não podemos esquecer, que os pais ou avós podem experienciar alguma limitação na mobilidade e assim verem-se impedidos de desfrutar da companhia da criança.

A eliminação de barreiras arquitetónicas, como constatamos, passa pela aplicação de simples medidas como a remoção ou realocação de abrigos de passageiros, árvores e outro mobiliário urbano como pilaretes, mecos e floreiras e a definição de um corredor de circulação pedonal livre ao longo dos passeios.

Pese embora, a importância da eliminação de barreiras arquitetónicas a legislação prevê situações em que não obriga ao cumprimento das suas disposições, em situações que as obras necessárias fiquem excessivamente caras, sejam muito difíceis de executar ou que não exista verba disponível para as realizar (Decreto-Lei nº 163/2006).

Na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e no Manual de Acessibilidade para espaços públicos urbanizados da cidade de Madrid é utilizado o termo ajuste razoável no qual se considera que devem ser efetuadas as alterações necessárias para eliminar barreiras arquitetónicas que não imponham uma carga económica desproporcional ou indevida. Contudo, se for considerado um ajuste razoável deverá ser obrigatória a sua eliminação para não incorrer em discriminação da pessoa com mobilidade condicionada (RAR nº56/2009; Villares, 2016).

Um obstáculo de grande proporções surge para a eliminação das barreiras arquitetónicas para Guimarães (Cit. por Filho, 2010, p. 8). *“ a característica mais marcante das barreiras ambientais está em sua invisibilidade para pessoas não portadoras de deficiência”*. Se por um lado as barreiras arquitetónicas não são percebidas pelos/as cidadãos/ãs, por outro, as pessoas com mobilidade condicionada, são “cidadãos invisíveis” tal como foi reiterado na Declaração de Madrid (2002) aquando do Congresso Europeu das Pessoas com Deficiência:

“a discriminação que as pessoas com deficiência sofrem é muitas vezes baseada nos preconceitos existentes contra elas mas, mais amiúde, é causada pelo facto de as pessoas com deficiência serem largamente ignoradas e esquecidas, e isto resulta na criação e reforço das barreiras ambientais e de atitude que impedem as pessoas com deficiência de tomar parte ativa na sociedade” (Congresso Europeu de Pessoas com Deficiência, 2002 p. 2)

Este facto é corroborado pelo Estudo do Euro-barómetro denominado Discriminação na UE realizado em 2015 que revela que em Portugal a perceção da discriminação em razão de uma deficiência é a segunda mais referida com 65% em *ex aequo* com a discriminação de identidade de género, apenas ultrapassada pela discriminação em razão da orientação sexual com 69% (Comissão Europeia, 2015).

Para que a acessibilidade seja plena é necessário eliminar todo o tipo de barreiras, como as atitudinais, e as arquitetónicas existentes no meio ambiente onde elas muitas vezes são as protagonistas. Podemos inferir que os direitos consagrados na constituição e da carta dos direitos fundamentais têm elevada expressão nos planos nacionais e nas políticas públicas (educação, saúde, habitação, segurança e igualdade de género e não discriminação) no sentido de reduzir as desigualdades sociais desenvolvendo a coesão nacional e uma sociedade inclusiva (Bordalo, 2012).

2. AUTARQUIAS INCLUSIVAS? AS POLÍTICAS DE ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA

Na segunda metade do século XX assistiu-se a uma evolução da sociedade em Portugal em quatro principais dimensões e que estão relacionadas com a saúde e a doença. Na dimensão demográfica assistiu-se a um decréscimo da taxa de mortalidade infantil com um aumento da esperança média de vida; na dimensão política verificou-se um compromisso do Estado na aposta da saúde da população, na dimensão médica houve uma melhoria dos cuidados de saúde e, por último, na dimensão sociocultural produziu-se uma melhoria das condições de vida da população e de valorização da saúde, não só na sua componente física mas também psicológica e social (Cabral coord, et al., 2002).

Todavia, se por um lado, se conheceram progressos importantes, por outro, eles tiveram consequências inesperadas e que obrigaram a novas discussões e a novos desafios. Assistiu-se a uma desvalorização dos contextos ambientais, psicológicos e sociais em detrimento do crescente domínio do modelo médico, ao aumento da doença crónica, ao crescimento de um discurso individualista da saúde com enfoque nos estilos de vida e responsabilização individual nas questões da saúde (Cabral coord, et al., 2002).

O Estado também recua no compromisso de assegurar um sistema de saúde universal e gratuito dando lugar a uma resposta desadequada dos serviços de saúde, diminuindo o seu papel no que concerne à proteção contra os riscos a que as pessoas estão sujeitas nos vários contextos (Cabral Coord, et al., 2002; Cabral, et al., 2009).

Para Cabral (2009) esta consequente desvalorização dos contextos ambientais e sociais como determinantes para a saúde das populações conduz a crescentes assimetrias sociais.

As questões de cariz social ganham assim uma dimensão crescente no panorama nacional. No Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016) voltam a ser corroboradas as desigualdades sociais em saúde em Portugal e acrescenta ainda que na última década têm sido superiores quando comparadas com outros países europeus.

Na Lei de Bases da Saúde, na Base I é disposto que *“a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos/as*

cidadãos/ãs, da sociedade e do Estado (...)”. Por sua vez, na Base IV, cabe ao Governo, relativamente à Responsabilidade do Estado, definir a política de saúde (Lei n.º 48/90, p. 3452).

O Estado tem, portanto, um papel preponderante na realização de políticas públicas que promovam a inclusão, a igualdade de oportunidades, acessibilidade e não discriminação pela proteção de pessoas, como idosos, crianças, grávidas, entre outros, no sentido de se repercutir em avanços para todos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2016).

A Constituição da República Portuguesa proclama o princípio da igualdade entre os/as cidadãos/ãs, garante o direito à cidadania e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação. Também relativamente às pessoas idosas garante que, em conformidade com o respeito pela autonomia da pessoa, se veja superado o isolamento e a marginalização social através de políticas adequadas para este grupo. Quanto às pessoas com deficiência assume que o Estado está obrigado à realização de uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração destas pessoas e de apoio às suas famílias (CRP, 2005; Bordalo, 2012).

Os decisores políticos têm criado progressivamente uma consciencialização no que diz respeito à estratégia de mudança socioeconómica atribuída às cidades como territórios mais próximos dos/as cidadãos/ãs e dos vários agentes económicos. Nos últimos anos, os contributos das políticas públicas voltadas a acessibilidade têm permitido visualizar as cidades como territórios estratégicos para a competitividade nacional e local, por parte dos responsáveis políticos (Neves, 1996). Por estes aspetos percebe-se que atualmente o paradigma mudou, dando ênfase à cidadania e à inclusão respeitando e valorizando a diversidade humana.

Daí que, para Sasaki (2003), uma sociedade inclusiva é aquela em que não existem barreiras arquitetónicas, comunicacionais, metodológicas, programáticas, instrumentais nem atitudinais. Mas, para uma sociedade inclusiva o destaque deve ser a cidadania não pode continuar apenas a ser uma sociedade construída com benesses ao continuar a ver as pessoas como meras beneficiárias de assistência, pela atribuição de cadeira de rodas, ortóteses, ou outras ajudas técnicas ou subsídios de apoio porque assim continuaremos a perpetuar a segregação e o isolamento social. É importante confiar no potencial humano de cada um e é isso que as pessoas desejam (Fernandes, et al., 2013; UE, 2014).

Para Fernandes (2013) e Bárrios (2014) é premente que a sociedade se adapte à diversidade da condição humana, a visão dos atores políticos deve ser direcionada para a promoção da

acessibilidade e incidir na eliminação de barreiras arquitetónicas pois, só assim, se poderá desenvolver democrática e socialmente.

2.1 As políticas públicas portuguesas para a promoção da acessibilidade arquitetónica

A acessibilidade tem sido ao longo da sua história associada às pessoas com deficiência, pelo que a legislação sobre acessibilidade e mobilidade dos/as cidadãos/ãs, quer no contexto nacional, quer no contexto europeu, é na sua maioria destinada às pessoas com deficiência. Mais recentemente é que se começa a integrar o conceito de desenho para todos e de pessoa com mobilidade condicionada (Simões, et al., 2006).

Desde 1974 as políticas para a deficiência e no apoio às pessoas com deficiência em Portugal têm sido desincorporadas de uma política global, que associem as várias políticas nos vários sectores do Estado. Acrescenta ainda que o Estado por vezes age apenas quando é pressionado para o fazer e que muitas das vezes legisla sem ter um plano de implementação pré-estabelecido o que conduz a uma *“mudança legislativa estéril”* (Fontes, 2009 p. 86). Por outras vezes, por inoperância do Estado face a alguns problemas das pessoas com mobilidade condicionada obriga a sociedade civil a agir (Fontes, 2009).

Simões (2004, p. 25) considera que *“cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais prontas e de maior qualidade”*. Desta forma, as políticas públicas direcionadas para as pessoas com mobilidade condicionada devem estar voltadas para uma conceção de acessibilidade (Fernandes, et al., 2013).

Inicialmente na Lei nº9/89 a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência já aludia à acessibilidade e mobilidade, dizendo que a acessibilidade tem em vista a eliminação de barreiras físicas que dificultam a autonomia e participação plena na sociedade, para o efeito a legislação deveria passar a incluir medidas de eliminação de barreiras arquitetónicas. Esta foi revogada Lei de Bases do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência, que refere que nesta matéria é necessária a *“promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de*

barreiras e da adoção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência” (Lei nº38/2004, p. 5232).

Em Portugal, o enquadramento legal da acessibilidade e mobilidade para todos remete-nos para 1997 com a promulgação do Decreto-Lei nº123/97 onde estava contemplada a urgência na progressiva eliminação de barreiras, urbanísticas e arquitetónicas por forma a permitir o acesso das pessoas com mobilidade condicionada aos vários edifícios e equipamentos públicos assim como, via pública. Este veio a ser revogado pelo Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto designado por Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais (Teles, 2014), ao qual regressaremos.

Tendo em vista o cumprimento destas disposições foi aprovado o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (PNPA) (RCM nº9/2007). Nele foram sistematizadas um conjunto de medidas que permitissem às pessoas com mobilidade condicionada usufruir de forma plena de todos os espaços públicos e edificados tal como os demais cidadãos. Não através da construção de um “lugar especial” como marca para determinadas pessoas, mas sim um espaço global que esteja adequado às particularidades de cada pessoa (Fernandes, et al., 2013). Como exposto no PNPA, a eliminação das barreiras físicas favorece todas pessoas apesar da sua idade, género, estatura, capacidade ou limitação (RCM nº9/2007).

A aplicação do plano desenrolou-se em duas fases; inicialmente procederam à análise das condições de acessibilidade e posteriormente foram delineadas e implementadas ações concretas. A criação do PNPA teve como pilares a igualdade de oportunidades no acesso aos vários serviços, a vida independente na qual todos poderão tomar decisões livremente sobre a direção para a sua vida, a participação nas decisões políticas e a integração na comunidade através de uma participação nas várias esferas da sociedade (RCM nº 9/2007).

Os objetivos da aplicação do PNPA eram: sensibilizar, informar e formar para o tema da acessibilidade; assegurar a acessibilidade no espaço público e no meio edificado, garantindo a existência de uma rede de percursos acessíveis nesses espaços; apoiar a investigação no âmbito da acessibilidade; fomentar a participação através de parcerias locais e do envolvimento dos/as cidadãos/ãs na sinalização de barreiras e no planeamento de soluções, entre outros (RCM nº 9/2007).

Para o período até 2010 foram definidas várias linhas de intervenção com medidas associadas. Nestas, a competência para as levar a cabo era atribuída às autarquias. Como exemplo, a formação dos profissionais técnicos em exercício em matéria de acessibilidade; assegurar a acessibilidade no espaço público no meio edificado; definir metodologias de

avaliação e planeamento das condições de acessibilidade dos espaços públicos e equipamentos coletivos, procedendo à sua avaliação; elaboração de programas municipais de promoção da acessibilidade (RCM nº 9/2007).

A par do Decreto-Lei nº 163/2006, é publicada a Lei nº 46/2006 de 28 de Agosto que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde. O diploma garante a proibição de discriminação com base na deficiência e no âmbito dos direitos fundamentais ou de quaisquer direitos económicos, sociais e culturais (Lei nº 46/2006).

O ano de 2006 foi profícuo na publicação de legislação sobre acessibilidade e também na aprovação do I PAIPDI 2006-2009. Para a sua génese foi envolvida a sociedade civil, nomeadamente as associações e organizações de pessoas com deficiência, e foram determinadas linhas de intervenção e estratégias para a qualidade de vida estando divididas por três eixos: acessibilidades e informação; educação, qualificação e promoção da inclusão laboral e, habilitar e assegurar condições de vida dignas (RCM nº120/2006.).

Contudo, Fontes (2009) refere que este documento criou divergências dado que não criou alterações significativas na qualidade de vida das pessoas e mantém a referência a conceitos como incapacidade e deficiência mantendo assim a pessoa como o âmago do problema e não o ambiente. O envolvimento das associações das pessoas com deficiência também não foi o expectável dado que referem que as suas propostas não foram ouvidas pelo Governo (Associação Portuguesa de Deficientes, 2006; Fontes, 2009).

Com a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2009, o Estado Português compromete-se a implementar as medidas que dela emanaram como o Direito das Pessoas com Deficiência (RAR nº56/2009) . Assim, é criada a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF) para consolidar a investigação intersectorial já iniciada com o PAIPDI (RCM nº97/2010).

Em 2013 é divulgado o Relatório Final de Execução da ENDEF no qual analisaram os resultados globais das medidas implementadas entre 2011 e 2013. Desta forma, e relativamente às medidas de promoção de acessibilidade ao meio físico edificado e à tecnologia como meio de comunicação, remoção de barreiras em equipamentos e serviços e criação de dispositivos para a mobilidade e orientação das pessoas, este eixo foi o que apresentou uma taxa de execução mais baixa de 67,57%, correspondendo à implementação de 25 medidas das 37 previstas (INR, 2013).

No Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019 os olhares voltam-se para a coesão e menos desigualdades para a construção de uma sociedade mais igual tratando-se de um objetivo estratégico para a valorização das pessoas e consideram que *“só uma sociedade que integra todas as pessoas pode concretizar todo o seu potencial”* (PCM, 2015, p. 242). Fica também reforçada a premissa para a elaboração das políticas públicas com base na integração da diversidade humana.

É indiscutível o esforço que tem vindo a ser despendido pelo Estado nesta matéria de promoção de acessibilidade através da eliminação de barreiras arquitetónicas; contudo também é inegável que há um fosso ainda muito grande entre o que é legislado e aquilo que é a realidade quotidiana (Fontes, 2009). Para o aprofundamento do projeto “Portugal para todos”, a que se refere a ENDEF, é urgente uma verdadeira mobilização da sociedade civil e de todos os agentes públicos. Deste modo, as autarquias possuem uma posição estratégica na promoção da acessibilidade arquitetónica.

2.2 As Autarquias locais e o seu contexto legislativo

Na Constituição da República Portuguesa (2005) no artigo 235º acerca das autarquias locais estas são descritas como pessoas coletivas territoriais dotadas de órgãos representativos e que visam a prossecução de interesses próprios das populações respetivas. No Continente, as autarquias locais são as freguesias, os municípios e as regiões administrativas, contudo elas encerram em si mesmas diferentes realidades (Oliveira, 1993). Para Oliveira (1993, p. 20) os municípios dando cumprimento à Constituição da República Portuguesa assumem-se como a *“voz do município”*.

O campo de ação dos municípios assumem duas vertentes: uma voltada mais para dentro na resolução de assuntos políticos e de administração municipal, mas também, noutra voltada para fora na representação dos/as cidadãos/ãs e na defesa dos seus interesses (Fernandes, 1997; Oliveira, 1993). O poder local congrega em si competências que vão determinar o *“desenvolvimento e a qualidade de vida das populações”* (Fernandes 1997, p. 124).

A Lei nº 169/99 que estabelecia o Quadro de competências, assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias foi alterada pela Lei nº 75/2013 a qual estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades

intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico (Assembleia da República, 2015).

As autarquias locais são constituídas pelos órgãos representativos da freguesia, assembleia e junta de freguesia e, pelos órgãos representativos do município, a assembleia e a câmara municipal. A assembleia de freguesia e municipal são órgãos deliberativos por outro lado, a junta de freguesia e a câmara municipal são órgãos executivos.

Algumas das competências da câmara elencadas no artigo 33º são a deliberação sobre estacionamento de veículos na via pública e lugares públicos, criar construir e gerir instalações, serviços e redes de circulação, emitir parecer sobre projetos de obras que não estejam obrigadas a licenciamento municipal, conceder licenças e fiscalizar a construção e reedificação.

Quanto às juntas de freguesia as suas competências passam pela participação e colaboração com a câmara na elaboração dos planos municipais de ordenamento do território; pronunciam-se sobre projetos de construção e de ocupação da via pública quando solicitado pela câmara; gestão, conservação e limpeza de balneários, lavadouros e sanitários públicos; gestão e manutenção de parques infantis públicos e equipamentos desportivos locais, cemitérios e abrigos de passageiros; conservação e reparação da sinalização vertical não iluminada e instaladas na via municipal; manutenção e conservação de caminhos, arruamentos e pavimentos pedonais (Decreto-Lei nº75/2013).

No artigo 65º da Constituição da República Portuguesa (2005) relativo à habitação e urbanismo refere que as autarquias locais através de instrumentos de planeamento definem as regras de ocupação e utilização dos solos urbanos e que a participação dos/as cidadãos/ãs está contemplada. O ordenamento do território tem como objetivo dar respostas globais aos problemas da ocupação do espaço territorial que se torna cada vez mais exíguo e no qual se determinam as necessidades atuais e futuras dos/as cidadãos/ãs (Condesso, 2005).

Estas questões são expostas na Lei nº 31/2014 sobre a Lei de bases gerais da política pública de solos, de ordenamento do território e de urbanismo uma vez que refere que um dos fins desta lei é a promoção da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada aos edifícios, equipamentos e espaços verdes ou outros espaços de uso coletivo. Contempla como um dos deveres das autarquias locais a existência de espaços públicos, equipamentos e edifícios de uso coletivo em iguais condições de acesso.

Em Portugal, ao nível dos municípios existem vários instrumentos de ordenamento do território: plano diretor municipal (PDM), planos de urbanização e planos de pormenor. Para Fernandes (1997) o PDM é um instrumento que potencia o desenvolvimento local como também vai de encontro às necessidades dos/as cidadãos/ãs. É importante ter um planeamento municipal bem definido onde sejam consagradas as opções estratégicas para o desenvolvimento local (Lopes, 1993).

O urbanismo assenta em dois momentos basilares tendo em vista a inclusão e a construção de uma cidade para todos como constata Bordalo (2012). Uma primeira fase aquando da elaboração ou revisão do PDM, considerando este o momento adequado para a localização de infraestruturas e equipamentos coletivos; e uma segunda fase aquando da execução das medidas do PDM através do controlo prévio das operações sendo da competência da autarquia indeferir os projetos e a fiscalização dessas operações que não cumpram com o disposto no Decreto-Lei nº 163/2006 cabendo também à autarquia desenrolar ações sancionatórias (Bordalo, 2012).

Também ao nível da elaboração do plano de desenvolvimento nacional as autarquias têm fulcral importância já que estão numa posição de destaque dada a proximidade com os/as cidadãos/ãs para potenciar o território português (Condesso, 2005). Como exemplo é um das propostas do XXI Governo Constitucional que passa por desenvolver um programa “Territórios Inclusivos” em parceria com os municípios no sentido de assegurar a acessibilidade física e comunicacional através de um programa de acessibilidade pedonal a todos os locais de votação (PCM, 2015).

As autarquias não podem manter o seu desempenho nos domínios das infraestruturas e dos equipamentos básicos, como aconteceu pelo passado, mas antes alargar o seu raio de ação rompendo com a forma tradicional de atuação. Deve integrar uma nova fase de *“intervenção estratégica no processo de desenvolvimento local”* (Lopes, 1993, p. 190). Atualmente as necessidades dos/as cidadãos/ãs não são facilmente diagnosticadas o que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de dar respostas inovadoras e de forma concertada aos problemas das pessoas (Lopes, 1993).

O Plano Nacional de Saúde com revisão e extensão a 2020 corrobora um modelo de coprodução em saúde através de uma saúde partilhada pelos vários setores da sociedade como o caso da administração pública. O plano assenta em quatro eixos: acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania (DGS, 2015). No âmbito das políticas saudáveis a OMS (Cit. por DGS, 2015) refere que são políticas do governo, autarquias e outras áreas da sociedade

que numa colaboração intersectorial devem proporcionar ambientes promotores da saúde e do bem-estar para as pessoas.

Algumas das orientações emanadas pelo Plano Nacional de Saúde consistiram na identificação de desigualdades em saúde, desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e *empowerment* e o desenvolvimento de estratégias para a promoção de ambientes saudáveis e comunidades resilientes sendo as autarquias locais um dos parceiros de implementação destas medidas (DGS, 2015).

Face ao exposto e de acordo com Bordalo (2012, p. 32) as autarquias locais têm um papel privilegiado na *“promoção, concretização e fiscalização de direitos fundamentais de todos os cidadãos em matéria de urbanismo, acessibilidade e mobilidade”*. Neste contexto, foi criada a Rede Nacional de Cidades com Mobilidade para Todos a qual requeria aos municípios a elaboração de um plano promotor da acessibilidade do centro cívico das cidades através da eliminação de barreiras urbanísticas (Mpt, 2017). De acordo com Teles (2014) cerca de um terço das cidades cumpriram esse objetivo.

À semelhança, o INR lançou o prémio *“Concelho Mais acessível”* no qual laureia as ações levadas a cabo pelos municípios e que visam a acessibilidade nos territórios municipais aos/às cidadãos/ãs (INR, 2016).

Para auxiliar a prossecução de metas, o Programa Operacional Potencial Humano, lançou o Programa RAMPA – regime de apoio aos municípios para a acessibilidade, que consiste no apoio a diagnóstico sobre acessibilidades em meio urbano, a ações de sensibilização e formação na área da acessibilidade arquitetónica, bem como a projetos de promoção da acessibilidade em espaços públicos. Destaca-se mais uma vez o papel das autarquias locais como agentes de mudança (INR, 2010). Fiolhais (2010, p.1) afirma que estes *“programas são uma oportunidade para remover barreiras que condicionam a qualidade de vida de quem tem mobilidade limitada, mas também o caminho certo para construir cidades mais inclusivas”*.

Outro passo foi dado em vários municípios, o que demonstra preocupação com estas questões por parte dos responsáveis autárquicos, com a criação do cargo de provedor das pessoas com deficiência, como a câmara municipal do Porto, Marco de Canaveses e Lousã (RCM nº 9/2007). Todas estas ações desenvolvidas, produto de um crescente compromisso do Governo Português, permitiu que fosse reconhecido na Europa como um país promotor da acessibilidade.

2.3 Quadro das políticas europeias para a promoção da acessibilidade

Na UE o grande destaque das Estratégias Europeias nos últimos anos também tem passado pelo incentivo de uma sociedade aberta e acessível. Para o efeito, reconhecem que as barreiras têm que ser identificadas e removidas (UE, 2014). Desde 1983 que a UE escolhe um tema para destacar, sensibilizando o/a cidadão/ã europeu/europeia, assim como, os governos de cada país para esse tema. Surgiu assim o “Ano Europeu” no qual a cada ano corresponde um tema que revela as preocupações das organizações europeias e dos Estados-Membros (Eurocid, 2013).

A Carta dos Direitos Fundamentais da UE (UE, 2000) reforça o direito à não discriminação, dos direitos da pessoa idosa e o princípio da integração das pessoas com deficiência. Na Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões Rumo a uma Europa sem barreiras para as pessoas com deficiência foi proposto ao Conselho a declaração do ano de 2003 como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

Alguns dos objetivos do Ano Europeu das Pessoas com Deficiência passavam por sensibilizar para os direitos das pessoas com deficiência, para a proteção contra discriminação e exercício pleno dos seus direitos e por refletir sobre as possibilidades para a promoção da igualdade de oportunidades sendo as medidas propostas de execução a nível comunitário e nacional (Conselho da União Europeia, 2001). A Comissão das Comunidades Europeias (2000) declara que com estas medidas iria permitir a eliminação de barreiras e a promoção de uma participação plena na sociedade. Neste seguimento, no contexto europeu têm vindo a ser desencadeados vários programas e planos de ação.

A estratégia Europa 2020 surge num cenário de transformação da UE após uma crise económica e financeira que expôs fragilidades e fez retroceder os progressos que já haviam sido levados a cabo, e a qual tem três prioridades: o crescimento inteligente, sustentável e inclusivo (Conselho da União Europeia, 2010).

Na Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões “Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020: Compromisso renovado a favor de uma Europa sem barreiras” vem reafirmar a estratégia que evidencia a eliminação das barreiras tendo como áreas de atuação a acessibilidade,

participação, igualdade, emprego, educação e formação, proteção social, saúde e ação externa (Comissão Europeia, 2010).

Em 2010 foi criado o Prémio Europeu para Cidades Acessíveis, e como objetivo destacar cidades europeias que demonstram medidas eficazes para melhorar as condições de acessibilidade no ambiente urbano para pessoas com deficiência e pessoas idosas. O concurso assume-se como um momento introspetivo para as autoridades públicas no qual devem analisar os pontos fortes e fracos das suas autarquias quanto à acessibilidade. As cidades vencedoras são recompensadas com medidas que promovam a acessibilidade em áreas públicas e privadas como ambientes de trabalho e parques infantis (Comissão Europeia, 2010; Comissão Europeia, 2015).

As cidades vencedoras desde a primeira edição em 2010 foram Ávila, Salzburgo, Berlim, Gotemburgo, Borås e Milão (Comissão Europeia, 2017). A cidade do Funchal recebeu uma Menção Honrosa enquanto finalista do Prémio Cidade Acessível 2017 pelo reconhecido empenho em melhorar a acessibilidade numa área geográfica com contextos naturais difíceis (Câmara Municipal Funchal, 2016).

Como podemos verificar pelo exposto denotamos um investimento e impulso franco quer pela Comissão Europeia, quer pelos Estados-Membros na adoção de medidas e políticas públicas para a acessibilidade. Contudo é necessário consolidar este investimento e continuar a fazer progressos no que diz respeito à eliminação de barreiras arquitetónicas para a participação de todos/as rumo à cidadania plena (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

O cumprimento destes objetivos é competência principalmente dos Estados-Membros, uma vez que as competências comunitárias têm uma ação importante, mas frugal neste âmbito (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

Importa agora refletir sobre sinergias reforçadas entre o poder autárquico e o setor da saúde como um binómio de promoção da saúde e da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

3. CONTRIBUTOS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

A enfermagem é uma disciplina científica que, habitualmente, tem como ponto central a prestação de cuidados à pessoa. No Modelo de adaptação de Roy pessoa é definida como *“um sistema adaptável, o indivíduo é descrito como um todo que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo”* (Roy, et al., 2001). Contudo, de acordo com a autora supracitada o alvo dos cuidados de enfermagem também é a família, um grupo, uma comunidade ou a sociedade, considerando que o sistema humano trabalha como um todo sendo mais do que a soma das partes e é capaz de se adaptar às mudanças no meio ambiente e influenciá-lo.

Segundo Roy, et al. (2001) o conceito ambiente diz respeito a todas as condições, circunstâncias e influências que afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas, estimulando-as para a criação de respostas adaptáveis.

Na perspetiva de Orem (1983) o ambiente é uma das condições que afeta o autocuidado, ou seja, todas as atividades que são realizadas pela própria pessoa para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Um ambiente adequado permite o desenvolvimento pessoal, o estabelecimento de objetivos reais e a adaptação do comportamento para atingir esses resultados.

Na conceção de Roper, et al. (2001) os fatores ambientais também são destacados como capazes de influenciar a realização de atividades de vida pela pessoa, como manter um ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, entre outras. As autoras evidenciam a influência e o impacto que o ambiente edificado tem na realização de atividades de vida caso o ambiente externo, como habitação, escolas, edifícios de serviços públicos ou de lazer, não esteja pensado para o desempenho das atividades de vida de forma e a manutenção da independência apesar da capacidade individual.

Face ao exposto, percebemos que o ambiente influencia o desenvolvimento e comportamento das pessoas no seu dia-a-dia, o seu envolvimento na comunidade e a sua

integração social (Orem, 1983; Roy, et al., 2001) daí que é fundamental compreender os contributos da intervenção de enfermagem de reabilitação no sentido da eliminação de barreiras arquitetónicas promovendo ambientes acessíveis para pessoas com mobilidade condicionada.

Já Florence Nightingale, em 1859, assumiu como foco dos cuidados de enfermagem as pessoas lesionadas na guerra (Andrade, et al., 2010), logo, o início da reabilitação. Porém, o grande propulsor do desenvolvimento da reabilitação foi a Segunda Guerra Mundial. Com a evolução da medicina e o uso de antibióticos que permitiram salvar muitas vidas, os soldados feridos durante a guerra voltavam para casa com algum tipo de deficiência ou incapacidade e por esses motivos necessitavam de cuidados especializados. Em 1951, o médico Howard Rusk fundava o primeiro centro de reabilitação afiliado na Universidade de Nova Iorque (Atanelov, et al., 2015).

Em Portugal a reabilitação começou a ser delineada em meados dos anos 50 sob a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (OE, 2003) evoluindo muito devido ao impulso do Decreto-Lei 43777 de 3 de Julho de 1961, relativo à atribuição à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a organização e exploração das apostas mútuas sobre resultados de competições desportivas, possibilitando que pelo desporto fossem disponibilizados meios para uma nova modalidade de proteção social pelo *“fomento de serviços de reabilitação ou recuperação de diminuídos físicos”* assim seria possível *“salvar da invalidez total muitos diminuídos que a doença ou o acidente feriu”* (Ministério da Saúde e Assistência, 1961 p.2).

A Santa Casa da Misericórdia cria um sistema de apostas desportivas (totobola) e a verba decorrente foi investida na saúde e, em concreto na construção do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão proporcionou. (Ministério da Saúde e Assistência, 1961; Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 2015).

Na Constituição da República Portuguesa (2005) no artigo 64º é declarado o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Para garantir este direito o Estado deve assegurar a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação.

No Regulamento nº 125/2011 que regulamenta as Competências Específicas do/a EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8658) descreve que a reabilitação enquanto disciplina é uma forma de *“maximizar o potencial funcional e independência”* das pessoas. O/a EEER no exercício das suas competências visa a manutenção funcional, prevenir complicações e evitar

incapacidades através do cuidado de pessoas ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos da prática.

No artigo 4º do referido diploma na alínea b) refere que o/a EEER tem como competência específica *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8658) através da análise da problemática da deficiência, limitação da atividade e da participação social pelo desenvolvimento de ações independentes ou pluridisciplinares e que estejam de acordo com o enquadramento social, político e económico com vista a uma consciência social inclusiva.

Para além das ações que visam melhorar a capacidade funcional das pessoas, o/a EEER, neste âmbito *“promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8659) através da demonstração de conhecimentos sobre legislação específica, sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas, identificação de barreiras arquitetónicas orientando para a sua eliminação, podendo ainda emitir pareceres técnico -científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Políticas de saúde fortes são impulsionadas através da avaliação e envolvimento da comunidade e os/as enfermeiros/as podem liderar o desenvolvimento de políticas de saúde da população (Potter, et al., 2013). O/a EEER deve ser agente de mudança. Para o efeito, identifica e implementa medidas e abordagens mais efetivas para a resolução dos problemas através da capacitação da pessoa e ainda da comunidade para resolverem os problemas de forma criativa (Potter, et al., 2013).

Na Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde os governos são responsabilizados pela saúde das pessoas através de medidas sanitárias e sociais. Nesta Conferência, os cuidados de saúde primários devem possibilitar serviços de proteção, cura e reabilitação, envolver todos os setores e não apenas o da saúde e promover a participação comunitária (OMS, 1978). Fica evidente a importância dos governos e das autarquias locais e do trabalho em parceria com cuidados de saúde.

A prática dos cuidados de enfermagem, nos últimos anos, conheceu muitos avanços como forma de resposta aos novos contextos culturais e sociais. O/a EEER na sua prática atua em realidades muito diversificadas o que possibilita a prestação de cuidados diferenciados. Estes são orientados para as pessoas, as condições ambientais e socioeconómicas da comunidade, bem como o meio familiar (Costa, 2012). O/a EEER deve ter uma atuação precoce no que diz respeito à prevenção da incapacidade e a promoção da saúde (Faro, 2006).

No exercício das suas competências, e nos mais variados contextos, seja em meio hospitalar, ou na comunidade, o/a EEER cuida de pessoas que enfrentam alterações na sua vida e se veem a braços com uma nova realidade (Rebello, 2012). Implementa programas de reabilitação que capacitam a pessoa, o seu foco de atuação é a pessoa mas também familiares e cuidadores/as, e deve assumir a sua co-responsabilidade no cuidar mas também na promoção de ambientes favoráveis seja no domicílio, na comunidade ou mesmo no local de trabalho (Machado, et al., 2010).

A falta de acessibilidade no ambiente construído, por exemplo para uma pessoa que sofreu uma lesão medular e passa a deslocar-se em cadeira de rodas, cria sentimentos de insegurança e dificuldades neste período de transição face às barreiras arquitetónicas existentes não apenas na habitação como no espaço público. Muitas vezes, pela escassez de condições de acessibilidade as pessoas com mobilidade condicionada veem-se limitadas ao seu quarto ou à sua habitação ou, noutras situações, são institucionalizadas (Fontes, et al., 2015).

De acordo com a teoria de médio alcance de Meleis et al. (2000) as pessoas experienciam transições de saúde/doença; desenvolvimental; situacional e organizacional. Neste conceito, alguns exemplos de transições que tornam as pessoas vulneráveis são a transição para uma situação de paraplegia da qual decorre mobilidade em cadeira de rodas; para a gravidez, a infância para a adolescência, entre outros. As transições são o resultado de mudança na vida das pessoas, na saúde, relacionamentos pela interação com o ambiente.

Os/as enfermeiros/as são fundamentais na prestação de cuidados às pessoas que vivenciam uma transição, por isso ocupam uma posição estratégica para minimizar os potenciais riscos de uma transição que tornam a pessoa vulnerável. O/a EEER prepara as pessoas para a transição para a mobilidade condicionada facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades (Meleis, et al., 2000). Pela proximidade com as pessoas que vivenciam ou experienciam mobilidade condicionada os/as enfermeiros/as encontram-se numa posição privilegiada e estratégica para a implementação dos cuidados de saúde e melhorar a saúde de uma comunidade (Potter, et al., 2013).

A pessoa com mobilidade condicionada pela interação constante com o contexto e o ambiente que a envolve necessita de se adaptar à sua condição e ao ambiente que a rodeia. O/a EEER tem um papel preponderante no sentido de criar condições que ajudem a pessoa com mobilidade condicionada e promover a sua participação na comunidade favorecendo a sua autonomia e independência. O/as EEER têm as competências técnicas que permitem à

pessoa com mobilidade condicionada vencer o desafio entre a pessoa e o contexto ambiental (Faro, 2006). Existem várias condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição, tais como as condições pessoais, da comunidade, do ambiente e da sociedade (Meleis, et al., 2000).

Desta forma, é fundamental que o/a EEER conheça quais as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o processo de transição saudável para auxiliar a pessoa a construir um nova forma de se adaptar, promovendo níveis de saúde (Meleis, et al., 2000).

A qualidade da transição é agravada pelas condições hostis do ambiente em que a pessoa se insere, seja do ponto de vista arquitetónico, laboral e social (Fontes, et al., 2015). Segundo Meleis, et al. (2000) a obtenção de informação relevante em fontes profissionais e credíveis, o suporte na tomada de decisão, bem como uma sociedade inclusiva com legislação específica para proteção de grupos vulneráveis são fatores facilitadores da transição. É fundamental que a pessoa se consciencialize para o processo de transição e que a aquisição de novos conhecimentos a vai capacitar para lidar com a sua nova condição de saúde dando continuidade e/ou reconstruindo o seu projeto de vida (Rebelo, 2012).

Já na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de onde emanou a Carta de Ottawa (OMS, 1986) era descrita a importância da promoção da saúde pela capacitação dos indivíduos e das comunidades para controlarem e melhorarem a sua saúde. Esta capacitação só é possível se existir um canal favorável, com acesso à informação estilos de vida e oportunidades que permitam efetuar escolhas saudáveis. Capacitar a pessoa é um processo que gera confiança, ainda mais se a informação fornecida for apropriada e adequada a cada contexto da pessoa, ou seja, focada na pessoa e no seu contexto (Rebelo, 2012).

A pessoa com mobilidade condicionada deve e tem de participar nos processos de tomada de decisão que a ela dizem respeito ou que possam interferir com a sua vida. Para tal, devem-lhe ser dadas ferramentas que lhe permitam decidir conscientemente. Desta forma, surge o conceito de *empowerment* que fomenta a participação dos/as cidadãos/ãs e da comunidade na promoção da saúde (Gomes, et al., 2013). O processo de *empowerment* dos cidadãos a nível social e político permite o equilíbrio da estrutura de poder na sociedade (Friedmann, 1992).

Um dos fatores influenciadores da realização de atividades de vida também apontados por Roper, et al. (2001), foram os político-económicos uma vez que a ação política e económica se reflete na legislação que posteriormente se reflete no dia-a-dia das pessoas e também na

prestação de cuidados de enfermagem. Por este motivo consideram importante que o/a enfermeiro/a detenha conhecimentos sobre os fatores políticos e económicos e a forma como estes influenciam as pessoas e as suas atividades de vida para que, através das suas intervenções específicas, possam ajudar as pessoas no seu dia-a-dia.

O/a EEER deve possuir e transmitir conhecimentos sobre legislação em vigor, por exemplo sobre o regime da acessibilidade, a lei que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência, os programas de emprego e de qualificação profissional ou sobre apoios à integração no mercado de trabalho pela eliminação de barreiras arquitetónicas. Também deve possuir conhecimentos sobre normas técnicas promotoras da integração e participação cívica e das condições de acessibilidade e mecanismos disponíveis nas autarquias locais que promovam a eliminação de barreiras arquitetónicas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Ao transmitir estes conhecimentos à pessoa com mobilidade condicionada está a capacitá-la e a dar-lhe ferramentas para a sua integração na sociedade.

Por outro lado, o/a EEER no seu exercício de competências e enquanto cidadão/ã tem a responsabilidade de fazer cumprir e incentivar a tomada de consciência sobre o verdadeiro significado de ambientes acessíveis e isentos de barreiras arquitetónicas, dado que o ambiente se transforma num fator facilitador/inibidor da transição. Também no local onde desempenha funções deverá trabalhar em parceria com profissionais capazes, como arquitetos e/ou engenheiros, no sentido de identificar eventuais barreiras arquitetónicas e de as eliminar trabalhando para instituições inclusivas (Pagliuca, et al., 2007).

A promoção da acessibilidade é uma condição essencial para o pleno exercício dos direitos e deveres integrados na Constituição da República Portuguesa (2005). Assim, os/as EEER podem ser um vetor importante na melhoria da qualidade de vida das pessoas com mobilidade condicionada bem como promotores de uma plena participação cívica e social. Para tal, é essencial para o/a EEER conhecer de que forma pode orientar a pessoa com mobilidade condicionada quando pretende a eliminação de barreiras arquitetónicas.

Muito embora a inquestionável importância do/a EEER na sua prática assistencial verifica-se um desconhecimento sobre o processo de orientação das pessoas com mobilidade condicionada no sentido de as elucidar sobre como eliminar barreiras arquitetónicas existentes na via pública e/ou edifícios e estabelecimentos em geral.

No estudo prévio “Barreiras Arquitetónicas – contexto dos enfermeiros” que tinha como objetivo compreender se os enfermeiros têm conhecimento sobre o processo de orientação das pessoas com mobilidade condicionada no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas

existentes na comunidade e conhecer quais as barreiras arquitetónicas mais comuns na sua área residencial. Para o efeito realizámos um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

O método de amostragem foi não probabilístico, intencional e a amostra foi constituída em bola de neve tendo obtido uma amostra de 56 enfermeiros/as. Os critérios de inclusão foram enfermeiros/as que acedam a redes sociais (*facebook*), e ao e *email*. A colheita de dados foi efetuada através de um questionário *ad hoc* de autopreenchimento com recurso ao formulário *GOOGLE*, no período de Novembro de 2016.

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra dos/as 56 enfermeiros/as 91,1% são do sexo feminino e 8,9% do sexo masculino. A idade varia entre 22 e 63 anos. Sendo a média de idades de 32 anos. Relativamente ao tempo em anos de exercício profissional a média de anos é de 8,8. Verificou-se que 44,6% possuem licenciatura, seguindo-se de 21,4% de EEER, 16,1% possuem outro Mestrado em Enfermagem, 3,6% Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e Doutoramento e 10,7% outra especialidade em Enfermagem. Exercem funções na área Hospitalar 76,8% , em outras unidades 17,9% e 3,6% em Centro de Saúde e 1,8% em Unidades de Cuidados Continuados.

Do total dos/as participantes 55,4% tem conhecimento sobre legislação específica para a acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais e 16,4% não conhece o símbolo internacional de acessibilidade. Relativamente à opinião dos/as participantes sobre a existência de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na sua área de residência constatámos que permanece, maioritariamente, a ausência de passeios e percursos pedonais com rampas que cumpram o disposto na legislação; ausência de instalações desportivas com pelo menos um percurso acessível, escasseiam as cabines de duche adaptadas e nas piscinas públicas raramente existe acesso à água por rampa ou meios mecânicos.

A atribuição de lugares de estacionamento em espaços públicos para pessoas com mobilidade condicionada já é mais frequente, contudo os/as participantes referem que persistem serviços públicos sem instalações sanitárias adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.

Da amostra estudada 25% possuem a especialidade em enfermagem de reabilitação (mestrado e doutoramento incluídos uma vez que possuíam também a especialidade em enfermagem de reabilitação) e, apesar das competências específicas, destes, 50% assumiram que na sua prática diária não desenvolvem nenhum tipo de intervenção para a eliminação de barreiras arquitetónicas mas caso o pretendam fazer 37,5% não sabem a quem se poderão

dirigir para o solicitar na comunidade. Concluímos que persiste uma larga percentagem de edifícios, espaços e instalações que não satisfazem as condições mínimas de acessibilidade. Isto constitui um problema para o/a EEER e a pessoa com mobilidade condicionada pelo fosso que se cria entre a legislação e a realidade.

Outras ciências estudam as transições contudo apenas a enfermagem o faz numa vertente biopsicossocial, nesta vertente e também com a aplicação da CIF é possível ao/à EEER uma abordagem holística do cuidado de enfermagem pela interação das diferentes componentes e, nomeadamente na vertente dos fatores ambientais permitindo um subsídio importante para a prática de enfermagem (Quintana, 2014).

Segundo França, et al. (2009) é fulcral explorar novos caminhos, focando-se numa abordagem holística do processo de reabilitação intervindo de igual modo em todas as dimensões como, na integração e a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada.

O/a EEER ao intervir na promoção da saúde pela via da construção de políticas saudáveis vai além da prestação dos cuidados e da maximização do potencial funcional da pessoa com mobilidade condicionada. Tal como defendido na Carta de Ottawa (OMS, 1986) é necessário colocar a saúde nos roteiros políticos para que estes tomem consciência do seu papel no fomento da promoção da saúde das pessoas e da comunidade. Na Carta de Ottawa também faz referência que o potencial de saúde só é possível se as pessoas conseguirem controlar os fatores que a determinam, como por exemplo a eliminação de barreiras arquitetónicas.

De acordo com Machado, et al. (2016) é da responsabilidade do/a EEER trabalhar para a inclusão das pessoas com mobilidade condicionada na sua comunidade, mostrando que apesar das limitações funcionais que possam possuir é possível a sua integração e participação no trabalho, na vida familiar e social e em atividades de lazer. A conceção dos cuidados de enfermagem conhecem, desta forma, novas metas e horizontes num contexto cada vez mais complexo e multidimensional.

A condição de mobilidade condicionada afeta muitas pessoas e caracteriza uma população com características e necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação muito heterogénea. A existência de barreiras arquitetónicas no meio edificado e na via pública constitui uma dificuldade para estas pessoas para que lhes seja possível uma vida plena em igualdade de oportunidade como os demais e na qual a pessoa seja capaz de desenvolver o seu potencial. Considerando fundamental intervir nas condições do ambiente físico uma vez que este pode ser um fator facilitador ou inibidor numa transição.

Estas condições do ambiente físico e da acessibilidade arquitetónica devem ser asseguradas pelas estruturas governamentais quer ao nível nacional quer ao nível das autarquias locais, no sentido de dar cumprimento às disposições legais estabelecidas e, promovendo territórios inclusivos. Em última instância a saúde não deve ser apenas preocupação dos/as profissionais de saúde, mas também deve estar espelhada na realidade das políticas implementadas.

Deste modo, e sendo uma das competências específicas da enfermagem de reabilitação intervir ao nível da participação na sociedade, promover a mobilidade e a acessibilidade arquitetónica, é importante investigar a temática pela perspetiva das autarquias locais, nomeadamente os/as Presidentes de Junta.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

II PARTE – TRAÇAR UM CAMINHO PARA COMPREENDER O PROCESSO DA ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA

Depois de elaborado o enquadramento conceptual explicativo dos vários conceitos relacionados com a problemática em estudo, torna-se imperativo efetuar a ponte com as opções metodológicas neste processo e o respetivo desenho da investigação.

Neste capítulo será explicada a metodologia da investigação, o tipo de estudo, a pertinência, objetivos e questões de investigação, assim como, a identificação e operacionalização das variáveis em análise, a população e a amostra. Serão apresentados os métodos e procedimentos de colheita de dados bem como os métodos de análise e tratamento de dados e, efetuamos as considerações éticas que guiaram toda a investigação.

Em Portugal, com o I Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 (PAIPDI) é reforçada a importância na criação de políticas que beneficiem intervenções voltadas para a promoção da acessibilidade (RCM nº120/2006.).

Com o Decreto-Lei nº 163/2006 é atribuído o prazo de 10 anos para que instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos e espaços abrangentes, com início de construção anterior a 22 de Agosto de 1997 e de cinco anos para construções posteriores àquela data, fossem adaptados de acordo com as normas do referido Decreto-Lei.

No Relatório da Comissão Europeia «2010: Uma Europa Acessível a Todos» consideram que a acessibilidade deve ser encarada de forma global e nos vários domínios da ação política, tais como, construção, saúde, concursos públicos para adjudicação de equipamentos, entre outros. Para tal, deve estar em coordenação com todos os agentes envolvidos como sendo os órgãos da política social, do planeamento urbano e território, transportes, entre outros (RCM nº 9/2007).

Nesta perspetiva e, de acordo com as competências específicas, o/a EEER terá um contributo importante na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social junto dos órgãos autárquicos e na sensibilização da comunidade para adoção de práticas inclusivas através da eliminação de barreiras arquitetónicas.

Na literatura encontramos diversos estudos sobre a perspetiva da pessoa com mobilidade condicionada (pessoas idosas, pessoas em cadeira de rodas, pessoas invisuais...) e o impacto das barreiras arquitetónicas na sua qualidade de vida contudo, é evidente, a escassez de estudos sobre a problemática da acessibilidade ao nível das comunidades e nas perspetivas dos/as agentes da acessibilidade nas autarquias como arquitetos/as, engenheiros/as civis e gestores/as de espaços públicos (Lima, et al., 2013; Bárrios, et al., 2014).

Por conseguinte é importante integrar outras perspetivas e pessoas alargando a análise aos diversos intervenientes no fenómeno em estudo. Por esta ordem de ideias, na abordagem à problemática da eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção da acessibilidade pelos órgãos autárquicos não podemos apenas limitar-nos a somar respostas uma vez que consideramos necessário introduzir mais informação sobre o fenómeno em estudo para que, tal como referiram Ghiglione, et al.(2005), não estejamos a reduzir em pedaços aquilo que é a dinâmica social e o que resta dela isoladamente não tem o mesmo interesse.

Da problemática da acessibilidade ao nível das autarquias locais encontramos dois níveis de decisão e de intervenção neste fenómeno. Nos órgãos representativos da freguesia, ao nível da junta de freguesia, mais próximo do/a cidadão/ã e que é da responsabilidade dos/as Presidentes de Junta (Decreto-Lei nº 75/2013).

E outro, ao nível da câmara municipal onde se emitem pareceres sobre projetos de obras não sujeitas a controlo prévio, onde se autorizam projetos e adjudicam empreitadas, onde se exerce o controlo prévio nos domínios da construção, reconstrução, conservação ou demolição de edifícios e onde se cria, constrói e gere instalações, equipamentos e serviços integrados no património do município e a quem compete a fiscalização do cumprimento das normas aprovadas pelo Decreto-Lei nº 163/2006 quanto aos deveres impostos aos edifícios, espaços e estabelecimentos dos particulares.

Por estas razões torna-se pertinente integrar a perspetiva dos vários atores políticos dentro dos órgãos representativos da freguesia e do município, nomeadamente a junta de freguesia e a câmara municipal, para melhor compreensão do fenómeno em estudo. Assim, será possível interpretar conjuntamente as representações de ambos e, como percecionam a realidade do fenómeno em causa enquanto intervenientes no processo/fenómeno.

Para Fortin (2009) a formulação do problema de investigação é uma etapa chave do processo de investigação e que traduz uma necessidade de esclarecimento ou modificação e que serve de orientação para a investigação. *“Um problema de investigação concebe-se como um desvio*

consciente que se pretende anular entre o que sabemos, julgado insatisfatório, e o que deveríamos saber, julgado desejável” (Chevrier, 2003, p. 66).

Neste contexto questionamo-nos como respondem as autarquias locais, ao nível dos seus órgãos executivos, na eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada?

Após termos formulado o problema de investigação Fortin (2009) refere que a próxima etapa deverá consistir na elaboração dos objetivos da investigação. A definição do objetivo determina especificamente o que o investigador/a pretende realizar ao longo do estudo (Fortin, 1999). Assim sendo, temos por objetivos:

- Descrever a importância que os/as Presidentes de Junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade
- Identificar quais os constrangimentos que os/as Presidentes de Junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas;
- Analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva;
- Caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/as Presidentes de Junta;
- Compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Com o presente estudo temos como finalidade contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva, envolvendo os/as EEER e as autarquias locais na eliminação de barreiras arquitetónicas promovendo a acessibilidade para todos e desenvolvendo as competências específicas de intervenção de cada uma destas áreas de intervenção.

Acréscimo ainda que, se os resultados permitirem apresentaremos um projeto específico para o município transformando as fragilidades que se venham a identificar em oportunidades de desenvolvimento local sustentado.

De acordo com os resultados pretendemos em parceria com outras entidades, desenvolver campanhas de sensibilização aos vários níveis, em entidades públicas e privadas, com vista a minorar os efeitos das barreiras arquitetónicas existentes.

Desde logo, podemos avançar que a complexidade do fenómeno em estudo, a introdução de diferentes intervenientes no fenómeno e as nossas questões de investigação orientaram a

pesquisa para os métodos mistos como melhor forma para estudar o fenómeno (Creswell, et al., 2011).

Dando continuidade à descrição do trabalho de campo abordaremos os vários aspetos metodológicos inerentes à investigação, explicitando o paradigma de investigação e o desenho do estudo.

1. O PARADIGMA E A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Antes de explicitar o desenho da investigação é importante compreender quais os pressupostos da investigação, ou seja, os fundamentos filosóficos que orientam a investigação dado que toda a investigação científica é conduzida à luz de paradigmas (Creswell, et al., 2011). A investigação científica trata-se de um processo no qual são analisados fenómenos no sentido de obter respostas a questões específicas adquirindo novos conhecimentos (Fortin, 2009).

Toda a investigação assenta em paradigmas que são definidos por Fortin (2009, p. 18) como um *“conjunto de crenças e de valores partilhados por um grupo ou uma escola de pensamento”*. Estes vão influenciar o investigador na forma como vai adquirir conhecimentos e desenvolver o estudo. Fortin (2009) considera duas escolas de pensamento: a naturalista e a positivista.

De acordo com o paradigma naturalista, os investigadores acreditam que a perceção da realidade altera de pessoa para pessoa e com a evolução do tempo, tratando-se de um processo dinâmico e em constante interação com o meio. Por seu lado, no paradigma positivista crê-se que a realidade é objetiva e que os fenómenos são previsíveis e controláveis (Fortin, 2009).

O paradigma naturalista, segundo Fortin (2009) tem por base o método de investigação qualitativa e permite uma compreensão mais alargada do fenómeno em estudo (raciocínio indutivo). Por seu lado, o método de investigação quantitativa assenta no paradigma positivista que permite resultados mensuráveis possibilitando a sua generalização às populações (raciocínio dedutivo). Como podemos facilmente compreender estes métodos são distintos na abordagem da investigação.

As diferenças entre os dois paradigmas têm vindo a ser discutidas ao longo dos anos, e verifica-se que muitos investigadores optam por um ou outro paradigma de investigação como se a utilização de um obrigue à exclusão do outro. Contudo, tem vindo a crescer o sentido da complementaridade do paradigma de investigação qualitativa e quantitativa, passando a aceitar-se a possibilidade de influência de ambos (Pardal, et al., 2011; Coutinho, 2013).

Num mundo em constante e rápida mudança López (2015) concorda que a investigação não se pode alienar desta realidade, com contextos mais complexos e distintos que impõem novas e profundas formas de abordagem dos problemas.

Creswell et al. (2011) e Guerrero-Castañeda, et al. (2016) incorporam outro paradigma: o pragmático apontando-o como o mais utilizado nos estudos com recurso aos métodos mistos. Anguera (Cit. por Coutinho, 2013, p. 35) afirma que *“um investigador não tem de aderir cegamente a um dos paradigmas, podendo eleger livremente uma relação de atributos (...) se assim se conseguir uma adaptação flexível à sua problemática”*.

A complementaridade metodológica é defendida por alguns autores no sentido de que será a melhor solução para o problema em estudo não se aceitando que o investigador tenha que encaixar a sua pesquisa num dos paradigmas como forma redutora e obrigatória (Walker e Evers Cit. por Coutinho, 2013, p.33).

Por este prisma a vantagem dos métodos mistos é permitir alcançar uma área inexplorada. Caso se utilizasse uma metodologia em detrimento da outra somente teríamos acesso à contribuição específica de cada abordagem. Assim, utilizando os métodos mistos incluímos uma abordagem mais flexível e enriquecedora para descrever, explicar, interpretar os fenómenos e a realidade em estudo (López, 2015; Paranhos, et al., 2016).

Os métodos mistos permitem utilizar as características quer da metodologia qualitativa quer da quantitativa valorizando os pontos fortes de cada uma, nunca numa perspetiva de oposição ou confronto, mas com o intuito de produzir uma compreensão mais profunda dos fenómenos em estudo partindo da produção de diferentes níveis e tipos de explicação (Gerring e Thomas Cit. por Oliveira, 2015; López, 2015, Paranhos, et al., 2016).

Para Creswell et al. (2007) a pesquisa por métodos mistos é um desenho de investigação que como os outros possui pressupostos filosóficos tão diversos quanto os métodos de pesquisa. Desta forma afirmam que como metodologia tem pressupostos filosóficos que orientam a colheita e análise dos dados e a mistura das abordagens qualitativas e quantitativas nas diversas fases de pesquisa. Por outro lado, como método o enfoque é na colheita, análise e mistura de ambos os tipos de dados, qualitativos e quantitativos.

As características de um estudo por métodos mistos realçadas por Creswell et al. (2011) são a colheita e análise de dados qualitativos e quantitativos, a possibilidade de misturar/integrar os diferentes tipos de dados, enfatizar ou priorizar um ou os dois tipos de dados e a utilização de um ou vários paradigmas ou teoria que orientem o estudo, entre outras.

Para permitir um melhor enquadramento da nossa opção metodológica apresentamos os quatro principais tipos de desenhos por métodos mistos considerados por Creswell et al. (2011) são o desenho convergente paralelo (abordagem quantitativa e qualitativa realizadas paralelamente), o desenho exploratório sequencial (colheita e análise de dados quantitativos seguida da fase qualitativa e a partir dos resultados obtidos na fase quantitativa é interpretado como é que os dados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos), o desenho explicativo sequencial (colheita e análise dos dados qualitativos e a partir dos resultados é conduzida uma segunda fase quantitativa para testar ou generalizar os resultados iniciais) e o desenho integrado ou embutido (o estudo possui uma componente central e uma complementar).

Estes diferentes tipos de desenho permitem que os métodos qualitativos e quantitativos sejam combinados na mesma investigação sendo que o quantitativo pode ter predomínio sobre o qualitativo e vice-versa (existindo uma componente central e uma suplementar) ou ainda assumir igual preponderância. Relativamente à dimensão temporal a integração dos métodos qualitativos e quantitativos no desenho de pesquisa pode ocorrer de forma simultânea ou sequencialmente (Duarte, 2009).

Quando se pretende identificar a componente central esta é apresentada em letras maiúsculas, QUAN para o quantitativo e QUAL para o qualitativo. Por seu lado, a componente suplementar é identificada pelo uso de minúsculas, *quan* para a quantitativo e *qual* para o qualitativo. Para designar a relação que existe entre as duas componentes e a relação entre elas utilizamos o símbolo “+” quando as duas ocorrem em simultâneo e o símbolo “→” quando a componente suplementar é implementada sequencialmente (Duarte, 2009; Creswell, et al., 2011).

A pesquisa através de métodos mistos para Creswell, et al. (2011) e López (2015) permite, em desenhos de investigação únicos, combinar as forças dos diferentes paradigmas e metodologias. Para tal, é importante determinar com exatidão qual o melhor desenho de investigação para o problema em estudo e respetiva pergunta de investigação.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

2. A PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

O pragmatismo conflui no resultado da investigação como forma de caracterizar a realidade e a verdade científica através da compreensão do fenómeno em estudo e na realidade em que ele acontece, no seu próprio ambiente e na perspetiva dos diferentes intervenientes percebendo “o que funciona?” para responder às perguntas de investigação e utilizando diferentes abordagens e métodos de colheita de dados combinando tanto os dados qualitativos e quantitativos. O foco do paradigma pragmático está nas consequências da investigação e no problema em estudo, mais do que no método propriamente dito (Creswell et al., 2011; Guerrero-Castañeda, et al., 2016).

As questões de investigação são enunciadas sob a forma de pergunta acerca do tema em estudo tendo em vista o desenvolvimento do conhecimento sobre o fenómeno. Deverá ser formulada no presente e incluir uma ou duas variáveis em estudo assim como a população estudada (Fortin, 2009).

Tendo por base os nossos objetivos formulamos as seguintes questões de investigação:

- Será que os/as Presidentes de Junta reconhecem importância ao seu papel na eliminação das barreiras arquitetónicas nos espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos da sua área de atuação?
- Quais os constrangimentos que os/as Presidentes de Junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas?
- Quais as intervenções que os/as Presidentes de Junta referem ter realizado no sentido de eliminar as barreiras arquitetónicas existentes para as pessoas com mobilidade condicionada no seu mandato autárquico?
- Qual a perspetiva dos/as Presidentes de Junta relativamente às barreiras arquitetónicas existentes na sua autarquia?
- Quais são as barreiras arquitetónicas que os/as Presidentes de Junta identificam na sua freguesia como problemáticas para o acesso a locais públicos para pessoas com mobilidade condicionada?
- Como orientar pessoas com mobilidade condicionada para acionar os mecanismos de eliminação de barreiras arquitetónicas na sua freguesia/município?

- Como estão os municípios organizados para a eliminação de barreiras arquitetónicas?

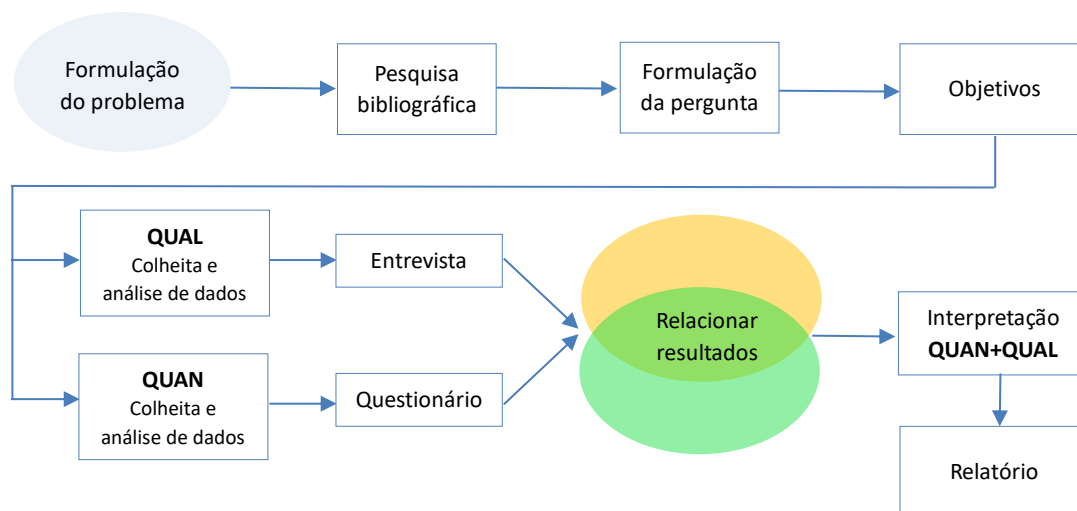
Uma vez efetuada uma descrição sobre o paradigma da investigação e a pergunta de investigação apresentamos a estrutura do desenho da presente investigação de forma mais aprofundada.

3. O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação para Fortin (2009) refere-se ao conjunto de etapas associadas ao tipo de estudo escolhido e que permite obter conclusões fiáveis através da redução de erros, conduzindo o investigador na planificação e realização do estudo por forma a atingir os objetivos propostos. Para além de permitir responder às questões de investigação também permite controlar potenciais fontes de enviesamento do estudo que podem influenciar os seus resultados (Fortin, 1999). Estes apoiam-se em modelos que permitem conduzir uma investigação científica.

Tendo em consideração as decisões que tomámos e as tipologias de desenhos por métodos mistos, apresentadas por Creswell, et al. (2011), nesta investigação estamos perante um estudo por métodos mistos com recurso a um desenho convergente paralelo esquematizado da seguinte forma:

Figura 4: Desenho de pesquisa por métodos mistos: desenho convergente paralelo



Neste estudo o nível de interação entre a abordagem qualitativa e quantitativa é independente uma vez que as duas componentes do estudo, a colheita e análise de dados são realizadas separada e independentemente.

Quanto ao peso de uma componente sobre a outra de forma a responder às questões de investigação consideramos que a prioridade é igual dado que ambas as componentes têm o mesmo peso/importância por forma a melhor compreender o fenómeno em estudo.

No que respeita ao momento em que as duas abordagens são aplicadas utilizamos uma estratégia concorrente considerando que as duas abordagens são aplicadas ao mesmo tempo, isto é, de forma simultânea.

Por último, quanto ao momento de integrar/misturar os dados que consiste no ponto de interface entre as duas componentes na qual os dados qualitativos são misturados/integrados com os dados quantitativos, no nosso estudo, os dados serão integrados no momento da interpretação dos mesmos, ao nível da discussão de resultados, no final do processo de investigação. Creswell et al. (2011) referem que quando se tratam de duas componentes independentes este é o único momento no qual a integração dos dados ocorre.

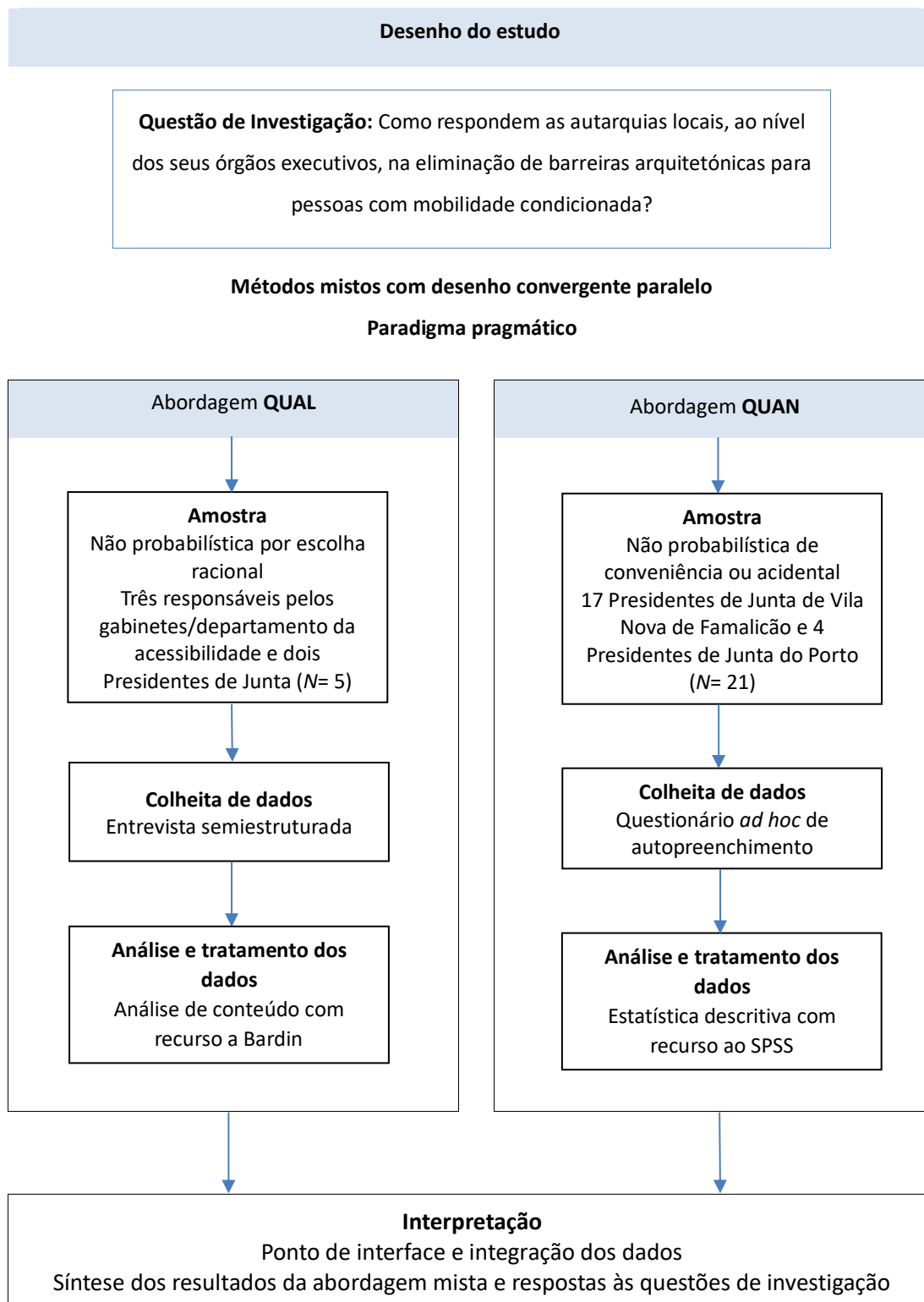
Outra decisão importante a ter em consideração é relativamente à constituição da amostra do estudo. Creswell et al. (2011) recomendam a utilização de diferentes participantes para a componente qualitativa e quantitativa. Quanto à dimensão da amostra de cada componente indicam que deverá ser diferente sendo que a amostra da componente qualitativa deve ser menor do que a amostra da abordagem quantitativa. Isto permite alcançar o propósito da investigação que é integrar um conhecimento e informação mais profundos e de diferentes perspetivas sobre o mesmo fenómeno.

Na utilização deste tipo de desenho de investigação Creswell et al. (2011) preconizam que se deve utilizar instrumentos de colheita de dados específicos para cada uma das componentes do estudo, tal como realizamos.

Ainda, algumas informações só são possíveis de obter de uma forma prática através da linguagem já que de outra forma a pessoa não teria a oportunidade para se exprimir. Assim podemos compreender melhor os fenómenos, a sua perceção e representação facilitando a interpretação dos resultados obtidos

Apresenta-se na figura 4 uma síntese do desenho do estudo, com base nas orientações de Creswell et al. (2011).

Figura 5: Desenho do estudo: Método mistos – estratégia convergente paralela QUAN+QUAL



Concordamos que a metodologia mista através de um desenho convergente paralelo é o desenho de estudo mais adequado para a presente investigação assumindo o pragmatismo como paradigma da investigação dado que quando se trata deste tipo de desenho Creswell et al. (2011) recomendam-no como orientação para o decurso da investigação porque

permite obter dados diferentes sobre o mesmo assunto mas ao mesmo tempo complementares desenvolvendo um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno em estudo.

Com esta investigação pretendemos compreender a complexidade do problema em estudo, na perspetiva dos vários intervenientes, ou seja, a problemática da acessibilidade e da eliminação de barreiras arquitetónicas na via pública e em espaços que recebem público nas autarquias locais.

3.1 População/amostra e técnica de amostragem

Para Fortin (2009) a população é constituída por um conjunto de elementos, que podem ser indivíduos, espécies, processos, que possuem características em comum. A população deste estudo para a abordagem qualitativa foi constituída pelos/as responsáveis pelos departamentos de acessibilidade dos municípios do Porto e Vila Nova de Famalicão (VNF). Para a abordagem quantitativa são os/as Presidentes de Junta dos dois municípios (41).

Face à natureza do estudo e tamanho da população incluiremos todos os que aceitarem participar no estudo.

O município de VNF pertence ao distrito de Braga, com 133 832 habitantes, distribuídos por 201,7 Km², atualmente, após a reorganização administrativa do território, possui 34 freguesias (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2017).

Inserido na área metropolitana do Porto, encontramos o município do Porto, que possui 237 591 habitantes, distribuídos por uma superfície de 41,1 Km² e conta atualmente com sete freguesias também após a reorganização administrativa do território (Área Metropolitana do Porto, 2017).

As amostras constituíram-se em dois formatos, para a abordagem quantitativa a técnica de amostragem foi não probabilística de conveniência ou acidental uma vez que e, de acordo com Fortin (2009) e Bryman (2012), foi constituída por indivíduos que se encontravam acessíveis. Obtivemos assim uma amostra de 21 Presidentes de Junta.

A amostra do estudo é constituída por 17 Presidentes de Junta de VNF e 4 do Porto num total de 21. A sua representatividade por município é exibida na tabela seguinte:

Tabela 1: Representatividade da amostra por município

Municípios	População	Amostra	Representação
Porto	7	4	57,14
Vila Nova de Famalicão	34	17	50,00
Total	41	21	51,22

A amostra foi constituída por todos que aceitaram participar sendo a sua representação de cerca de 50%.

Quanto à abordagem qualitativa foi constituída uma amostra de características intencionais e a técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística por escolha racional que segundo Fortin (2009) se caracteriza por uma amostra com indivíduos com características específicas e que deverão representar bem o fenómeno e ajudar a compreendê-lo. Foram indicados três responsáveis pelos departamentos da acessibilidade designados pelos municípios e de acordo com a organização local, e ainda, dois Presidentes de Junta.

3.2 Variáveis do estudo e sua operacionalização

As variáveis são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. A medida tem um papel basilar na investigação já que permite medir as características do fenómeno. Ela consiste na atribuição de números a objetos, a acontecimentos ou indivíduos de acordo com regras estabelecidas e com o objetivo de determinar o valor de um dado atributo (Fortin, 2009). Para analisar as variáveis é necessário que estas sejam mensuráveis, através da sua operacionalização. Para Fortin (2009) a definição operacional das variáveis consiste no enunciado de procedimentos que devem ser efetuados para medir as variáveis.

A variável: características sociodemográficas permite a caracterização das amostras do estudo quanto à idade, género, anos de exercício da função de autarca, habilitações académicas e a profissão que exercem (esta última apenas relativa à abordagem qualitativa).

Quadro 2: Operacionalização da variável: características sociodemográficas

Dimensões	Indicadores	Codificação
Idade	Nº anos completos decorridos entre o nascimento e o dia de aplicação do instrumento de colheita de dados	Variável numérica
Género	Masculino Feminino	1 2
Anos de exercício da função de autarca	Nº anos completos decorridos do tempo de exercício em funções de autarca até a aplicação do instrumento de colheita de dados	Variável numérica
Habilitações académicas	1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento	1 2 3 4 5 6 7
Profissão	Profissão exercida pelos/as participantes no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados	Texto livre
Município onde desenvolve funções	Vila Nova de Famalicão Porto	Texto livre

Relativamente à operacionalização da variável: importância das barreiras arquitetónicas esta contempla três dimensões e pretendemos medir qual a importância que os Presidentes de Junta atribuem ao seu papel na promoção da acessibilidade arquitetónica e a sua opinião relativa à importância estratégica das juntas de freguesia na promoção da acessibilidade para permitir uma sociedade mais inclusiva.

Quadro 3: Operacionalização da variável: importância das barreiras arquitetónicas e o papel do/a Presidente de Junta

Dimensões	Indicadores	Codificação
Opinião sobre a importância das barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada	Sem importância Pouco importante Importante Muito importante Extremamente importante	1 2 3 4 5
Opinião sobre a importância da posição estratégica das juntas de freguesia para a promoção da acessibilidade	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente	1 2 3 4 5
Conhecimento do número de pessoas com deficiência física na área territorial correspondente às juntas de freguesia	Sim Não sei Não respondeu	1 2 3
Número de pessoas com deficiência física na área territorial correspondente às juntas de freguesia	Número de pessoas com deficiência física	Variável numérica

A variável: situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica é medida através da utilização do símbolo internacional de acessibilidade na junta de freguesia, a existência de locais públicos com barreiras arquitetónicas na área territorial da junta de freguesia e a realização de intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas (no atual mandato autárquico).

Quadro 4: Operacionalização da Variável: situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica

Dimensões	Indicadores	Codificação
Símbolo internacional de acessibilidade na junta de freguesia	Sim Não Não sabe/não tem opinião	1 2 3
Locais públicos com barreiras arquitetónicas na área territorial da junta de freguesia		
Realização de intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas (no atual mandato autárquico)		

A variável: áreas de intervenção para a eliminação de barreiras arquitetónicas é operacionalizada tendo em vista a diversidade de áreas de intervenção para a eliminação de barreiras arquitetónicas no âmbito das competências das autarquias locais pelo Decreto-Lei nº75/2013 e o Decreto-Lei nº 163/2006.

Quadro 5: Operacionalização da variável: eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção

Dimensões	Indicadores	Codificação
Passeios e percursos pedonais acessíveis	Sim Não Não aplicável	1 2 3
Instalações sanitárias de acesso público		
Desocupação/ alteração da localização na via pública de mobiliário urbano		
Acesso a museus, teatros, cinemas, bibliotecas públicas		
Acesso a estabelecimentos de educação pública		
Acesso a equipamentos desportivos públicos		
Acesso à piscina pública através de meios mecânicos		
Alteração de sinalização vertical/horizontal		
Acesso a equipamentos como cemitério e mercado		
Acesso a parques e jardins públicos		
Passagens de peões (passadeiras)		

A operacionalização da variável: dificuldades à eliminação de barreiras arquitetónicas teve como objetivo medir a concordância dos/as Presidentes de Junta relativamente às várias dificuldades que podem encontrar quando pretendem abolir barreiras arquitetónicas.

Quadro 6: Operacionalização da variável: dificuldades à eliminação de barreiras arquitetónicas

Dimensões	Indicadores	Codificação
Atribuição clara das competências das juntas de freguesia	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente	1 2 3 4 5
Insensibilidade política para as questões da acessibilidade		
Incumprimento da legislação		
Falta de fiscalização		
Ausência de recursos financeiros		
Ausência de recursos humanos qualificados		
Ausência de formação sobre a temática da acessibilidade		
Ausência de formação sobre especificações técnicas de acessibilidade de acordo com o Decreto-Lei n.º 163/2006		
Ausência de apoio técnico para fundamentar o processo de tomada de decisão		
Ausência de protocolos de atuação para receber pedidos		
Ausência de protocolos de atuação para efetuar diagnósticos		
Ausência de protocolos de atuação para planejar intervenções		
Ausência de uma política de partilha de poder decisório entre a câmara municipal e as juntas de freguesia no que concerne às decisões sobre a acessibilidade no município		
Ausência de participação dos cidadãos/ãs		
Ausência de participação das associações representativas das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada		
Desconhecimento do meio		
Desequilíbrio entre a legislação em vigor e a realidade		

Para melhor caracterizar as propostas de melhoria das condições de acessibilidade na área territorial da junta de freguesia, a variável foi operacionalizada através da identificação das dimensões de acordo com a atividade profissional ou se se tratava de um pedido de um/a cidadão/ã.

Quadro 7: Operacionalização da Variável: propostas de melhoria das condições de acessibilidade

Dimensões	Indicadores	Codificação
Médico/a	Sim Não Não me lembro	1 2 3
Enfermeiro/a		
Fisioterapeuta		
Assistente Social		
Cidadão/ cidadã		

Em relação à variável: Barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos pretendemos medir a concordância dos/as Presidentes de Junta relativamente às diversas barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada que existem na área territorial da junta de freguesia e que emergem da revisão bibliográfica efetuada.

Quadro 8: Operacionalização da variável: Barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos

Dimensões	Indicadores	Codificação
Existência de degraus	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente	1 2 3 4 5
Ausência de rampas alternativas ou, se existem têm inclinação elevada (superior 6%)		
Ausência de elevadores com medidas adequadas para o uso de cadeira de rodas (1,1m de largura por 1,4m profundidade)		
Ausência de plataformas elevatórias quando necessário		
Piso em mau estado de conservação		
Ausência de corrimãos		
Ausência de WC adaptados		
Balcões /guichets de atendimento com alturas elevadas		
Portas de dimensões insuficientes para uso em cadeira de rodas (largura de 0,8m)		
Ausência de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada		
Existência de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada, contudo sem as dimensões adequadas (largura útil superior a 2,5m; faixa lateral de acesso com largura útil superior 1m e comprimento útil superior a 5m)		
Espaços públicos sem um único percurso acessível em cadeira de rodas		
Espaços públicos sem espaço livre adequado para manobras em cadeira de rodas (rotação da cadeira de rodas em 360°)		
Presença de mobiliário urbano na via pública que se torna um obstáculo à sua utilização pedonal (árvores, bancos, papeleiras)		
Ausência de semáforos		
Ocupação abusiva dos passeios através de estacionamento indevido		
Ausência de passadeiras		

A variável: apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas, tendo em vista as dimensões eliminar barreiras arquitetónicas nos percursos pedonais para o desenvolvimento da vida diária e percursos envolventes à área habitacional, no acesso ao meio edificado, em equipamentos públicos, e a realização de obras no interior da habitação.

Foram incluídos os indicadores “apoio técnico” relativo ao esclarecimento de dúvidas e aconselhamento, “apoio financeiro” através do financiamento, “outro tipo de apoio” como a prestação de informação relevante para apoiar a tomada de decisão e “não é da competência da junta de freguesia” caso considerassem que a junta não presta qualquer tipo de apoio dado não ser essa a sua competência.

Quadro 9: Operacionalização da variável: apoios para pessoas com mobilidade condicionada concedidos pela junta de freguesia de acordo com o tipo de barreiras arquitetónicas

Dimensões	Indicadores	Codificação
Eliminar barreiras arquitetónicas existentes nos percursos pedonais necessários à pessoa com mobilidade condicionada para o desenvolvimento e continuidade da sua vida diária	Apoio técnico Apoio financeiro Outro tipo de apoio Não é da competência da junta de freguesia	1 2 3 4
Eliminar barreiras arquitetónicas existentes no acesso ao meio edificado		
Eliminar barreiras arquitetónicas em equipamentos públicos		
Eliminar barreiras arquitetónicas nos percursos envolventes à área habitacional		
Realizar obras dentro da habitação para facilitar a mobilidade		

Para a operacionalização da variável: opinião dos/as Presidentes de Junta sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006 na área territorial da junta de freguesia a sua configuração teve por base as próprias indicações específicas para a acessibilidade que constam do referido documento legal.

Quadro 10: Operacionalização da Variável: opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006

Dimensões	Indicadores	Codificação
Pisos e revestimentos	Sim Não Não na sua totalidade Não sabe Não aplicável	1 2 3 4 5
Passeios		
Escadaria na via pública		
Abrigos de passageiros		
Rampas na via pública		
Passagens de peões de superfície		
Passagens de peões desniveladas		
Percurso acessível no interior de edifícios		
Ascensores e plataformas elevatórias em edifícios e estabelecimentos em geral		

A variável: percursos acessíveis em espaços de uso público, compreende que os edifícios e estabelecimentos devem ser dotados de pelo menos um percurso acessível, ou seja, que proporcione a uma pessoa com mobilidade condicionada o acesso seguro e confortável entre a via pública, o local de entrada/saída e a todos os espaços interiores e exteriores que os constituem (Decreto-Lei nº 163/2006) para operacionalizar esta variável adaptamos a classificação de acessibilidade de Rovira-Beleta, et al. (2007) e consideramos os seguintes critérios gerais:

- **Não acessível:** totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição;
- **Acessível só com ajuda:** só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;

- **Acessível com dificuldade:** compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível;
- **Acessível sem dificuldade:** todas as condições de acessibilidade garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.

Quadro 11: Operacionalização da Variável: percursos acessíveis em espaços de uso público

Dimensões	Indicadores	Codificação
Ao edifício da junta de freguesia	Não acessível Acessível só com ajuda Acessível com dificuldade Acessível sem dificuldade Não aplicável	1 2 3 4 5
Igreja ou outro local de culto		
Cemitério		
Centro de saúde ou outro local de prestação de cuidados de saúde		
Creche/jardim-de-infância		
Escola E.B.1, E.B. 2.3		
Equipamentos desportivos/ campos de futebol/ piscina pública		
Mercado		
Biblioteca		
Museus e teatros		
Estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem		
Lares/ residências/ centros de dia		
Cafés		
Supermercado/ lojas de conveniência		
Estação de correios		
Bancos		
Multibancos		
Postos de abastecimento de combustível		

Após a operacionalização das variáveis importa conhecer quais os métodos de colheita de dados que melhor permitirão recolher a informação que se pretende face aos objetivos da investigação e perceber de que forma as variáveis se comportam na amostra em estudo.

3.3 Métodos de colheita de dados

A escolha do método de colheita de dados vai depender do objetivo do estudo, das questões de investigação ou das suas hipóteses (Fortin, 2009). Estes podem ser, por exemplo, entrevistas, questionários, escalas, observação entre outras. Os métodos de colheita de dados deste estudo serão a entrevista semiestruturada e a aplicação de um questionário *ad hoc* de auto-preenchimento.

O recurso ao inquérito (nas suas várias possibilidades) assume-se importante quando pretendemos saber um conjunto elevado de informações sobre uma variedade de

comportamentos (Ghiglione, et al., 2005). Os métodos de colheita de dados serão a entrevista semiestruturada aos/às responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios e aos/às Presidentes de Junta porque consideramos as suas competências específicas e pertinentes relativamente ao objeto de estudo e, a aplicação de um questionário *ad hoc* de autopreenchimento aos/às Presidentes de Junta uma vez que são estes que estão mais próximos do fenómeno em causa.

Para o estudo qualitativo utilizamos a **entrevista**. Savoie-Zajc (2003) e Fortin (2009) explicam que a entrevista consiste numa relação entre entrevistador, a pessoa que recolhe os dados, e o entrevistado, aquela que fornece a informação numa relação voluntária e de aprendizagem sobre um saber experienciado que permitirá compreender o fenómeno de interesse. As autoras distinguem diversas formas de entrevista segundo o grau de controlo do/da entrevistador/a e de preparação. Sendo que existem três tipos de entrevista: a entrevista não dirigida, a entrevista semidirigida e a entrevista dirigida.

Para a realização deste estudo optámos pela entrevista semidirigida uma vez que ao estabelecer um quadro de referência com as questões a abordar este método de colheita de dados também permite uma certa abertura e flexibilidade permitindo à pessoa entrevistada a oportunidade para exprimir de forma exaustiva o que sente ou pensa tornando mais explícito o seu universo permitindo descrever ricamente a sua experiência, permite ao/à entrevistadora uma compreensão profunda do mundo do outro captando as especificidades sobre o fenómeno e ainda organizar e estruturar o pensamento sobre o fenómeno em estudo graças à interação social e humana que esta técnica de colheita de dados permite estabelecer entre os interlocutores (Savoie-Zajc, 2003; Ghiglione, et al. 2005; Fortin, 2009).

Com a entrevista pretendemos que o entrevistado possa descrever as práticas e acontecimentos relativos ao fenómeno em estudo podendo transmitir as suas interpretações da situação e a leitura que delas faz mediante as próprias experiências e dá a conhecer a forma como funciona a organização. Dá-nos o ponto de vista da pessoa em relação ao problema. Na perspetiva única dos indivíduos.

No âmbito da realização de uma entrevista é importante ter em consideração alguns fatores uma vez que podem comprometer a sua realização. Estes fatores enunciados por Ghiglione, et al. (2005) estão associados à situação pela escolha do lugar onde se vai realizar a entrevista e o tempo de que o entrevistado dispõe; fatores ligados ao próprio entrevistado como a sua motivação para o estudo; o sentimento de pertença a um grupo/organização e o seu capital verbal para se exprimir e compreender as questões; fatores relacionados com o entrevistador

como a clareza da mensagem, o estilo, o vocabulário, bem como o domínio do assunto, e, os fatores ligados à mensagem e à linguagem, na medida em que são convenientemente compreendidas.

Para a condução da entrevista seguimos as orientações de Savoie-Zajc (2003) que assentam em tres pilares fundamentais e que foram considerados nesta fase: o acolhimento no qual compete ao/à entrevistadora quebrar o gelo, explicar os objetivos e a importância de participar no estudo. Outra fase é a realização da entrevista propriamente dita através da utilização do guião de entrevista de forma flexível e como orientador dos temas previstos abordar privilegiando a oportunidade do/a entrevistado/a em expor as suas opiniões.

O guião da entrevista (Anexo I) foi constituído por três partes; na primeira efetuámos uma contextualização do estudo onde expusemos os respetivos objetivos, a segunda parte continha algumas questões de caracterização sociodemográfica como idade, profissão e habilitações académicas e, por fim na terceira parte as questões orientadoras da entrevista de acordo com os objetivos do estudo.

Aquando do desenvolvimento de um método de colheita de dados através da entrevista a formulação das questões é um aspeto essencial. O tipo de questões efetuadas foram do tipo aberta dado que estas permitem maior liberdade de resposta fomentando a expressão do pensamento e, questões do tipo fechado através de questões dicotómicas (Sim/Não) (Fortin, 2009) uma vez que segundo Ghiglione, et al. (2005) estas deverão estar em proporção variável. E, por fim, a fase do momento do fecho da entrevista a qual é importante não ser feita de forma abrupta, evidenciar os aspetos que foram abordados e agradecer à pessoa a sua dedicação e interesse em participar na investigação.

Neste sentido, cabe ao/à entrevistador/a zelar pela qualidade das respostas para que a informação recolhida seja a mais alargada possível, proporcionar um ambiente de confiança aumentando a motivação dos entrevistados para as respostas (Fortin, 2009), utilizar expressões que denotem o interesse pelo que está a ser dito, utilizar o silêncio permitindo a reflexão e respeitar o silêncio do entrevistado Ghiglione, et al. (2005).

Para o estudo quantitativo utilizamos o **questionário *ah hoc***. A construção do nosso próprio instrumento de medida prende-se com a necessidade de darmos resposta a questões muito específicas e particulares sobre a problemática em estudo (Fortin, 2009).

Para a composição do questionário foram consideradas as etapas apresentadas por Blais, et al. (2003) determinar qual a informação que pretendemos recolher tendo em vista o objetivo

do estudo e os temas que queremos explorar; formular as questões tendo em consideração que os enunciados devem ser compreendidos pelos/as participantes, devem ser claros e concisos, permitir as respostas autênticas e neutras, minimizar as recusas de resposta e não conter dupla negação nem carácter pejorativo.

As questões elaboradas foram do tipo fechado dicotómicas (Sim/Não), questões-filtro (*se respondeu Não ou Não sabe/ não tem opinião passe para a próxima pergunta*) e de escolha múltipla. Como escala de medida que permite compreender como a pessoa se posiciona face a uma determinada característica, utilizamos a escala de Likert (Fortin, 2009): *discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente*. É atribuída uma pontuação de 1 a 5.

No final do questionário foi colocada uma questão aberta na qual se solicitava alguma opinião sobre algum assunto que a pessoa considerasse relevante e não tivesse sido abordada no questionário.

A etapa seguinte consistiu em ordenar e encadear as questões, o tamanho do questionário e a sua aparência geral. Posteriormente foi submetido o esboço do questionário a uma pessoa perita e efetuada uma primeira revisão. De seguida foi efetuado o pré-teste do questionário que foi aplicado a três peritos para aferir linguagem e verificar a sua eficácia junto de uma amostra da população alvo e que por este motivo não fez parte da própria amostra do estudo (Blais, et al., 2003; Fortin, 2009). Foram solicitadas sugestões e correções que considerassem pertinentes porém não requereram mudanças significativas. Como não existem instrumentos aplicados para esta problemática este questionário necessita de ser validado

O questionário foi constituído por seis partes: caracterização sociodemográfica dos/as participantes; representação da promoção da acessibilidade pelas autarquias; dificuldades dos/as Presidentes de Junta na eliminação de barreiras arquitetónicas; perceção das barreiras arquitetónicas existentes nos locais de acesso público; perceção sobre o cumprimento da legislação em vigor (Decreto-Lei nº 163/2006); realidades sobre barreiras arquitetónicas (Anexo II).

De acordo com Fortin (2009) a taxa de respostas do questionário pode influenciar a sua credibilidade e por este motivo diminuir a representatividade da amostra e aponta para uma taxa de resposta média entre 25% e 30% para questionários enviados por correio sendo que a taxa de resposta dos/as participantes deste estudo foi de 51,2%.

3.4 Procedimentos de colheita de dados

Inicialmente foi enviada carta registada com aviso de receção à Presidência das Câmaras Municipais com o intuito de explicar os objetivos da investigação e solicitar autorização para o desenvolvimento do estudo (Anexo III). Após ter sido dada autorização fomos encaminhadas para os respetivos departamentos responsáveis e, pessoas de referência na estrutura orgânica para fazer a ligação com aos/às Presidentes de Junta do município no estabelecendo conexões com as pessoas (Savoie-Zajc, 2003).

Seguiram-se um conjunto de reuniões nos departamentos das respetivas câmaras as quais permitiram iniciar contactos preliminares, obter informações sobre a organização da estrutura, identificar as pessoas que seriam entrevistadas explicando as razões para a sua escolha, explicar os objetivos da investigação, quais as expectativas e os contributos que poderíamos trazer no futuro relacionados com a investigação. A colheita de dados decorreu de Janeiro a Julho de 2017.

Para a realização das **entrevistas** foi efetuado um primeiro contacto com os/as participantes por correio eletrónico no qual explicávamos os objetivos da nossa investigação, qual a colaboração de que necessitávamos e, solicitando a marcação de data e hora para a realização da mesma. Desta forma, as entrevistas foram realizadas face a face, com recurso a áudio gravação digital e o local de realização foi decidido pelos entrevistados tendo decorrido nos próprios locais de trabalho.

No início das entrevistas foi realizado um enquadramento do estudo, reforçando quais os seus objetivos, explicado que a utilização dos dados colhidos será exclusivamente para fins académicos, e que poderão ser utilizados para produção científica e divulgados em eventos e periódicos científicos, contudo garantindo a confidencialidade das respostas, sem que qualquer informação leve à identificação dos/das participantes, explanado que posteriormente, após tratamento e análise dos dados, caso assim pretendam poderão tomar conhecimento dos resultados obtidos, a duração prevista para a realização da entrevista e solicitada autorização para a sua gravação com recurso a gravador digital.

Ao longo deste processo foi explicado que a participação no estudo era voluntária e que a qualquer momento poderiam desistir sem qualquer prejuízo pessoal. Após estes esclarecimentos e concordando em participar no estudo foi solicitada a leitura e

preenchimento do consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo para a prossecução da investigação. Depois de transcritas as entrevistas foram enviadas para os/as respetivos/as participantes para validarem o seu conteúdo.

A estratégia para envio e receção dos **questionários** foi o correio eletrónico na medida em que se assume como uma plataforma de comunicação privilegiada nas organizações em questão e, como também constata Fortin (2009) um questionário de autopreenchimento pode ser enviado através de correio uma vez que não necessita de ajuda no seu preenchimento. Neste contexto, a investigadora não teve contacto com a amostra em estudo.

Os/as participantes receberam uma mensagem de correio eletrónico na qual, no corpo da mensagem, era contextualizada a investigação e os seus objetivos, fornecida a identificação e os contactos telefónicos das investigadoras para algum esclarecimento necessário e, em anexo, enviado o questionário e o consentimento informado em formato *pdf* para efetuarem o seu *download* e autopreenchimento. Após, reencaminharam os questionários e consentimento informado devidamente preenchidos para a investigadora tal como recomendado por Mann, et al. (2000).

Numa das câmaras os questionários foram enviados, por correio eletrónico, por intermédio da secretaria do departamento nomeado para fazer o intercâmbio entre as investigadoras e os/as participantes no estudo, uma vez que a comunicação aos/às Presidentes de Junta estava facilitada fazendo parte da base de dados habituais e, permitiu contactos frequentes no sentido de estimular a resposta aos questionários.

Na outra câmara municipal a estratégia proposta pelo departamento responsável por mediar a relação com os/as Presidentes de Junta foi no sentido de, no âmbito das suas atividades regulares, efetuarem diligências às diversas juntas explicando os objetivos e a pertinência do nosso estudo. Posteriormente, após concordarem participar foi-nos fornecido o contacto de correio eletrónico dos/as Presidentes de Junta para enviarmos os questionários.

O correio eletrónico conferiu vantagens a este processo, possibilitou economizar tempo e recursos (financeiros e ambientais), em alguns momentos permitiu uma maior velocidade na receção das respostas, permitiu que o/a participante pudesse escolher o momento mais adequado para responder ao mesmo, eliminar a distância geográfica, porque apenas era necessário acesso a um computador com ligação à internet, permitiu enviar vários questionários para diversas pessoas com uma só ação e também receber uma notificação de

quando a pessoa rececionou a mensagem eletrónica (Vieira, et al., 2010; Bryman, 2012). Uma desvantagem verificada pontualmente, foi a receção de respostas como forma de *spam*.

3.5 Tratamento dos dados

No âmbito de uma investigação com recurso aos métodos mistos a análise de dados depende do tipo de estratégia de investigação adotada como também envolve a aplicação de procedimentos de análise relacionados com os métodos qualitativos e quantitativos (Creswell, et al., 2011). Por conseguinte, expomos os procedimentos relativos à análise e interpretação de cada conjunto de dados, em primeiro lugar a análise qualitativa e em seguida, a análise quantitativa dos dados., sendo de salientar que todo o material foi codificado antes do início do tratamento específico.

Para Bardin (2015, p.44) por análise de conteúdo designamos um *“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”*. A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento da informação recolhida permitindo inferências e atribuição de significado sobre as características do material que foi sistematizado (Vala, 1990).

A análise de conteúdo das entrevistas foi efetuada ao longo de três fases propostas por Bardin (2015) a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Assim, numa perspetiva global através de leituras flutuantes iniciamos a *“decifração estrutural”* entrevista por entrevista, abstraindo-nos dos dados das várias entrevistas para evitar contaminação, mas ao mesmo tempo procurando a *“transversalidade temática”* entre elas (Bardin, 2015, p.92) para depois os dados sob uma aparente desorganização poderem ser organizados por tópicos, ideia a ideia, expressão a expressão e os temas codificados em categorias.

Logo, a etapa seguinte consistiu no manuseamento dos dados, é uma fase demorada uma vez que implica um grande volume de informações e vai sendo efetuada a par da investigação (Ribeiro, 2010; Bardin, 2015). Para tal, foi ouvido o registo de áudio das entrevistas, os dados foram transcritos integralmente (transcrição *verbatim*) para um *Software* de processamento

de texto (*Microsoft Word*). A transcrição da totalidade das entrevistas teve aproximadamente uma duração de 28h. Posteriormente, solicitamos aos/às participantes que lessem a transcrição da sua entrevista e efetuassem alterações ou acrescentos necessários. Posteriormente, repetimos a audição das gravações das entrevistas e as transcrições foram reavaliadas e corrigidas.

Com o *corpus* de análise constituído e preparado procedemos à codificação do materiais o que pressupõe a transformação do dados em bruto, por recorte, agregação e enumeração em representações do conteúdo, isto é, em subconjuntos manejáveis (Bardin, 2015).

Através do recorte dos segmentos do texto efetuamos a selecção das unidades de registo, que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar para análise. Relativamente à enumeração não é nosso desígnio sintetizar, reduzir ou produzir inferências gerais nem focar a nossa análise em frequências, presença/ausência de determinados elementos no texto, intensidade, direcção ou ordem mas pelo contrário, deixar em evidência a pessoa na sua unicidade e especificidade face ao tema em estudo (Lima, 2014; Bardin, 2015).

Na fase de agregação e classificação procedemos à categorização, ou seja, foram agrupados e classificados um grupo de elementos (as unidades de registo) segundo critério de classificação mediante aquilo que se pretende representar e, que de outra forma, estariam invisíveis nos dados em bruto. A categorização deverá ser realizada até se esgotar o seu significado, o seu código específico, através de subcategorias que introduzem uma visão diferenciada da categoria mãe que lhe deu origem (Lima, 2014).

Para a formulação das categorias e subcategorias atendemos às características definidas por Bardin (2015) que considera que estas devem possuir uma exclusão mútua, uma vez que o mesmo elemento não pode ser classificado em duas categorias diferentes, dependente deste princípio surge a necessidade de homogeneidade na qual só pode existir um único princípio de classificar a organização do material; devem ser exaustivas no qual se pretende que as categorias esgotem a totalidade do conteúdo, objetivas para que diferentes codificadores alcancem resultados iguais e adequadas, ou seja, que as categorias estejam de acordo com o conteúdo em estudo.

As categorias terminais resultaram de uma análise constante e sistemática dos dados, neste processo foi efetuado um reagrupamento progressivo de categorias, o que permitiu construir o nosso modelo de apresentação de categorias, subcategorias e unidades de registo. No sentido de garantir a objetividade e fidelidade foram definidas em termos de conceito as várias categorias em análise no sentido de evitar distorções e subjetividade.

Para efetuar a análise de conteúdo utilizamos a técnica de análise categorial que, como vimos a referir, consistiu na repartição do texto em unidades de registo e, posteriormente no agrupamento em categorias e subcategorias tendo em conta o significado dos diferentes elementos em análise (Bardin, 2015). Na apresentação dos dados utilizamos o símbolo “(…)” representado um excerto do discurso original e que não introduzia novidade à ideia em análise. Com o intuito de proteger a identidade de pessoas, local ou instituição em causa optámos por substituir essas expressões por letras.

Relativamente, aos dados de natureza quantitativa estes foram sujeitos a tratamento estatístico com recurso ao programa de *software* IBM SPSS, versão 20.0. O estudo das variáveis foi realizado através da estatística descritiva, que para Fortin (2009) e Ribeiro (2010) permite caracterizar os dados de uma amostra fornecendo como que uma fotografia de grupo relativamente às variáveis estudadas, bem como responder às questões de investigação.

Como procedimentos descritivos realizamos os seguintes: descrição de dados pelo cálculo de frequências absolutas (N), relativas (%); cálculo de medidas de tendência central, a média e a mediana e, o cálculo de medidas de dispersão, através do valor mínimo, o valor máximo e o desvio padrão.

Para a realização de uma investigação é fundamental o respeito pelos direitos da pessoa e pelo respeito dos princípios éticos. No próximo capítulo, analisaremos os princípios éticos fundamentais que orientaram esta investigação.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

4. QUESTÕES ÉTICAS

A investigação científica coloca algumas exigências ao investigador (Almeida, et al., 2008). Dado que a investigação quando aplicada a seres humanos pode provocar danos, relativamente ao que se entende pelo respeito dos direitos fundamentais das pessoas, é da total responsabilidade do investigador proteger esses mesmos direitos e liberdades das pessoas que integram o estudo (Fortin, 1999).

Os cinco princípios fundamentais aplicados à investigação em seres humanos, de acordo com Fortin (1999) são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

No que diz respeito ao direito à intimidade foi assegurado ao longo da investigação o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade dos dados, bem como a liberdade da pessoa em decidir a profundidade da informação prestada. Este princípio conduz-nos ao direito ao anonimato e à confidencialidade dado que a identidade dos sujeitos não é passível de ser associada às respostas individuais de cada um, nem por quem lê o relatório, nem mesmo pelo próprio investigador.

Quanto ao direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo nenhum risco foi previsto ao longo da investigação dado que esta não produz nenhum efeito favorável ou desfavorável aos sujeitos.

Relativamente, ao direito à autodeterminação consideramos que a todos os potenciais sujeitos foi dada a possibilidade de voluntariamente decidir participar ou não no estudo e que lhes foi garantida a possibilidade de se retirarem do estudo caso assim entendessem e sem qualquer prejuízo para o próprio. Por último, quanto ao direito a um tratamento justo e equitativo consideramos que todos os sujeitos intervenientes no estudo foram informados sobre a natureza do mesmo, o seu fim e duração. Para o cumprimento destes dois princípios é fundamental informar as pessoas para que ocorra um consentimento ou uma recusa esclarecida quanto à eventual participação no estudo (Fortin, 1999).

Assim sendo, foi obtido junto de cada participante no estudo, um consentimento informado, esclarecido e livre, no qual foi transmitida ao sujeito toda a informação necessária sobre o estudo, os seus objetivos e o fim para que a informação será utilizada e, que foi assinada pelo/a próprio/a (Anexo IV).

Para garantir o cumprimento de todos os princípios subjacentes a uma investigação, o nosso projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto tendo obtido um parecer favorável (Anexo V).

Em suma, no desenho convergente paralelo a colheita dos dados da componente qualitativa e quantitativa do estudo é realizada ao mesmo tempo, ambas as abordagens têm a mesma preponderância no estudo. Os dados são analisados separadamente para depois serem integrados na fase da discussão (ponto de interface). Desta forma, esta abordagem permite interpretar de que forma e em que medida os resultados obtidos convergem ou divergem, se se relacionam e/ou complementam entre si e comparar os resultados acrescentando outra dimensão à compreensão do fenómeno em estudo (Creswell, et al., 2011).

Neste capítulo deixámos o mapa que nos guiou em todo o processo de pesquisa e que nos levou aos resultados que de seguida descrevemos.

III PARTE – MERGULHAR NA REALIDADE DAS BARREIRAS ARQUITETÓNICAS

Para intervir no problema temos que compreender a sua etiologia e muitas vezes mergulhar em áreas afins que nos ajudam a reconstruir a nossa intervenção. Depois de compreender a corresponsabilização das autarquias na promoção da acessibilidade arquitetónica pela eliminação de barreiras existentes no ambiente físico passamos para a compreensão do fenómeno onde ele ocorre conhecer a importância que lhe é atribuída, identificar motivações e dificuldades com que os/as Presidentes de Junta se deparam no sentido de (re)construir ruas, percursos e espaços públicos acessíveis aos/às cidadãos/ãs bem como mudanças ocorridas para uma sociedade inclusiva.

Neste capítulo analisaremos individualmente os resultados obtidos pela realização das entrevistas e pela realização do questionário referentes à componente qualitativa e quantitativa, respetivamente, como duas partes de um mesmo objetivo. Posteriormente, apresentamos o momento de interface dos dados obtidos e efetuamos uma reflexão sobre como podemos melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação na área da acessibilidade. Por fim, apresentamos as conclusões relativas ao trabalho de investigação.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

1. O PULSAR DOS/AS RESPONSÁVEIS PELA ACESSIBILIDADE NOS MUNICÍPIOS

O pulso é um sinal indicativo do funcionamento cardíaco pelo que usamos o termo no sentido de compreender a tendência dos decisores para intervir na abolição das barreiras arquitetónicas e tornar os municípios amigos das pessoas com mobilidade condicionada ao serem arquitetonicamente acessíveis. Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos através da abordagem qualitativa e que dizem respeito ao pulso dos responsáveis pelos departamentos da acessibilidade nos municípios estudados.

O poder de alterar os contextos ambientais passa pelos decisores municipais pelo que ao mergulhar nos discursos pretendemos atingir o objetivo: “compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada” e “analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva” pois só com este entendimento é que o/a enfermeiro/a de reabilitação pode tomar decisões de melhorar a sua intervenção no sentido da promoção da acessibilidade arquitetónica e da participação social.

Iniciamos este capítulo com a caracterização sociodemográfica dos/as participantes do estudo e seguidamente com a apresentação e análise das narrativas e uma breve discussão dos resultados obtidos.

Os/as participantes do estudo qualitativo correspondem a um total de cinco entrevistados/as, sendo que três assumem responsabilidade no departamento da acessibilidade dos municípios e dois são Presidentes de Junta.

Quanto ao município em que desempenham funções, um dos participantes desenvolve a sua atividade no município do Porto e quatro no município de VNF. As idades variam entre os 48 e os 64 anos com uma média de 53,8 anos. A amostra é composta por duas pessoas do género feminino e três do género masculino.

No mínimo, apresentam quatro anos de exercício da função no respetivo órgão municipal e no máximo 20 anos, com uma média de 10,6 anos em exercício da função. As habilitações académicas situam-se entre o 1º ciclo, licenciatura, mestrado e doutoramento. No que diz

respeito à profissão dois/duas são arquitetos/as, dois/duas professores/as e um/a encontra-se desempregado/a.

Quadro 12: Características sociodemográficas dos/as responsáveis pelos departamentos de acessibilidade”

Participante	Idade	Género	Anos de exercício da função	Habilitações académicas	Profissão
E1	48	Masculino	10	Licenciatura	Arquiteto
E2	46	Feminino	20	Mestrado	Arquiteta
E3	50	Masculino	8	Doutoramento	Professor
E4	61	Feminino	4	Licenciatura	Professora
E5	64	Masculino	11	1º Ciclo	Desempregado

Ligado aos objetivos que nos orientam “compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada” e “analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva” realizamos as entrevistas e propomo-nos apresentar os resultados da análise. O Decreto-Lei nº 163/2006 é a centralidade jurídica do nosso problema mas o corpo de análise transcende a sua aplicação.

Seguidamente, tendo em conta as questões da entrevista efetuadas e os respetivos objetivos do nosso estudo, apresentamos as categorias, subcategorias que emergiram da análise das narrativas através da exposição de quadros que resultaram da análise categorial.

Quadro 13: Domínios e categorias consideradas

DOMÍNIO	CATEGORIA
Aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006	A tomada de decisão
	Ferramentas de apoio à tomada de decisão
	Dificuldades na implementação de medidas
	Papel do/a Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica
	Posição estratégica das Juntas de Freguesia
Mudanças para o futuro	Mudanças para ambientes acessíveis
	Cidadãos/ãs invisíveis
	Política inclusiva
	Projetos desenvolvidos
	Visão estratégica

Pela análise dos dados consideramos neste estudo cinco categorias no Domínio sobre a Aplicação do decreto-Lei nº 163/2006 bem como no Domínio Mudanças para o futuro. Para orientar o/a leitor/a no mergulho na realidade que agora efetuamos, organizamos dois subcapítulos; um referente ao Domínio Aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006 e outro sobre o Domínio Mudanças para o futuro.

1.1 Olhares sobre a aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006

O Decreto-Lei nº 163/2006 sobre o Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, dando continuidade às medidas do documento que lhe antecedeu, visa a introdução de algumas alterações.

A aplicação de medidas sancionatórias com coimas de valor mais avultado já que no anterior elas tinham baixa eficácia sancionatória acreditando-se que este fato tenha contribuído para a permanência das barreiras arquitetónicas imperando as desigualdades na sociedade portuguesa.

Veio também alargar o âmbito de aplicação das normas técnicas de acessibilidade aos edifícios habitacionais, assim pela implementação deste decreto-lei todas as novas construções têm que estar em conformidade com o mesmo para assim impedir a entrada de construções não acessíveis no parque edificado.

A abertura de novos estabelecimentos destinados ao público só poderá ser licenciada se em conformidade com as normas da acessibilidade, se tal não se verificar, compete à câmara municipal a obrigação de o declarar às autoridades administrativas competentes (Decreto-Lei nº 163/2006).

Pela leitura do quadro seguinte na categoria “**A tomada de decisão**”, foram identificadas seis subcategorias que vamos analisar.

Quadro 14: A tomada de decisão

Subcategoria	Unidade de Registo
Autonomia de decisão para implementação de medidas de promoção de acessibilidade	<p>“Eles terem autonomia para fazer alguma coisa desse tipo têm” (E1)</p> <p>“As Juntas de Freguesia têm autonomia para implementar alterações que considerem relevantes para a promoção da acessibilidade na sua freguesia” (E3)</p>
Competências específicas	<p>“(…)são um órgão da Freguesia tendo competências próprias” (E3)</p> <p>“Sim, dentro das competências delegadas.” (E5)</p> <p>“(…)tem competências próprias e um orçamento próprio podendo decidir autonomamente” (E3)</p>
Definição dos níveis de decisão	<p>“(…) quem aparentemente tem alguma decisão é a X a partir daí temos de ir para o nível seguinte pedir permissão. Há delegações de poder, sim, mas limitadas” (E1)</p>
Consciencialização para a problemática da acessibilidade	<p>“(…) concerne à adequação dos espaços públicos, está ciente da importância de adequá-los a todos os cidadãos” (E3)</p> <p>“(…) preocupação em sensibilizar e apelar às juntas de freguesia para esta problemática” (E4)</p> <p>“(…) a câmara municipal está sensível” (E5)</p>
Ausência de relação formal entre Câmara Municipal e Presidente de Junta	<p>“(…) é um bocado casuístico ou porque nós detetamos alguma falha” (E1)</p> <p>“(…) Depende, em algumas sim (...) nós relacionamo-nos essencialmente com o que está na nossa área... O nosso interlocutor é muito aquele na zona onde estamos a trabalhar” (E1)</p>
Concertação entre Câmara Municipal e Junta de Freguesia	<p>“Com a acessibilidade., não tenho bem a certeza de que haja uma política concertada... até como interlocutor. Esses problemas... Acho que é importante, podem ser importantes, mas também numa estratégia, concertada” (E1)</p> <p>“Tenta coordenar com todas as Juntas de Freguesia o cumprimento da legislação” (E1)</p> <p>“E esse esforço é muito importante (...) que é articular tudo (...) toda a administração autárquica ter atenção e cuidado para que o espaço seja um espaço confortável e que não se responda só ao seu item” (E1)</p>

A tomada de decisão define-se como um processo que se desenvolve ao longo de etapas lógicas e que permite uma escolha racional entre as várias alternativas e tendo em vista objetivos específicos (Bilhim, 2006). A promoção da acessibilidade pela eliminação das barreiras arquitetónicas deverá ser uma estratégia na gestão autárquica.

Na realidade portuguesa e, na particularidade dos/as participantes do estudo, verificamos que “As Juntas de Freguesia têm autonomia para implementar alterações que considerem relevantes para a promoção da acessibilidade na sua freguesia” (E3) o que pode ser uma medida facilitadora para melhorar a acessibilidade arquitetónica.

Pela legislação portuguesa as juntas de freguesia têm competências específicas e podem vir a ter uma representação importante na eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção

da acessibilidade pois, os/as participantes do estudo dos municípios referem que os/as Presidentes de Junta podem tomar decisões que estejam subordinadas às competências específicas das juntas, dado que como órgãos representativos da mesma *“tem competências próprias e um orçamento próprio podendo decidir autonomamente”* (E3) e *“... dentro das competências delegadas”* (E5).

Para Gaio (1993) a autonomia real das autarquias na tomada de decisão não é tão amplo como se poderá desejar dado o condicionamento que lhe é obrigado pelo Poder Central e assim também as juntas de freguesia.

Devido à complexidade da tomada de decisão que incorpore soluções criativas a diferenciação organizacional é imprescindível para que os problemas e necessidades das pessoas tenham um tratamento qualificado (Passos, 1993) assim, apresentamos a subcategoria Definição dos Níveis de Decisão na autarquia para a inclusão no qual se assiste a uma distribuição de competências de decisão por diversos níveis hierárquicos na autarquia *“quem aparentemente tem alguma decisão é a X a partir daí temos de ir para o nível seguinte pedir permissão. Há delegações de poder, sim, mas limitadas”* (E1).

De acordo com Cunha, et al. (2004) o processo de tomada de decisão pode ter por base diferentes modelos de decisão e assim incorporar diferenças substanciais. Apesar das diferentes perspetivas o processo de tomada de decisão engloba fundamentalmente duas fases: a de identificação e a de resolução dos problemas.

Sendo a primeira fase a de identificação dos problemas a Consciencialização para a problemática da acessibilidade é fundamental para se desencadear o processo de decisão e aumentar a capacidade reflexiva dos vários atores sociais como os/as Presidentes de Junta assim, os/as participantes referem que existe uma *“preocupação em sensibilizar e apelar às juntas de freguesia para esta problemática”* (E4).

Uma limitação à tomada de decisão identificado pelos/as participantes no nosso estudo foi a Ausência de relação formal entre câmara municipal e Presidente de Junta que referem *“é um bocado casuístico ou porque nós detetamos alguma falha”* (E1) e que a decisão é muito de acordo com situações que identificam e não devido a uma relação formal entre câmara municipal e Presidente de Junta *“Depende, em algumas sim (...) nós relacionamo-nos essencialmente com o que está na nossa área... O nosso interlocutor é muito aquele na zona onde estamos a trabalhar”* (E1).

Outro aspeto que fica bem patente é a importância da concertação entre juntas de freguesia e município sendo que os/as participantes assumem que *“Com a acessibilidade., não tenho bem a certeza de que haja uma política concertada... até como interlocutor. Esses problemas... Acho que é importante, podem ser importantes, mas também numa estratégia, concertada”* e *“(...) esse esforço é muito importante (...) que é articular tudo (...) toda a administração autárquica ter atenção e cuidado para que o espaço seja um espaço confortável e que não se responda só ao seu item” (E1).*

No quadro seguinte apresentamos as subcategorias e respetivas unidades de registo relativas à categoria **Ferramentas de apoio à tomada de decisão** para a eliminação de barreiras arquitetónicas:

Quadro 15: Ferramentas de apoio à tomada de decisão

Subcategoria	Unidade de registo
Apoio informativo	<i>“(...) sessões e eventos de formação sobre um determinado tema” (E1)</i> <i>“fornece informação sobre a temática.” (E4)</i>
Apoio técnico	<i>“(...) disponibiliza apoio técnico, através do apoio de arquitetos e engenheiros, na elaboração de projetos de novos edifícios” (E3)</i> <i>“(...) têm facilidade de aceder ao apoio técnico dos profissionais para tomar as melhores decisões” (E3)</i>
Ser referência no processo	<i>“(...) no meu caso em concreto sou sempre consultado” (E5)</i> <i>“(...) construindo uma relação de proximidade entre o Município e as Freguesias” (E3)</i>
Decisão partilhada	<i>“(...) existe uma partilha de decisão quanto às acessibilidades” (E4)</i> <i>“Através do diálogo, presencial ou digital” (E4)</i>
Criação de macroestruturas de gestão da informação	<i>“(...) Uma espécie de uma macroestrutura que receba estas informações todas próximas de.... Esta participação acho que pode ser importante” (E1)</i>
Divulgação de dados	<i>“Agora sobre as barreiras, sim (...) Estão lá, no X nós temos, todas as barreiras...” (E1)</i> <i>“Sim, é mesmo uma base de dados, algumas receberam e, até se chegou a fazer projeto de alteração porque algumas eram graves” (E1)</i>
Indicadores de acessibilidade	<i>“(...) indicadores globais da área levantada” (E1)</i> <i>“(...) dados também globais do que são os utilizadores” (E1)</i> <i>“(...) nem sequer há certezas do número de deficientes, há uma estimativa” (E1)</i>
Processo de licenciamento de obras	<i>“(...) há realmente alguns pedidos rejeitados e com proposta de indeferimento por não cumprimento do 163” (E1)</i> <i>“(...) é raro o que é indeferido única e exclusivamente só, ou seja, que cumpre todo o resto (RGEU, PDM...) e não cumpre a questão da acessibilidade. Agora, sim, um dos itens que não cumpre, o 163, existe” (E1)</i> <i>“Desconheço o número de processos indeferidos a nível concelhio” (E4)</i> <i>“Não tenho conhecimento de alguma situação.” (E5)</i>

Para a tomada de decisão é importante dispor de diversas ferramentas que permitam conhecer em maior profundidade os desafios que possuem e que permitam desenvolver, fundamentar e implementar a decisão tomada (Cunha, et al., 2014). Desta forma, é importante ter disponíveis dados, informações e conhecimento para alavancar o processo de decisão (Angeloni, 2003).

Para os/as entrevistados o apoio informativo fornecido aos/às Presidentes de Junta é uma ferramenta importante para apoiar a tomada de decisão, sendo que, a câmara municipal *“fornece informação sobre a temática.”* (E4) e realiza *“sessões e eventos de formação sobre um determinado tema”* (E1).

Também o apoio técnico foi mencionado como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão para a eliminação de barreiras arquitetónicas sendo que a câmara municipal *“disponibiliza apoio técnico, através do apoio de arquitetos e engenheiros, na elaboração de projetos de novos edifícios”* (E3) às juntas de freguesia.

Como suporte à tomada de decisão, para Gouveia (2004), a decisão em contexto organizacional deverá ter lugar em grupos e em equipa. Assim, para a decisão sobre a eliminação de barreiras arquitetónicas referem Ser referência no processo *“no meu caso em concreto sou sempre consultado”* (E5) tendo em conta que é possível *“construindo uma relação de proximidade entre o Município e a as Freguesias”* (E3).

Também mencionam existir uma Decisão partilhada nesta temática dado que assumem que *“existe uma partilha de decisão quanto às acessibilidades”* (E4) onde os meios de comunicação institucionais, veículos para a transmissão da mensagem (Cunha, et al., 2014), entre a câmara municipal e a juntas de freguesia são *“Através do diálogo, presencial ou digital”* (E4). Para o processo de tomada de decisão é importante que o/a Presidente de Junta esteja munido/a do melhor de todos os dados e informação disponíveis para que possa fundamentar a sua escolha (Gouveia, et al., 2004).

Todavia, o aumento dos dados e da informação que se possui pode ser uma dificuldade no na decisão pelo que é importante desenvolver ferramentas que permitam a sua organização (Angeloni, 2003), por exemplo através da Criação de macroestruturas de gestão da informação *“(…) Uma espécie de uma macroestrutura que receba estas informações todas próximas de (...)”* (E1) de gestão da informação é indispensável.

No sentido de permitir a circulação da informação e do conhecimento, uma vez que não deve estar afeta a uma única pessoa, e a tomada de decisão em tempo útil a Divulgação dos dados

é indispensável para a tomada de decisão e na realidade dos/as participantes do nosso estudo está presente *“Agora sobre as barreiras, sim (...) estão lá, no sistema de itinerários acessíveis nós temos, todas as barreiras...” (E1)*, tendo-se revelado importante para a implementação de medidas *“Sim, é mesmo uma base de dados, algumas receberam e, até se chegou a fazer projeto de alteração porque algumas eram graves” (E1)*.

Outra ferramenta para o apoio à tomada de decisão para a eliminação de barreiras arquitetónicas é a utilização de indicadores de acessibilidade. Os indicadores permitem obter informações específicas sobre o estado/ condição de um fenómeno, atividade ou resultado refletindo melhorias ou diferenças em relação aos objetivos propostos ou resultados esperados (Dion, et al., 2015).

Como por exemplo, a percentagem de edifícios públicos que se encontram em cumprimento da legislação no município ou, a percentagem de pessoas com deficiência no município. Assim, os/as participantes assumem que existem *“indicadores globais da área levantada” (E1)* porém *“nem sequer há certezas do número de deficientes, há uma estimativa” (E1)*.

Pela aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006 no artigo 3º quanto ao licenciamento e autorização às câmaras compete-lhes indeferir o pedido de licença ou autorização de obras de promoção privada, como construção, alteração, reconstrução, ampliação ou de urbanização, como por exemplo, equipamentos de apoio social, passeios e percursos pedonais, estabelecimentos de ensino, igrejas ou outros locais de culto religioso, entre outros (Decreto-Lei nº 163/2006).

Na realidade dos/as participantes assumem que *“há realmente alguns pedidos rejeitados e com proposta de indeferimento por não cumprimento do 163” (E1)* porém, *“(...) é raro o que é indeferido única e exclusivamente só, ou seja, que cumpre tudo o resto (RGEU, PDM...) e não cumpre a questão da acessibilidade ...” (E1)* e referindo que *“Desconheço o número de processos indeferidos a nível concelhio” (E4)*.

Os discursos emergentes das entrevistas levaram-nos às **Dificuldades na implementação de medidas** que depois de aprofundarmos a análise emergiram as subcategorias que apresentamos no quadro a seguir exposto.

Quadro 16: Dificuldades na implementação de medidas

Subcategoria	Unidade de registo
Orçamentos compatíveis	<p>“Primeiro não têm orçamento... Na via pública é muito complicado” (E1)</p> <p>“(…) é muito por oportunidades de orçamentos” (E1)</p> <p>“Porque o dinheiro é escasso e não dá para tudo” (E1)</p> <p>“(…) o Município está sensível a esta realidade estando disponível a apoiar, mediante disponibilidade orçamental, as juntas de Freguesias” (E3)</p>
Pedidos de autorização à Infraestruturas de Portugal	<p>“(…) embora tenham sempre que pedir à via pública” (E1)</p>
Estratégias políticas da Câmara Municipal	<p>“(…) depende sempre muito da estratégia da Câmara, embora as Juntas de Freguesia tenham o poder de pressão, claro, para se fazer cumprir um Decreto-Lei, mais uma vez é obrigatório” (E1)</p> <p>“É preciso ter uma estratégia mais global do que é que é viver numa cidade.” (E1)</p> <p>“(…) criar rede porque existem muitas ilhas de acessibilidade” (E1)</p>
As Barreiras ocultas	<p>“A “moda” dos passeios em paralelepípedo de pedra, não facilita a movimentação das pessoas que caminham e muito menos das que têm grandes condicionalismos na sua deslocação” (E4)</p> <p>“(…) preocupação das autarquias em adequar os pavimentos às necessidades e dificuldades das pessoas” (E4)</p>
Diversidade do meio físico	<p>“(…) há as barreiras arquitetónicas, mas depois não conseguimos rebaixar ruas, ou rebater ruas, elas são o que são, são muito inclinadas, a estratégia tem que ser ao contrário, temos que ajudar a pessoa que vai utilizar a rua, a utilizá-la mais confortavelmente, ela vai ser assim” (E1)</p>

Quando os/as profissionais se propõem a implementar medidas nesta área surgem dificuldades reais pelo que as autarquias locais têm procurado adotar modelos de gestão diferentes do modelo tradicional (Araújo, et al., 2012), mas em muitos casos, ainda se assiste a uma decisão orientada pelo orçamento com a aplicação de medidas a curto prazo em detrimento do desenvolvimento de políticas planeadas e orientadas para os cidadãos.

Os Orçamentos compatíveis surgem como uma subcategoria uma vez que os/as participantes no nosso estudo referem que “é muito por oportunidades de orçamentos” (E1), “Porque o dinheiro é escasso e não dá para tudo” (E1) todavia referem que “o Município está sensível a esta realidade estando disponível a apoiar, mediante disponibilidade orçamental, as juntas de Freguesias” (E3).

Outra dificuldade referida é a necessidade de Pedidos de autorização à Infraestruturas de Portugal quando necessário intervir na via pública “embora tenham sempre que pedir à via pública” (E1), este processo formal retarda a efetiva resolução do problema em estudo.

Também é necessário tomar a decisão sobre quais as Estratégias políticas da câmara municipal sob prejuízo de encontrar dificuldades na implementação de medidas uma vez que para os/as participantes do estudo *“depende sempre muito da estratégia da Câmara, embora as Juntas de Freguesia tenham o poder de pressão, claro, para se fazer cumprir um Decreto-Lei, mais uma vez é obrigatório”* (E1) assumem como relevante *“criar rede porque existem muitas ilhas de acessibilidade”* (E1) e os espaços acabam por não se comunicar entre si.

As Barreiras ocultas também se assumiram como dificuldade na implementação de medidas para a eliminação de barreiras arquitetónicas, já que *“a “moda” dos passeios em paralelepípedo de pedra, não facilita a movimentação das pessoas que caminham e muito menos das que têm grandes condicionalismos na sua deslocação”* (E4) e apenas quando vivenciamos uma situação de mobilidade condicionada é que este problema se torna perceptível.

Por outro lado, a Diversidade do meio também é uma dificuldade porque como relatam *“há as barreiras arquitetónicas mas depois não conseguimos rebaixar ruas, ou rebater ruas, elas são o que são, são muito inclinadas, a estratégia tem que ser ao contrário, temos que ajudar a pessoa que vai utilizar a rua, a utilizá-la mais confortavelmente, ela vai ser assim”* (E1).

O Papel do/a Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica é uma subcategoria que emergiu da análise do corpo do texto das entrevistas e é apresentada no quadro seguinte:

Quadro 17: Papel do/da Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica

Subcategoria	Unidade de registo
Incerteza de apropriação do papel	<i>“(…) não tenho a certeza, que elas desempenhem neste momento esse papel”</i> (E1)
Pertinência do papel	<i>“(…) que pode ter uma importância grande”</i> (E1) <i>“(…) eles vão percebendo quais são as dificuldades reais das pessoas e as pessoas vão perdendo mobilidade”</i> (E1)

De acordo com o ICN (2011, p.64) papel é uma *“característica: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamento esperadas por terceiros”*. Desta forma, os municípios para Oliveira (1993) têm o papel de representar as pessoas defendendo os seus interesses. Assim, também o/a Presidente de Junta deve assumir esse papel e participar na promoção da acessibilidade arquitetónica.

Contudo, os/as participantes relatam a Incerteza de apropriação do papel mencionando *“não tenho a certeza, que elas desempenhem neste momento esse papel”* (E1) mas corroborando a Pertinência do papel para os/as Presidentes de Junta uma vez que *“eles vão percebendo quais são as dificuldades reais das pessoas e as pessoas vão perdendo mobilidade”* (E1).

Na categoria **Posição estratégica das juntas de freguesia** identificamos três subcategorias que passamos a expor no quadro seguinte:

Quadro 18: Posição estratégica das juntas de freguesia

Subcategoria	Unidade de registo
Proximidade das populações	<p><i>“(…) pela dimensão, pela área mais próxima dos utentes e do munícipe” (E1)</i></p> <p><i>“(…) perceber melhor a realidade porque eles estão lá todos os dias e a algumas juntas se calhar vai lá muita gente” (E1)</i></p> <p><i>“(…) as questões relacionadas com a promoção da acessibilidade para as pessoas com mobilidade reduzida uma vez que estão mais próximos da população local e, portanto, mais conhecedoras da realidade da Freguesia” (E3)</i></p>
Diagnóstico	<p><i>“(…) as Juntas de Freguesia são um elemento chave no diagnóstico dos problemas locais” (E3)</i></p> <p><i>“Conhecemos as pessoas, sabemos onde reside” (E5)</i></p>
Canal de informação	<p><i>“(…) os veículos de informação são através da junta de freguesia. O primeiro posto de reclamação é a junta e então são canalizadas as coisas” (E1)</i></p>
Caixa de sugestões	<p><i>“Por exemplo, esta coisa de nós percebermos que eles podiam ser uma caixa de queixas, sugestões ou insultos” (E1)</i></p>

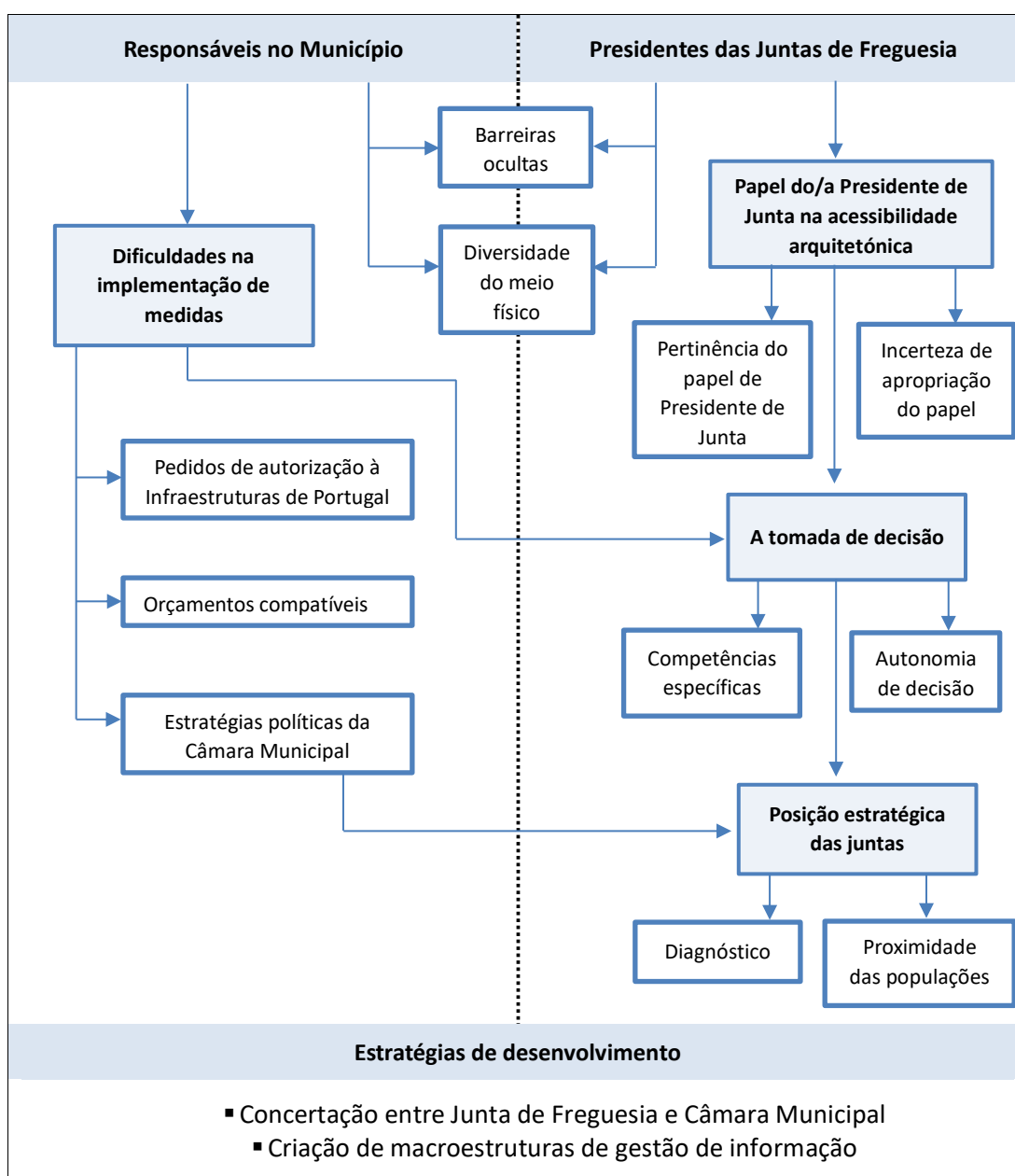
As autarquias são os principais agentes para o desenvolvimento económico e social dada a sua proximidade com as populações e seus problemas, e pelo conhecimento que dispõem dos recursos e necessidades locais, possuindo maior capacidade para reivindicar junto de outros poderes (Marques, et al. 2012; Sangreman, et al., 2013). Deste modo, para os nossos entrevistados a Proximidade das populações é destacada *“pela dimensão, pela área mais próxima dos utentes e do munícipe” (E1)* e porque conhecem mais de perto *“as questões relacionadas com a promoção da acessibilidade para as pessoas com mobilidade reduzida uma vez que estão mais próximos da população local e, portanto, mais conhecedoras da realidade da Freguesia” (E3)* assim, aproxima-se a decisão das pessoas e das necessidades de intervenção.

A sua posição estratégica também é assumida face à possibilidade de Diagnóstico uma vez que *“as Juntas de Freguesia são um elemento chave no diagnóstico dos problemas locais” (E3)* porque pela sua proximidade *“Conhecemos as pessoas, sabemos onde reside” (E5)* e estão voltados para a defesa dos interesses das populações do município (Oliveira, 1993). Outro aspeto mencionado é a possibilidade de a junta funcionar como canal de informação porque *“os veículos de informação são através da junta de freguesia. O primeiro posto de reclamação é a junta e então são canalizadas as coisas” (E1)*.

Para a eficácia comunicacional é fulcral a correta escolha dos canais de comunicação como veículo de transmissão da mensagem (Cunha, et al., 2014). Assim, as juntas de freguesia devem ser vistas como um canal de informação privilegiado podendo funcionar como Caixa de sugestões “Por exemplo, esta coisa de nós percebermos que eles podiam ser uma caixa de queixas, sugestões ou insultos” (E1) no sentido de poderem aglutinar as necessidades das pessoas com mobilidade condicionada e após poderem definir estratégias e objetivos.

Da análise do discurso evidencia-se que a problemática da aplicação da legislação em vigor está subordinada a vários fatores:

Figura 6: Realidades sentidas na aplicação do Decreto-Lei n.º 163/2006



Relativamente ao nível das juntas de freguesia e respetivos/as presidentes, a aplicação do Decreto-Lei nº163/2006 está condicionada ao papel do/a Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica, à tomada de decisão e à posição estratégica das juntas de freguesia. Depois, ao nível do município, a realidade da aplicação do referido decreto-lei está sujeita a algumas dificuldades que foram evidenciadas nos discursos dos/as entrevistados/as.

Nas juntas de freguesia os/as Presidentes de Junta possuem autonomia de decisão dentro das suas competências específicas, estas estão intimamente relacionadas com a pertinência do papel, atribuída nas autarquias locais, aos/às Presidentes de Junta na temática da acessibilidade. Contudo, da análise dos discursos fica também manifesta a incerteza de apropriação pelos/as Presidentes de Junta deste papel. A apropriação deste papel assume especial relevância devido à posição estratégica das juntas que, pela proximidade das populações, lhes permite efetuar diagnósticos. Contudo, esta visão está dependente das estratégias políticas adotadas.

Outro aspeto que é de salientar para a aplicação do Decreto-Lei nº163/2006 é mais no âmbito municipal sendo que são espelhadas outras dificuldades à aplicação da legislação devido aos orçamentos compatíveis e à necessidade de pedidos de autorização às Infraestruturas de Portugal para realizar determinadas obras o que atrasa a aplicação da legislação em vigor. Em comum, os municípios e as juntas de freguesia estão nas suas realidades condicionadas às barreiras ocultas existentes e à diversidade do meio uma vez que estas são um entrave à eliminação de barreiras arquitetónicas e à aplicação do Decreto-Lei nº163/2006.

No sentido de promover a eliminação de barreiras arquitetónicas e a aplicação da legislação em vigor da análise do discurso emergem dois aspetos fundamentais como estratégias de desenvolvimento: a concertação entre junta de freguesia e câmara municipal e a criação de macroestruturas de gestão da informação. De referir que a Carta Europeia de Autonomia Local (RAR nº 28/90) constitui o princípio de autonomia face à possibilidade das autarquias poderem gerir, no âmbito das suas competências fixadas por lei, uma grande parte dos assuntos públicos tendo por base o interesse das populações.

Rodrigues (2011) reitera que as autarquias locais possuem como característica a possibilidade de autodeterminação dado que desfrutam de autonomia para definir a sua própria estratégia e objetivos pela gestão dos meios que possui. Verificamos que os/as Presidentes de Junta possuem autonomia para implementar medidas de promoção da acessibilidade na sua área territorial, ressalvando que sempre de acordo com as suas competências.

A definição dos níveis de decisão é fundamental para agilizar a decisão e aproximá-la do local mais próximo da execução das medidas. Desta forma, quer o município quer as juntas devem desenvolver uma política articulada e concertada, pautada pela agilização do processo de comunicação uma vez que as especificações técnicas para a acessibilidade propostas pelo Decreto-Lei trouxeram inovações significativas e mais pormenorização o que cria dificuldades na sua interpretação (INR, 2010). A criação de uma macroestrutura de gestão da informação será importante para melhorar o processo de comunicação e o trabalho em equipa pela partilha de decisão e vendo os/as Presidentes de Junta como uma referência neste processo.

A concertação entre junta de freguesia e município, isto é, o entendimento entre as partes envolvidas, é fundamental para que haja um plano estratégico global para a acessibilidade e, como foi mencionado, se evite a existência de “ilhas de acessibilidade”, mas sim a criação de espaços contíguos e acessíveis. A posição estratégica das juntas de freguesia é reconhecida devido à proximidade com as populações, o que permite um diagnóstico mais real daquilo que são as necessidades das pessoas com mobilidade condicionada e das intervenções a realizar.

As juntas podem funcionar como um canal de informação entre a junta e a câmara municipal, bem como uma caixa de sugestões porque as pessoas deslocam-se mais facilmente às juntas de freguesia. Devido a esta proximidade o/a Presidente de Junta deverá assumir um papel basilar na promoção da acessibilidade na autarquia.

A aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006 é uma obrigação do nosso quadro legal e já contamos com 20 anos de vigência de diplomas sobre a acessibilidade e ainda subsiste um expressivo número de edifícios e espaços públicos que não satisfazem o disposto na lei. O compromisso efetivo entre Presidente de Junta, juntas e câmara é importante numa visão integrada e, numa lógica de intervenção sistémica de forma a desenvolver todo o potencial e capacidade disponível nas organizações para a mudança.

1.2 Mudanças para o futuro

O mundo atual encontra-se em constante mudança e isso exige que as pessoas e as organizações possuam uma grande capacidade de adaptação e que sejam capazes de desencadear essa mudança.

Nesta perspetiva, numa sociedade em constante evolução a mudança e adaptação a contextos cada vez mais competitivos surge como uma oportunidade para desenvolver novas estratégias de atuação, sendo que uma das mais importantes forças de mudança é a aplicação de novas disposições legais (Cunha, et al., 2004) como é o caso da aplicação do Decreto-Lei nº163/2006. No quadro a seguir exposto, encontramos as subcategorias e suas unidades de registo relativamente à categoria **Mudanças para ambientes acessíveis**.

Quadro 19: Mudanças para ambientes acessíveis

Subcategoria	Unidade de Registo
Passeios	“(…) quando se requalificam ruas ou avenidas, tem havido a preocupação de se construir passeios pedonais” (E5) “(…) construção de passeios mais largos” (E3) “as autarquias locais têm de incluir nas suas opções as questões ligadas à construção de passeios com piso adequado para a circulação de cadeiras de rodas, ou de pessoas com dificuldades na sua movimentação” (E4)
Passadeiras	“(…) acesso a passadeiras em vias vicinais” (E3) “o aumento das passadeiras existentes nas vias” (E3) “(…) rebaixamentos das passadeiras (…) o mais simples de fazer é o rebaixamento. É uma pequena obra. É só pegar no lancil, baixar e rematar o passeio” (E1)
Rampas	“(…) rampas nos passeios” (E5) “Na construção de rampas de acesso ou passeios com piso adequado para a circulação de cadeiras de rodas” (E4) “(…) têm sido construídas rampas em vários locais e no acesso aos passeios junto das vias públicas” (E4)
Escadas	“(…) substituindo as escadas por rampas com piso e inclinação adequada” (E4)
Locais de estacionamento próprios	“(…) a reserva de locais para estacionamento …” (E5)
Acesso a espaços verdes	“(…) a eliminar todas as entraves aos espaços verdes, aos passeios pedonais” (E5)
Acesso a bens e serviços	“Acesso a serviços de multibanco, centros de dia/idosos, centros de saúde (…)” (E4)
Acesso a edifícios públicos	“Acesso a instituições ou serviços, como as sedes de junta de freguesia” (E4) “Acesso a edifícios públicos, propriedade das Juntas de Freguesia” (E3) “(…) aumento do número de edifícios com acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida” (E3) “Os edifícios públicos, propriedade do Município, construídos recentemente, estão todos adaptados” (E3)
Reestruturação de edifícios	“(…) algumas receberam algumas dicas para haver alteração” (E1) “(…) temos alguns edifícios em que tentamos fazer mudanças” (E1) “(…) edifícios antigos tem havido um esforço para adaptar esses edifícios de forma gradual” (E3)
Símbolo internacional de acessibilidade	“Não tem que ter e não sei se é um código entendível (…) mas podia ter” (E1) “Sim” (E3) “Sim” (E5)

A mudança consiste numa transição de uma situação para outra ou a passagem de um estado para outro distinto e deve ser encarada como um processo (Camara, et al., 2013; Chiavenato, 2014). As organizações devem procurar ajustar o seu contexto face à evolução dos vários ambientes económicos, tecnológicos, sociais, políticos e culturais (Stacey, 1998).

A sociedade, com as suas organizações e pessoas, está em mudança e em permanente adaptação. As organizações não são estáticas e a mudança acompanha o ciclo de vida das mesmas e, a evolução da própria sociedade. Numa perspetiva de mudança planeada ela passa por três fases: o diagnóstico pela identificação do problema e de procura de soluções; a intervenção através da implementação da ação propriamente dita e, pela avaliação dos resultados da ação. Estando sempre a começar um novo ciclo no qual se reavaliam as situações (Ferreira, et al., 1996).

Igualmente o ambiente sofre alterações que, se não forem bem planeadas e estruturadas, podem provocar dificuldades às pessoas pela sua interação com ele. Numa perspetiva de igualdade de oportunidades, a criação de ambientes acessíveis é um fator determinante para a autonomia individual (Aragall, et al., 2005; CRPG, et al., 2007).

Os/as participantes do nosso estudo valorizam e reconhecem os problemas decorrentes da existência de barreiras arquitetónicas e relatam a necessidade de mudança para Ambientes acessíveis para pessoas com mobilidade condicionada identificando as barreiras arquitetónicas que devem ser consideradas pelos/as Presidentes de Junta como sua responsabilidade eliminar como através da adequação de passeios, passadeiras, rampas e escadas, pela criação de locais de estacionamento próprios, e de acessos a espaços verdes, bens e serviços, edifícios públicos, bem como na reestruturação de edifícios.

Para eles/as, *“as autarquias locais têm de incluir nas suas opções as questões ligadas à construção de passeios com piso adequado para a circulação de cadeiras de rodas, ou de pessoas com dificuldades na sua movimentação”* (E4), relatam que o rebaixamento de passagens de peões é uma intervenção simples e que não requer orçamento elevado *“rebaixamentos das passadeiras (...) o mais simples de fazer é o rebaixamento. É uma pequena obra. É só pegar no lancil, baixar e rematar o passeio”* (E1), bem como referem que *“têm sido construídas rampas em vários locais e no acesso aos passeios junto das vias públicas”* (E4).

As barreiras arquitetónicas impõem limitações ou impedem mesmo a mobilidade causando um impacto significativo na vida das mesmas. Assim, outra alteração para ambientes

acessíveis passa por vir *“substituindo as escadas por rampas com piso e inclinação adequada”* (E4). A importância da *“...reserva de locais para estacionamento ...”* (E5) para pessoas com mobilidade condicionada fica patente no discurso.

Os/as participantes relatam que tem sido alvo de intervenção, e um investimento das autarquias locais, nomeadamente dos/as Presidentes de Junta, o Acesso a espaços verdes *“a eliminar todas as entraves aos espaços verdes, aos passeios pedonais”* (E5), a bens e serviços e edifícios públicos permitindo o *“Acesso a serviços de multibanco, centros de dia/idosos, centros de saúde (...)”* (E4) e o *“Acesso a instituições ou serviços, como as sedes de junta de freguesia”* (E4) o que permite, por exemplo, exercer o direito ao voto pelas pessoas com mobilidade condicionada; quanto à Restruturação de edifícios públicos nos *“edifícios antigos tem havido um esforço para adaptar esses edifícios de forma gradual”* (E3).

Por outro lado, tanto na via pública como em edifícios e estabelecimentos em geral, deverá existir pelo menos um percurso acessível que permita o acesso seguro e confortável, assim como, a livre circulação de pessoas com mobilidade condicionada (Decreto-Lei nº 163/2006). O citado documento aconselha a utilização do símbolo internacional de acessibilidade, num local facilmente visto, lido e entendido por qualquer pessoa de pé ou sentada, para que a oriente e direcione para entradas/saídas e percursos acessíveis, bem como identifique lugares de estacionamento reservados para pessoas com mobilidade condicionada e instalações sanitárias acessíveis.

Este símbolo compreende uma figura estilizada de uma pessoa em cadeira de rodas. Um dos participantes no estudo menciona *“Não tem que ter e não sei se é um código entendível” (...)* *mas podia ter”* (E1), e outros assumem que na câmara municipal existe o símbolo internacional de acessibilidade

Neste domínio das Mudanças para o futuro e da análise dos dados emerge a categoria **“Cidadãos invisíveis”** que apresentamos a seguir.

Quadro 20: Cidadãos/ãs invisíveis

Subcategoria	Unidade de registo
Assunção da deficiência perante a sociedade	<i>“(...) muitas coisas são feitas, são assumidas quando há necessidade, ou seja, nós começamos a perceber que as pessoas com deficiência vão assumindo a sua deficiência quando necessitam de alguma coisa, perante o município”</i> (E1) <i>“Uma pergunta, tem alguma deficiência? Será que as pessoas respondem qual é o grau, depois há a objetividade disso (...)mas nós próprios admitirmos isso, portanto num inquérito, é muito complicado”</i> (E1)

Guerra (2003) refere que a perceção de cada pessoa com deficiência sobre as suas próprias características individuais limita a sua assunção perante os outros, dado que, ainda existe pudor em aceitar e assumir essa realidade perante os outros. Assim, consolidam-se comportamentos de exclusão e invisibilidade social (Martins, 2005). Por outro lado, as barreiras arquitetónicas têm elevado impacto social e psicológico para pessoas com mobilidade condicionada e, são fatores de exclusão social que fomentam preconceitos e propiciam uma conduta discriminatória empurrando-as para o isolamento e votando-as ao esquecimento pela sociedade (RCM nº 9/2007) permanecendo “cidadãos invisíveis”.

Assim, é importante uma mudança de comportamento porque se por um lado as barreiras arquitetónicas não são percecionadas por pessoas sem restrição na sua mobilidade, por outro, e relativamente às pessoas com deficiência, um dos participantes refere a importância da Assunção da deficiência perante a sociedade uma vez que *“muitas coisas são feitas, são assumidas quando há necessidade, ou seja, nós começamos a perceber que as pessoas com deficiência vão assumindo a sua deficiência quando necessitam de alguma coisa, perante o município” (E1)*.

O desenvolvimento de **Políticas inclusivas** é um sintoma que emerge da análise dos discursos apresentando-se de seguida as suas subcategorias.

Quadro 21: Política inclusiva

Subcategoria	Unidade de registo
Ausência de representação de pessoas com deficiência/mobilidade condicionada nos órgãos de decisão do município	<i>“(…) não têm poder/representação no processo de tomada de decisão no município.” (E2)</i> <i>“No órgão executivo da câmara municipal penso que não” (E5)</i>
Participação ativa	<i>“(…) às vezes as pessoas não participam quando devem participar” (E1)</i> <i>“(…) eu vou pedir para mim, não vou pedir em nome duma comunidade... é raro” (E1)</i>
Postos de trabalho ocupados por pessoas com deficiência/mobilidade condicionada	<i>“(…) claro que tem (...) tem alguns” (E1)</i> <i>“(…) o município tem funcionários com deficiência/mobilidade condicionada no exercício de funções” (E2)</i> <i>“Tem. Desconheço as funções dos funcionários com deficiência” (E4)</i> <i>“É natural que existam. No órgão executivo da câmara municipal penso que não” (E5)</i>

As políticas sociais têm como princípio prevenir, minimizar ou dissipar problemas do âmbito social e que se traduzem em situações de exclusão social e de pobreza promovendo o bem-estar social e a consagração dos direitos sociais, e as condições necessárias para a sua concretização na sociedade (Baltazar, 2004; Pereirinha, 2013), desta forma, a necessidade de

construir novas políticas sociais como forma de potenciar o exercício de cidadania tem sido um dos eixos dos vários programas dos Governos Constitucionais relativamente à proteção social e combate à pobreza (PCM, 2005; PCM 2015).

As políticas públicas sociais encontram-se agrupadas em três categorias distintas: gestão de riscos sociais, redistribuição de recursos e de promoção da inclusão social. Estas consistem na prevenção da exclusão social e fomentam a integração e assumem a forma, não só pela transferência de rendimento ou prestação de um serviço, mas também, passando por assegurar a participação das pessoas na sociedade, seja a nível local ou nacional, e nas várias dimensões, seja no mercado de trabalho como trabalhador, no mercado de bens e serviços como consumidor ou instituições sociais como cidadão/ã (Pereirinha, 2013).

Portanto, ao nível das autarquias devem ser definidas políticas de inclusão no sentido de dar respostas sociais às necessidades das pessoas com mobilidade condicionada que são de natureza diversa e assim promover a inclusão e a igualdade de oportunidades de participação social.

O Decreto-Lei n.º 163/2006 introduziu um cariz relevante às associações e fundações de defesa dos interesses das pessoas com deficiência que foi a atribuição de um papel ativo concedendo-lhes legitimidade para propor e intervir no sentido de fazer cumprir as normas técnicas do referido decreto-lei.

Porém, os/as entrevistados/as relatam Ausência de representação de pessoas com deficiência/mobilidade condicionada nos órgãos de decisão do município, *“não têm poder/representação no processo de tomada de decisão no município.”* (E2) e que quanto à Participação ativa na tomada de decisão de associações de representantes das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada respondem que *“às vezes as pessoas não participam quando devem participar”* (E1) e que muitas vezes *“eu vou pedir para mim, não vou pedir em nome duma comunidade... é raro”* (E1).

No domínio das políticas sociais para a inclusão a estratégia de emprego e trabalho para todos é uma das propostas do Programa do XXI Governo Constitucional (PCM, 2015), também na realidade dos/as participantes no nosso estudo surge a subcategoria Postos de trabalho ocupados por pessoa com deficiência/mobilidade condicionada no qual referem que *“o município tem funcionários com deficiência/mobilidade condicionada no exercício de funções”* (E2) porém também assumem *“É natural que existam. No órgão executivo da câmara municipal penso que não”* (E5).

A mudança para ambientes acessíveis como já verificamos passa pelo momento do diagnóstico, no qual a consciencialização para o problema das barreiras arquitetónicas e a sua identificação permitirão desenvolver soluções alternativas que em parte passa por apresentar projetos na área da acessibilidade. Um/a participante no estudo refere que tendo em linha de conta a diversidade humana e o meio têm **Projetos desenvolvidos**, nas suas subcategorias:

Quadro 22: Projetos desenvolvidos

Subcategoria	Unidade de registo
Pavimentos táteis	<i>“(...) certa altura percebemos que era mesmo muito importante começarmos a pôr pavimentos táteis” (E1)</i>
Dispositivos motorizados	<i>“(...) estratégias desde um auxiliar com cadeiras de rodas manuais, um auxiliar motorizado que fosse dispensado, eventualmente em A e portanto, eram requisitados” (E1)</i>
Sistema de orientação para cegos	<i>“(...) um sistema de orientação, um sistema, uma infraestrutura de sistema de navegação para cegos na cidade. Uma coisa que os cegos pudessem andar, para além dos pavimentos táteis (...) mas uma coisa mais ligada à tecnologia (...) temos uma estratégia de rede de orientação para cegos, já definida” (E1)</i>
Percurso com áudio-descrição	<i>“(...) já temos ali um projeto piloto (...) E pode-se fazer, no fundo, um percurso completamente autónomo com áudio-descrição, com língua gestual portuguesa (...) é uma aplicação a esse nível, ou seja, para toda a gente. Com a áudio-descrição e língua gestual” (E1)</i>
Acesso de pessoas surdas a conteúdos digitais	<i>“(...) é um projeto de um AVATAR, que lê, que faz a ponte entre um texto, a voz e a língua gestual (...) se eu estiver a falar com um surdo, ele diz-me e eu não percebo nada, mas ele (o computador) consegue comunicar comigo. Portanto, é um intérprete e isso está também bastante... a ideia é colocar nas escolas, um projeto piloto e no X” (E1)</i>
Rede de turismo acessível	<i>“(...) estamos a fazer, uma rede de turismo acessível” (E1)</i>

A criação de pavimentos táteis é um dos projetos referidos pelo participante uma vez que a *“certa altura percebemos que era mesmo muito importante começarmos a pôr pavimentos táteis” (E1)*, contudo também refere que surgiu a necessidade de criar um sistema de orientação para cegos *“um sistema de orientação, um sistema, uma infraestrutura de sistema de navegação para cegos na cidade. Uma coisa que os cegos pudessem andar, para além dos pavimentos táteis (...) mas uma coisa mais ligada à tecnologia (...) temos uma estratégia de rede de orientação para cegos, já definida” (E1)*.

Outro projeto desenvolvido relatado é o desenvolvimento de uma rede de turismo acessível. Também a disponibilização de dispositivos motorizados é referida como um dos projetos desenvolvidos através de *“estratégias desde um auxiliar com cadeiras de rodas manuais, um*

auxiliar motorizado que fosse dispensado, eventualmente em estações de metro e, portanto, eram requisitados” (E1).

De seguida apresentamos as subcategorias e respetivas unidades de registo relativos à categoria **Visão estratégica**.

Quadro 23: Visão estratégica

Subcategoria	Unidade de registo
Procura de parcerias	<p><i>“(…) abraçar muitos projetos académicos ou em ambiente académico, não são bem projetos académicos, são dentro dos centros de estudo, que fomos buscá-los, e incentivá-los, promovê-los e tentar que eles passem cá para fora para o utilizador e que sejam úteis para as pessoas” (E1)</i></p> <p><i>“(…) no fundo nós fomos buscar muita da tecnologia” (E1)</i></p> <p><i>“(…) o nosso trabalho será arranjar um investidor ou dinheiro para comprar, para disponibilizar” (E1)</i></p>
Dar voz às pessoas	<p><i>“Não é usual, mas é feito” (E1)</i></p> <p><i>“Não, mas iremos fazer em breve” (E2)</i></p> <p><i>“Fazem-se sessões de sensibilização” (E4)</i></p> <p><i>“Profissional de saúde? Não. Não sei o que é que eles eram, mas já vi muitas propostas” (E1)</i></p> <p><i>“Dum cidadão e cidadã, há muitas” (E1)</i></p> <p><i>“(…) pelo responsável de uma clínica de fisioterapia” (E4)</i></p> <p><i>“(…) não tem rececionado qualquer reclamação/sugestão para melhoria da acessibilidade” (E3)</i></p> <p><i>“(…) nada me tem feito chegar” (E5)</i></p>
Para mais acessibilidade	<p><i>“Dirige-se à Câmara, ao Y e até à Z! Se for estritamente dedicado à acessibilidade, deve ser à Z (...) encaminha depois para os serviços competentes” (E1)</i></p> <p><i>“Balcão Único de atendimento é o local indicado para rececionar todas as sugestões para eliminação de barreiras arquitetónicas, bem como, pelas plataformas eletrónicas existentes” (E3)</i></p> <p><i>“(…) câmara municipal ou às juntas de freguesia para expor a situação e eliminação das barreiras arquitetónicas ou pode optar por utilizar o e-mail destas instituições” (E4)</i></p> <p><i>“(…) junta de freguesia e na câmara poderá fazê-lo nos serviços da ação social” (E5)</i></p>

De acordo com Araújo, et al. (2012) as transformações na sociedade conduziram as organizações públicas à adoção de diferentes modelos de gestão pública e governação local através da sua modernização e reforma administrativa. Atualmente, assiste-se a uma mudança na forma como as autarquias locais e os vários atores sociais interagem promovendo a cooperação entre os vários participantes na estrutura de relacionamentos interorganizacionais.

Nas autarquias locais, a definição de uma visão estratégica em matéria de acessibilidade é essencial e consiste num fim em si mesma. Pela definição de objetivos concretos e atingíveis,

através de políticas e/ou ações para o efeito, inseridos num plano de ação mais global e que se prolongue no tempo permitirá atingir o propósito global da promoção da acessibilidade arquitetónica (Ferreira, et al., 1996). Para Chiavenato (2009, p. 1), a visão estratégica é “*antecipatória e proativa*”, implica olhar de forma inteligente para a realidade, estar focado num determinado objetivo desenvolvendo formas de resolução dos problemas e gerando oportunidades.

O desenvolvimento de redes e parcerias, que orientem a ação do poder local, é uma estratégia e uma janela de oportunidade dado que as autarquias podem ser vistas como um laboratório natural para o desenvolvimento de investigação produzida nas universidades. Assim, um/a dos/as participantes refere que a câmara municipal foi “*abraçar muitos projetos académicos (...) e incentivá-los, promovê-los e tentar que eles passem cá para fora para o utilizador e que sejam úteis para as pessoas*” (E1) acrescenta ainda que “*o nosso trabalho será arranjar um investidor ou dinheiro para comprar, para disponibilizar*” (E1).

Partindo de uma visão estratégica Bilhim (2012) acredita que as autarquias locais devem ter como princípio de gestão as pessoas, dando-lhes voz, por exemplo através de estratégias como a auscultação municipal. Na realidade de um/a dos participantes do estudo assume que “*Não, mas iremos fazer em breve*” (E2) contudo outro/a participante refere que “*Não é usual, mas é feito*” (E1).

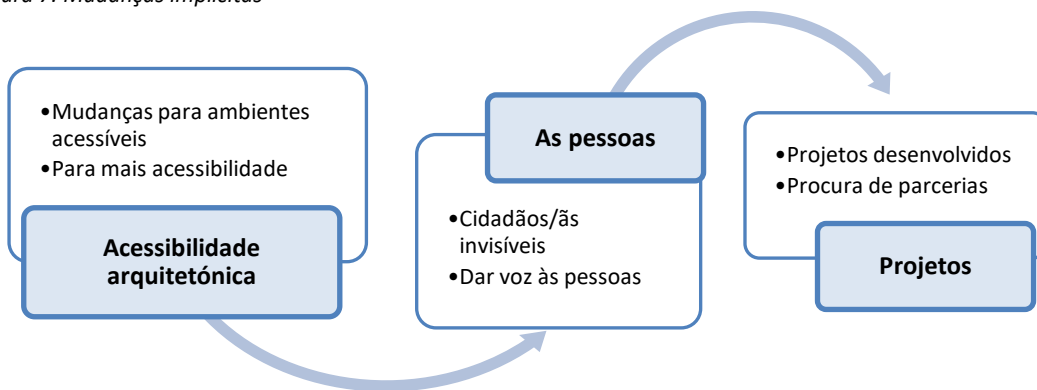
Para Rodrigues (2011), atualmente a Administração Pública tem vindo a desenvolver modelos de governação mais participativa. Assiste-se a uma coresponsabilidade entre as organizações públicas, como as câmaras e juntas de freguesia, e os cidadãos e outros interessados no cumprimento dos objetivos e necessidades das populações, posto isto, as propostas de melhoria foram pedidas por cidadãos “*Dum cidadão e cidadã, há muitas*” (E1), também “*pelo responsável de uma clínica de fisioterapia*” (E4) e ainda referem “*não tem rececionado qualquer reclamação/sugestão para melhoria da acessibilidade*” (E3).

Na subcategoria Para mais acessibilidade verificamos pelas unidades de registo diversas formas de o fazer como por exemplo através de espaços próprios existentes nas câmaras “*Dirige-se à Câmara, ao Y e até à Z! Se for estritamente dedicado à acessibilidade, deve ser à Z (...) encaminha depois para os serviços competentes*” (E1) como também referem ser possível recorrendo, portanto, à “*câmara municipal ou às juntas de freguesia para expor a situação e eliminação das barreiras arquitetónicas ou pode optar por utilizar o e-mail destas instituições*” (E4).

Pela análise dos dados obtidos através das entrevistas corrobora a ideia de que as mudanças para o futuro são uma preocupação transversal a todos/as os/as participantes. Podemos afirmar que o ambiente arquitetónico exterior é uma inquietação expressa na preparação do futuro que exige algumas mudanças em relação a condições estruturais, contudo as preocupações sobre o futuro são mais alargadas, incorporam as pessoas e a sua participação ativa bem como a procura de parcerias e o desenvolvimento de projetos no sentido de promover a acessibilidade. Assim, a sociedade civil e os vários atores sociais devem ser chamados à participação ativa e ao envolvimento para a melhoria das condições de acessibilidade.

Na figura seguinte podemos verificar as várias forças envolvidas para que a mudança ocorra.

Figura 7: Mudanças implícitas



Como mudanças para o futuro, da análise do discurso emergem três aspetos fundamentais: a acessibilidade arquitetónica com os eventos de mudança para ambientes acessíveis, através da adequação dos passeios, passadeiras ou rampas e conhecer quem e de que forma se pode eliminar barreiras arquitetónicas na comunidade para mais acessibilidade; as pessoas através de políticas sociais inclusivas e estratégias de uma sociedade participativa, os projetos desenvolvidos e a procura de parcerias como estímulo e oportunidade para a mudança.

Em síntese, compreendemos que persiste a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas no sentido de efetuar mudanças para ambientes acessíveis promovendo a igualdade e participação social plena.

Rodrigues (2011) refere que mais importante do que possuir poder sobre as decisões é controlar as ações e aquilo que na realidade se concretiza, pelo que consideramos que a promoção da acessibilidade deverá ser encarada como um interesse coletivo mobilizando e promovendo a participação ativa dos vários atores sociais fomentando o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, não apenas na fase de planeamento como também na

fase de decisão e de implementação de medidas. Acrescentando que não se trata de efetuar mudanças absolutas, mas sim captar a responsabilidade e o envolvimento de todos os intervenientes na gestão autárquica e motivá-los para a mudança.

De realçar que, como mudança para o futuro, é fundamental promover o acesso das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada e das respetivas associações representativas à participação política e tomada de decisão como cumprimento do direito dos cidadãos em participar na gestão dos assuntos públicos (RAR nº 28/90) uma vez que esta representação ainda se assume como simbólica.

Nesta linha, acreditamos que os/as vários/as profissionais de saúde assumem um papel importante na promoção de um ambiente acessível para todos assumindo a sua responsabilidade partilhada perante a exigência do cumprimento destas garantias que são do interesse de todas as pessoas. Estes/as profissionais devem sair daquilo que é a esfera habitual da sua atividade profissional uma vez que antes disso também são cidadãos/ãs que se movimentam em vários âmbitos e estão inseridos numa comunidade.

Outra observação tem a ver com os/as EEER que contactam diariamente com as pessoas com mobilidade condicionada devido à sua prática profissional e conhecem de perto as suas capacidades e limitações que muitas vezes são favorecidas pelo meio físico que está repleto de barreiras arquitetónicas e, que no olhar de muitos passam despercebidas. Daí que devem, como cidadãos/ãs, mas também no cumprimento das suas competências específicas, habilidades e contribuições próprias promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social das pessoas com mobilidade condicionada trabalhando para uma consciência social inclusiva.

A importância de promover o acesso a cargos de gestão por pessoas com deficiência/mobilidade condicionada nos vários setores da Administração Pública e setor empresarial, também é de salientar, tal como sugerido pelo Programa do XXI Governo Constitucional (PCM, 2015). O aumento do número das cotas de acesso ao emprego com eventual aplicação de medida sancionatória para quem não cumprir o preenchimento do número de lugares aplicáveis, em nosso entender pode ajudar a cimentar as políticas para a inclusão social, independência económica e valorização pessoal.

Num estudo levado a cabo pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos junto dos vários estados membro sobre o emprego de pessoas com deficiência salientam que muitos países têm como uma das principais medidas de incentivo ao emprego a atribuição de quotas, tal como acontece em Portugal. Todavia dizem respeito a postos de

trabalho não qualificado e com poucas possibilidades de realização e de desenvolvimento profissional. Ainda referem que a imposição de quotas poderá levar a mais discriminação e à negação da capacidade da pessoa com deficiência para o trabalho sendo apenas contratados não pelo seu potencial, mas para dar cumprimento a uma exigência legal (United Nations Human Rights Council, 2012).

Atualmente está prevista uma quota de emprego até 2% do total de trabalhadores nas empresas e de 5% na Administração Pública (INR, 2011). Contudo no Relatório paralelo sobre a monitorização dos direitos das pessoas com deficiência em Portugal assumem que há um desajustamento das quotas de emprego na função pública já que em 2006 a administração pública portuguesa dispunha de menos de 1% de trabalhadores com deficiência (Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, 2015).

Pese embora a referência a lacunas existentes no meio, é evidente a falta de reconhecimento da importância do uso do símbolo internacional de acessibilidade que oriente as pessoas para entradas/saídas e respetivos percursos acessíveis na câmara municipal, contudo, é certo que podemos afirmar que os/as participantes no estudo denotam alguma preocupação com a necessidade de efetuar mudanças para tornar o meio físico acessível a todos proporcionando uma sociedade mais amigável e tolerante na diversidade.

Ao longo da análise do discurso é patente que os municípios em estudo demonstram organizações bem diferenciadas no que respeita à resposta Como solicitar a eliminação de barreiras arquitetónicas para as pessoas com mobilidade condicionada, sendo que um deles dispõe de um espaço específico, mas distribuído em várias pessoas, e outro apresenta um leque de possibilidades em relação aos intervenientes neste processo, sendo possível solicitar junto das juntas de freguesia, nos serviços de ação social, na câmara municipal, em espaço próprio da câmara e ainda, através de plataformas digitais.

No nosso parecer, é importante reduzir este leque de possibilidades uma vez que cria dispersão da informação e dificulta a participação ativa dos/as cidadãos/cidadãs. Por este prisma, a tomada de decisão nas questões da acessibilidade deverá estar localizada num único ponto da organização e a ela devem recorrer para fundamentar o parecer técnico a implementar, sem prejuízo da autonomia de decisão dentro das competências da junta de freguesia.

É importante haver um grande equilíbrio entre a centralização do poder na tomada de decisão e a autonomia dos outros órgãos autárquicos e a delegação de poderes, já que para Perestrelo (2012) quanto maior a complexidade da realidade social menor será a eficácia de

uma gestão centralizada e burocratizada, por isso, as novas formas de gestão descentralizada, de proximidade com as pessoas e mais ligada aos problemas do dia-a-dia exigem diferentes formas de atuação e de construção de soluções.

De salvaguardar que a aplicação das tecnologias da informação e da comunicação ao nível das autarquias permitiu a disponibilização de serviços *online* por parte das câmaras aproximando assim o poder local dos cidadãos no sentido de estimular uma participação social ativa e, por outro lado, servir de apoio ao processo de tomada de decisão (Nunes, et al., 2012).

Contudo, fica também expresso que a auscultação municipal não passa de uma pretensão com o pressuposto de uma participação alargada, e de uma tentativa de legitimar uma determinada política definida (Perestrelo, 2012).

É fundamental, a criação de políticas inclusivas nas autarquias, com a definição de objetivos concretos e atingíveis dentro dos orçamentos disponíveis, mas numa política concertada e uma gestão estratégica com a implementação de medidas duradouras, pois como refere Aragall (2005) a sua correção tardia pode ser muito mais dispendiosa. Só com este empenho por parte dos decisores políticos, como os/as Presidentes de Junta, em tornar o meio físico acessível e livre de barreiras arquitetónicas permitirão a inclusão social.

Segundo Perestrelo (2012) quando pensamos o futuro pensamos a ação que o concretiza e, quando o interesse é coletivo a ação deverá ser coletiva. Assim, é premente que os/as Presidentes de Junta e as juntas, os responsáveis pelos departamentos da acessibilidade e as câmaras se comprometam com o seu papel importante na eliminação das barreiras arquitetónicas efetuando mudanças para o futuro que sejam sustentadas e saiam do âmbito da boa vontade, uma vez que o que está em causa é o cumprimento de disposições legais introduzidas pelo Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto.

Na figura seguinte expomos as categorias e subcategorias que apenas foram identificadas na análise do discurso dos/as responsáveis pelo departamento da acessibilidade na câmara municipal e pelos/as Presidentes de Junta e as categorias que emergiram do discurso de ambos.

Figura 8: Modelo em uso pelos responsáveis dos departamentos da acessibilidade da câmara municipal e Presidentes de Junta



Podemos verificar que especificamente os/as Presidentes de Junta referenciaram as dificuldades na implementação de medidas relativas às barreiras ocultas que ainda permanecem no meio físico; também consideram que a decisão partilhada é uma ferramenta utilizada na tomada de decisão em matéria de acessibilidade. Por outro lado, é notória a importância que atribuem na eliminação de barreiras arquitetónicas pela mudança para ambientes acessíveis nomeadamente, pela adequação de rampas, escadas, locais de estacionamento próprios, acesso a espaços verdes e a bens e serviços o que denota que grande parte da sua intervenção é efetuada na via pública.

Este tema remete-nos para outra questão que emerge dos discursos e que se prende com as competências específicas dos/as Presidentes de Junta uma vez que todos/as anuem que a sua atuação está sempre dependente daquilo que são as competências legais atribuídas às freguesias. Podemos verificar que o papel do/a Presidente de Junta na acessibilidade arquitetónica apenas surgiu da análise de discurso de um/a responsável pelo departamento da acessibilidade na câmara municipal. Sendo que estes também abordaram mais questões organizacionais e de estrutura do que os/as Presidentes de Junta.

Todos os discursos dos/as participantes convergem relativamente em matéria de política inclusiva e visão estratégica como formas de mudança para o futuro. Os dois municípios demonstram uma organização diferente em torno da acessibilidade arquitetónica e o modo de articulação quer com as juntas de freguesia e respetivos/as Presidentes quer, nas respostas que têm disponíveis para as pessoas com mobilidade condicionada. Acresce que uma das câmaras possui uma Provedoria do Cidadão com Deficiência e a outra não.

Acreditamos ser importante a definição de uma visão estratégica de ação uma vez que pela leitura da legislação em vigor compreendemos que a delegação de competências nas autarquias locais é tão vasta e abrange áreas tão distintas como o ordenamento do território e urbanismo, a educação, a saúde, a ação social, entre outros o que dificulta a concretização de medidas.

2. EM TORNO DAS REALIDADES LOCAIS – OLHARES DOS/AS PRESIDENTES DE JUNTA

As pessoas com mobilidade condicionada confrontam-se com o problema das barreiras arquitetónicas quando inseridas nas suas áreas de residência pelo que ao explorar as opiniões dos/as Presidentes de Junta vamos ser capazes de compreender a realidade local e responder aos objetivos: “descrever a importância que os/as Presidentes de Junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade”, “identificar quais os constrangimentos que os/as Presidentes de Junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas” e “caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/as Presidentes de Junta”.

Neste capítulo expomos os resultados obtidos pela abordagem quantitativa e que tratará sobre os/as Presidentes de Junta e a pessoa com mobilidade condicionada.

Inicialmente efetuamos a caracterização dos/as Presidentes de Junta e, posteriormente são apresentados os resultados obtidos pela aplicação do questionário *ad hoc*.

2.1 Caracterização sociodemográfica dos/as Presidentes de Junta

A investigação relativa à abordagem quantitativa desenvolveu-se com os/as Presidentes de Junta do município do Porto e VNF. A amostra do estudo é constituída por 17 Presidentes de Junta de VNF e 4 do Porto num total de 21 Presidentes de Junta. A distribuição da amostra para as variáveis referidas é apresentada na tabela seguinte:

Tabela 2: Descrição da variável “Características sociodemográficas dos/as Presidentes de Junta”

Dimensão	Indicadores	Presidentes de Junta (N=21)	
		N	%
Idade	30-40	3	14,3
	41-50	3	14,3
	51-60	8	38,1
	Mais de 61	7	33,3
Género	Masculino	20	95,2
	Feminino	1	4,8
Anos de exercício da função de autarca	3-7	11	52,4
	8-12	5	23,8
	Mais de 13	5	23,8
Habilitações académicas	1º Ciclo	2	9,5
	2º Ciclo	2	9,5
	3º Ciclo	2	9,5
	Ensino secundário	10	47,6
	Licenciatura	5	23,8
Município onde desenvolve funções	Vila Nova de Famalicão	17	81
	Porto	4	19

A amostra é constituída por 95,2% dos participantes do género masculino e 4,8% do género feminino. Quanto à idade têm em média idade de 55 anos, com um limite mínimo e máximo de 38 e 73 respetivamente e um desvio padrão de 10,026 anos. Os grupos etários de 51-60 e Mais de 61, com respetivamente 38,1% e 33,3%, são os que representam uma maior percentagem da amostra.

No que respeita aos anos de exercício da função de autarca em média exercem a função há 9,24 anos, correspondendo a uma moda de 3 anos e um desvio padrão de 8,166; sendo que no mínimo exercem a função há 3 anos e no máximo há 30 anos. Como podemos verificar 52,4% exercem essa função entre 3-7 anos, sendo que 23,8% exercem funções entre os 8-12 anos e há mais de 13 anos. A maioria dos/as Presidentes de Junta possui o ensino secundário (47,6%), cinco possuem licenciatura (23,8%) e 9,5% possuem o 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, respetivamente. Pela leitura dos dados verificamos que no que diz respeito à distribuição da amostra por município 81% dos/as Presidentes de Junta são de VNF e 19% do município do Porto.

Podemos concluir que os/as Presidentes de Junta são maioritariamente do género masculino e possuem como habilitação académica o ensino secundário. Relativamente à idade podemos afirmar que na sua maioria a amostra do nosso estudo possui mais de 51 anos. Quanto aos anos de exercício da função de autarca a sua maioria encontra-se em funções entre 3 a 7 anos.

2.2 A eliminação de barreiras arquitetónicas e a promoção da acessibilidade arquitetónica nas autarquias locais

De acordo com as competências legais das autarquias e, nomeadamente dos/as Presidentes de Junta, compete-lhes promover a acessibilidade para as pessoas com mobilidade condicionada, eliminando barreiras arquitetónicas e construindo equipamentos como rampas de acesso para vencer desníveis, instalações sanitárias, transportes públicos acessíveis, entre outros (Sousa, et al., 2015; Falcato, 2017) dado que as barreiras arquitetónicas são um evidente impedimento à sua utilização por uma pessoa com mobilidade condicionada e um obstáculo à participação social. Na Tabela seguinte apresentamos os resultados relativos à variável “Importância das barreiras arquitetónicas”.

Tabela 3: Descrição da variável “Importância das barreiras arquitetónicas”

Dimensões	Indicadores	Presidentes de Junta (N=21)	
		N	%
Opinião sobre a importância da eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada	Muito importante	9	42,9
	Extremamente importante	12	57,1
	Total	21	100
Opinião sobre a importância da posição estratégica das juntas de freguesia para a promoção da acessibilidade	Discordo	1	4,8
	Concordo	9	42,9
	Concordo totalmente	11	52,4
	Total	21	100
Conhecimento do número de pessoas com deficiência física na área territorial correspondente à junta de freguesia	Sim	5	23,8
	Não sei	16	76,2
	Total	21	100

Os/as Presidentes de Junta consideram muito importante (42,9%) e extremamente importante (57,1%) a eliminação de barreiras arquitetónicas como forma de promover a acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada. Considerando as juntas de freguesia e a sua proximidade com os/as cidadãos/ãs concordam (42,9%) e concordam totalmente (52,4%) que as juntas de freguesia e os/as Presidentes de Junta têm uma importância estratégica para a promoção da acessibilidade, porém um/a participante (4,8%) discorda.

Relativamente ao conhecimento do número de pessoas com deficiência física 76,2% dos/as Presidentes de Junta referem não saber quantas pessoas têm deficiência física na área territorial correspondente à localidade que governam. Por outro lado, dos que referem ter conhecimento (23,8%) a média identificada foi de 7,20 pessoas, com um desvio padrão de 3,701 pessoas com deficiência. Existindo no mínimo três pessoas com deficiência física por freguesia e num máximo 12 pessoas.

No sentido de compreender qual a situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica foram questionados os/as Presidentes de Junta sobre a existência do Símbolo internacional de acessibilidade na freguesia, sobre a existência de locais públicos com barreiras arquitetónicas na área territorial da junta e se tinham realizado intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas (no atual mandato autárquico).

Os resultados relativos a esta variável são expostos na tabela seguinte:

Tabela 4: Descrição da variável “Situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica”

Dimensões	Sim		Não		Não sabe/ Não tem opinião		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Símbolo internacional de acessibilidade na junta de freguesia	0	0,0	20	95,2	1	4,8	21	100
Locais públicos com barreiras arquitetónicas na área territorial da junta de freguesia	14	66,7	6	28,6	1	4,8	21	100
Realização de intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas (no atual mandato autárquico)	20	95,2	1	4,8	0	0,0	21	100

Verificamos que quando questionados/as sobre a colocação do símbolo internacional de acessibilidade no edifício da junta, 95,2% referem que ele não está colocado e 4,8% refere que não sabe ou não tem opinião.

Relativamente à existência de barreiras arquitetónicas em locais públicos na área territorial da freguesia, como por exemplo as sedes das juntas, os serviços de finanças ou centros de saúde, 66,7% dos/as participantes referem que persistem locais de uso público com barreiras arquitetónicas, 28,6% referem que não existem, sendo que 4,8% ainda referem que não sabe ou não tem opinião.

No que concerne à dimensão relativa à realização de intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas, no atual mandato autárquico, a maioria (95,2%) referiu ter

realizado, sendo que apenas um/a Presidente de Junta (4,8%) afirma não ter executado nenhuma intervenção.

À variável eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção, estava associada uma pergunta filtro relativa à realização ou não de intervenções para a eliminação de barreiras arquitetónicas. E caso o/a participante respondesse *Não ou Não sabe/ não tem opinião* deveria passar para a pergunta seguinte.

Assim, do total dos/as inquiridos/as que responderam afirmativamente, questionámos qual a área de intervenção para a eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção das condições de acessibilidade.

Como referimos anteriormente, esta variável encontrava-se associada a uma questão filtro. Por este motivo, um/a participante nesta questão respondeu que não realizou qualquer intervenção no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas no seu mandato autárquico pelo que se justifica na variável eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção um total de respostas N=20 e o respetivo valor de % válida.

Os resultados são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 5: Descrição da variável “Eliminação de barreiras arquitetónicas por área de intervenção”

Dimensões	Presidente de Junta (N=20)					
	Sim		Não		Não aplicável	
	N	%	N	%	N	%
Passeios e percursos pedonais acessíveis	16	80	2	10	2	10
Instalações sanitárias de acesso público	10	50	9	45	1	5
Desocupação/ alteração da localização na via pública de mobiliário urbano	8	40	5	25	7	35
Acesso a museus, teatros, cinemas, bibliotecas públicas	2	10	7	35	11	55
Acesso a estabelecimentos de educação pública	10	50	4	20	6	30
Acesso a equipamentos desportivos públicos	9	45	4	20	7	35
Acesso à piscina pública através de meios mecânicos	1	5	3	15	16	80
Alteração de sinalização vertical/horizontal	5	25	9	45	6	30
Acesso a equipamentos (cemitério e mercado)	14	70	5	25	1	5
Acesso a parques e jardins públicos	14	70	3	15	3	15
Passagens de peões (passadeiras)	15	75	3	15	2	9,5

No que diz respeito à realização de alterações em passeios e percursos pedonais acessíveis, 80% referem ter realizado, contra 10% que não realizaram nenhuma intervenção e que referiram não ser aplicável, respetivamente. Relativamente às instalações sanitárias de acesso público, de entre os que responderam, 50% relatam ter efetuado alterações, contudo 45% dos/as Presidentes de Junta negam qualquer alteração nestes equipamentos e ainda 5% referem não ser aplicável.

Quando questionados/as sobre a desocupação/ alteração da localização na via pública de mobiliário urbano, como sejam, os pilaretes, papeleiras, esplanadas, bocas-de-incêndio (...), 40% dos/as participantes afirmaram tê-lo efetuado, 25% não realizaram esta intervenção e 35% consideram não ser aplicável.

Podemos observar que dos/as participantes que responderam, 55% consideram não ser aplicável alterações no acesso a museus, teatros, cinemas, bibliotecas públicas dado que, na sua área territorial, não possuem estes equipamentos; 10% consideram ter efetuado alterações e 35% negam qualquer alteração. Quanto a mudanças no acesso a estabelecimentos de educação pública metade da amostra assume ter efetuado alterações neste sentido, 20% não efetuou nenhuma intervenção e 30% considera não aplicável. No acesso a equipamentos desportivos públicos 45% dos/as participantes referem ter feito alterações, 20% não fizeram nenhuma intervenção e 35% revelam não ser aplicável.

No que diz respeito à colocação de meios mecânicos para o acesso ao tanque da piscina pública, 80% considera não aplicável esta intervenção porque não possuem este equipamento, 5% afirmam ter colocado meios mecânicos para o acesso ao tanque da piscina por uma pessoa com mobilidade condicionada e 15% negam qualquer intervenção. Relativamente à alteração do posicionamento de sinalização vertical/horizontal na via pública 25% dos/as Presidentes de Junta afirmam ter realizado esta intervenção, 45% não realizaram nenhuma intervenção neste sentido e 30% consideram não aplicável.

Por sua vez, 70% dos/as Presidentes de Junta que responderam afirmam ter efetuado alterações em barreiras arquitetónicas para o acesso por pessoas com mobilidade condicionada a equipamentos como o cemitério e o mercado, contra 25% que não intervieram nesta área e 5% que consideram não aplicável. Quanto a intervenções realizadas para o acesso a parques e jardins públicos, 70% dos/as Presidentes de Junta referem tê-lo efetuado, 15% responderam que não efetuaram e, 15% responderam não aplicável pela ausência desses equipamentos na sua área territorial.

No que concerne a alterações em passagens de peões, designadamente passadeiras, a maioria dos/as Presidentes de Junta realizaram alterações em passadeiras no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas, correspondendo a 75% da amostra, contra 15% que negam alguma intervenção realizada nesse âmbito e 10% que consideraram não aplicável.

Em suma, 95,2% dos/as Presidentes de Junta afirmam que, no seu mandato autárquico, realizaram intervenções no sentido de abolir barreiras arquitetónicas na área territorial da sua freguesia, sendo as intervenções mais efetuadas ao nível dos passeios e percursos

pedonais acessíveis (80%), em passadeiras (75%), no acesso a parques e jardins públicos (70%) e no acesso a cemitérios e mercado (70%), todavia verificamos também que 76,2% não sabem o número de pessoas com deficiência no seu domínio territorial e 66,7% referem que persistem barreiras arquitetónicas em locais públicos.

2.3 Dificuldades dos/as Presidentes de Junta na eliminação de barreiras arquitetónicas

Um dos objetivos do nosso estudo é também compreender quais os constrangimentos e dificuldades que os/as Presidentes de Junta enfrentam no seu dia-a-dia quando querem eliminar barreiras arquitetónicas na sua área de atuação. Desta forma, foram questionados/as sobre a sua concordância/discordância com essas possíveis dificuldades encontradas enquanto Presidente de Junta.

Tabela 6: Descrição da variável “Dificuldades à eliminação de barreiras arquitetónicas”

Dimensões	1		2		3		4		5		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atribuição clara das competências das juntas de freguesia	3	14,3	4	19	6	28,6	4	19	4	19	21	100
Insensibilidade política para questões da acessibilidade	4	19	5	23,8	6	28,6	4	19	2	9,5	21	100
Incumprimento da legislação	4	19	0	0,0	7	33,3	8	38,1	2	9,5	21	100
Falta de fiscalização	2	9,5	0	0,0	9	42,9	6	28,6	4	19	21	100
Ausência de recursos financeiros	1	4,8	1	4,8	4	19	10	47,6	5	23,8	21	100
Ausência de recursos humanos qualificados	3	14,3	3	14,3	7	33,3	2	9,5	6	28,6	21	100
Ausência de formação sobre a temática da acessibilidade	2	9,5	2	9,5	6	28,6	8	38,1	3	14,3	21	100
Ausência de formação sobre especificações do Decreto-Lei n.º 163/2006	1	4,8	1	4,8	7	33,3	8	38,1	4	19	21	100
Ausência de apoio técnico para fundamentar o processo de tomada de decisão	2	9,5	2	9,5	4	19	8	38,1	5	23,8	21	100

.../... Continua

.../...Continuação

Dimensões	1		2		3		4		5		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de protocolos de atuação para receber pedidos	3	14,3	1	4,8	7	33,3	6	28,6	4	19	21	100
Ausência de protocolos de atuação para efetuar diagnósticos	3	14,3	4	19	6	28,6	4	19	4	19	21	100
Ausência de protocolos de atuação para planear intervenções	2	9,5	4	19	7	33,3	3	14,3	5	23,8	21	100
Ausência de uma política de partilha de poder decisório entre a câmara municipal e as juntas de freguesia	4	19	2	9,5	7	33,3	4	19	4	19	21	100
Ausência de participação dos/as cidadãos/ãs	2	9,5	4	19	6	28,6	7	33,3	2	9,5	21	100
Ausência de participação das associações representativas das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada	1	4,8	5	23,8	8	38,1	5	23,8	2	9,5	21	100
Desconhecimento do meio (falta de levantamento de necessidades)	4	19	4	19	8	38,1	5	23,8	0	0,0	21	100
Desequilíbrio entre a legislação em vigor e a realidade	2	9,5	3	14,3	6	28,6	4	19	6	28,6	21	100

Nota: Discordo totalmente (1); Discordo (2); Não concordo nem discordo (3); Concordo (4); Concordo totalmente (5).

Acerca das dificuldades que os/as Presidentes de Junta encontram quando pretendem eliminar barreiras arquitetónicas verifica-se que a maior percentagem (28,6%) não concordam nem discordam com a dificuldade atribuída à falta de clareza das suas competências, mas há uma distribuição com maior incidência para as respostas positivas. Sobre a insensibilidade política para as questões da acessibilidade também a maior incidência é que não concordam nem discordam (28,6%). Quanto ao incumprimento da legislação em vigor para as condições de acessibilidade a maior representação é que concordam (38,1%), logo seguido do não concordam nem discordam (33,3%). Com a falta de fiscalização não concordam nem discordam (42,9%).

Relativamente às dificuldades expressas relacionadas com ausências as respostas variaram com maior incidência entre o não concordo nem discordo e o concordo apresentando-se; nos recursos financeiros no concordo 47,6%; recursos humanos qualificados 33,3% não concordam nem discordam; formação sobre a acessibilidade na autarquia no concordo 38,1% em igual percentagem a formação sobre especificações técnicas de acessibilidade de acordo

com o Decreto-Lei n.º 163/2006 e o apoio técnico de que dispõem para fundamentar o processo de tomada de decisão.

Quanto à ausência de protocolos de atuação para receber pedidos para a eliminação de barreiras arquitetónicas não concordam nem discordam 33,3%, e, em igual percentagem, encontramos protocolos de atuação para planear intervenções e a política de partilha de poder decisório entre câmara municipal e juntas de freguesia; 28,6% não concordam nem discordam com a ausência de protocolos de atuação para efetuar diagnósticos de barreiras arquitetónicas; 33,3% concordam com a ausência de participação dos/as cidadãos/ãs, e, 38,1% não concordam nem discordam com a ausência de participação das associações representativas das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada.

Relativamente às dificuldades experienciadas devido ao desconhecimento do meio, pela falta de levantamento de necessidades, a opinião de maior representação é no não concordo nem discordo com 38,1% e, 23,8% concordou que para eles/as essa é um obstáculo no exercício das suas competências. Podemos notar que um dos constrangimentos é o desequilíbrio que se assiste entre aquilo que é a legislação para a acessibilidade em vigor e a realidade, uma vez que, a maior representação (28,6%) considera que não concordam nem discordam e em igual valor concordam totalmente.

Face a estes dados, podemos concluir que de todas as dificuldades expostas quando pretendem abolir barreiras arquitetónicas o que os/as Presidentes de Junta mais consideraram foi a ausência de recursos financeiros (47,6% concordaram).

2.4 As barreiras arquitetónicas existentes nos locais de acesso público

A acessibilidade é um direito que pertence a cada cidadão/ã, contudo a existência de barreiras arquitetónicas em edifícios que recebem público bem como na via pública dificulta ou até mesmo impossibilita a participação e inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada (Emmel, et al., 2010). Por este motivo foram questionados/as os/as Presidentes de Junta sobre quais as barreiras arquitetónicas que consideram mais problemáticas no acesso a locais de uso público por pessoas com mobilidade condicionada.

Tabela 7: Descrição da variável “Barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos”

Dimensões	1		2		3		4		5		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de rampas alternativas ou com inclinação elevada	1	4,8	5	23,8	6	28,6	7	33,3	2	9,5	21	100
Ausência de elevadores com medidas adequadas para cadeira de rodas	3	14,3	1	4,8	5	23,8	9	42,9	3	14,3	21	100
Ausência de plataformas elevatórias	1	4,8	2	9,5	6	28,6	9	42,9	3	14,3	21	100
Ausência de corrimãos	4	19	4	19	6	28,6	6	28,6	1	4,8	21	100
Ausência de WC adaptados	3	14,3	1	4,8	6	28,6	8	38,1	3	14,3	21	100
Ausência de estacionamento para pessoa com mobilidade condicionada	5	23,8	5	23,8	7	33,3	2	9,5	2	9,5	21	100
Ausência de semáforos	3	14,3	3	14,3	8	38,1	6	28,6	1	4,8	21	100
Ausência de passadeiras	4	19	6	28,6	6	28,6	3	14,3	2	9,5	21	100
Existência de degraus	2	9,5	4	19	4	19	9	42,9	2	9,5	21	100
Balcões /guichets de atendimento com alturas elevadas	3	14,3	0	0,0	9	42,9	9	42,9	0	0,0	21	100
Portas de dimensões insuficientes para cadeira de rodas	4	19	4	19	6	28,6	7	33,3	0	0,0	21	100
Piso em mau estado de conservação	2	9,5	5	23,8	4	19	8	38,1	2	9,5	21	100
Presença de mobiliário urbano na via pública	4	19	2	9,5	8	38,1	6	28,6	1	4,8	21	100
Existência de estacionamento para pessoa com mobilidade condicionada, mas sem as dimensões adequadas	4	19	6	28,6	5	23,8	5	23,8	1	4,8	21	100
Ocupação abusiva dos passeios através de estacionamento indevido	3	14,3	1	4,8	5	23,8	7	33,3	5	23,8	21	100
Espaços públicos sem um único percurso acessível em cadeira de rodas	5	23,8	4	19	5	23,8	6	28,6	1	4,8	21	100
Espaços públicos sem espaço livre adequado para rotação da cadeira de rodas em 360°	3	14,3	7	33,3	6	28,6	4	19	1	4,8	21	100

Nota: Discordo totalmente (1); Discordo (2); Não concordo nem discordo (3); Concordo (4); Concordo totalmente (5).

Quanto às barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos expressas por ausências variaram entre o não concordo nem discordo e o concordo sendo que esta com maior incidência de respostas apresenta-se: rampas para vencer desníveis como alternativa à existência de degraus ou, quando existem elas possuem uma inclinação elevada e superior a 6% no concordo 33,3%; elevadores com medidas adequadas para a utilização de uma

pessoa em cadeira de rodas (1,1m largura por 1,4m profundidade) 42,9% concordam e com igual percentagem as plataformas elevatórias, como alternativa para vencer desníveis; corrimãos 28,6% não concordam nem discordam e, com igual incidência concordam.

No que se refere à ausência de instalações sanitárias adaptadas para pessoas com mobilidade condicionada 38,1% concordam; estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada 33,3% não concordam nem discordam; semáforos 38,1% não concordam nem discordam e passadeiras, 28,6% não concordam nem discordam e, em igual percentagem discordam.

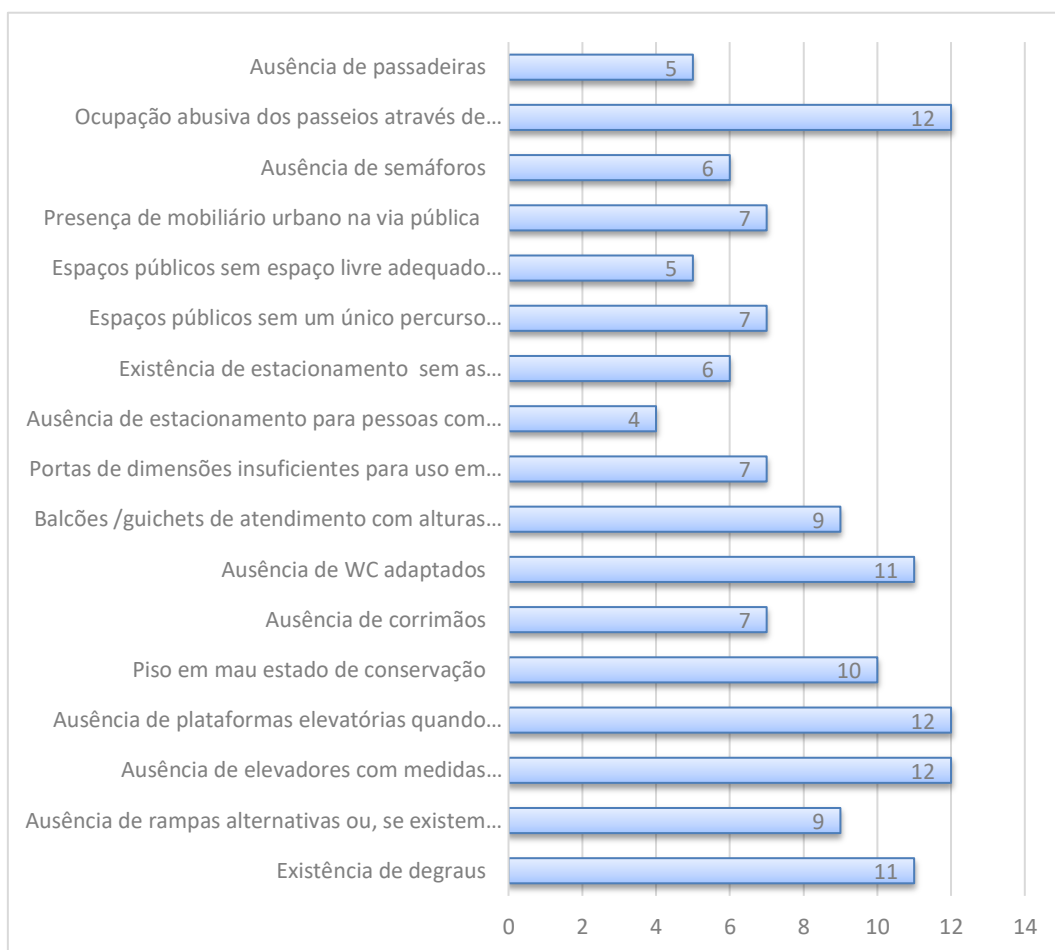
Quanto à existência de degraus 42,9% concorda; para balcões de atendimento com altura elevada 42,9% não concorda nem discorda e em igual percentagem concorda; portas de dimensões insuficientes para uso de uma pessoa em cadeira de rodas 33,3% concorda; piso em mau estado de conservação 38,1% concordam; mobiliário urbano na via pública 38,1% não concordam nem discordam; lugares de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada mas sem as dimensões adequadas 28,6% discordam embora se verifique igual incidência para o não concordo nem discordo e o concordo (23,8%). Quanto à ocupação abusiva dos passeios devido ao estacionamento indevido 33,3% concordam.

O mobiliário de atendimento deverá ter especial atenção dado que muitas vezes, pela sua altura elevada, ele impossibilita o acesso das pessoas com mobilidade condicionada. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) nas prefeituras do Brasil apenas 3% possuem mobiliário de receção e atendimento adaptado. Também é importante avaliar a presença de mobiliário urbano na via pública, como papeleiras, *mupis*, árvores, bancos, iluminação, dado que podem constituir em si mesmos um obstáculo à utilização pedonal para uma pessoa com mobilidade condicionada.

No que respeita aos espaços públicos sem pelo menos um percurso acessível para uma pessoa que se desloca em cadeira de rodas, embora a maioria 28,6% concordem, verifica-se igual incidência para o não concordo nem discordo e o discordo totalmente (23,8%); quanto à existência de espaços públicos sem espaço livre para manobras por pessoas em cadeira de rodas que permitam a rotação da mesma em 360°, a maior incidência 33,3% discorda, porém, 28,6% não concordam nem discordam.

No Gráfico nº 1 encontra-se descrita a concordância dos/as Presidentes de Junta com a existência de barreiras arquitetónicas no acesso a locais públicos por pessoas com mobilidade condicionada.

Gráfico 1: Concordância com a existência de barreiras arquitetónicas no acesso a locais públicos



Em síntese, o grau de concordância (concordo e concordo totalmente) com as barreiras arquitetónicas mais relatadas pelos/as Presidentes de Junta são a ocupação abusiva dos passeios através do estacionamento indevido, a existência de degraus, a ausência de plataformas elevatórias quando necessário, de WC's adaptados e de elevadores com medidas adequadas para o uso por uma pessoa em cadeira de rodas e o piso em mau estado de conservação.

2.5 Perspetiva dos/as Presidentes de Junta sobre a caracterização das autarquias locais quanto à acessibilidade arquitetónica

De acordo com o ICN (2011, p.67) por percepção entende-se o “registro mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objetos ou outros dados através dos sentidos” e, por outro lado, perspetiva perceptiva pode ser entendida como “opinião pessoal” (Ferreira, et al., 1996,

p. 310) assim, através do olhar dos/as Presidentes de Junta e no que diz respeito à sua área territorial foram interrogados/as sobre o cumprimento das normas técnicas para melhoria da acessibilidade das pessoa com mobilidade condicionada relativas ao Decreto-Lei nº 163/2006 e sobre a existência de percursos acessíveis para pessoa com mobilidade condicionada em espaços de uso público. A apresentação dos resultados da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” está organizada tendo em conta as dimensões atribuídas procurando que apresentação dos resultados seja mais ilustrativa.

O **revestimento dos pisos dos passeios** deve ter como características ser uma superfície estável que não se desloque quando sujeita a ações mecânicas, durável ou seja, que não se desgaste ao longo do tempo e ainda que seja firme, não se deformando quando sujeito a ações mecânicas (Teles, 2007).

Os resultados relativos à dimensão pisos e revestimentos podem ser visualizados na tabela seguinte:

Tabela 8: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Pisos e revestimentos

Dimensão: Pisos e revestimentos	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O revestimento do piso dos passeios tem uma superfície estável, durável e firme?	8	38,1	4	19	7	33,3	2	9,5	0	0,0	21	100
O piso é contínuo não possuindo juntas com uma profundidade superior a 0,005m?	7	33,3	3	14,3	7	33,3	4	19	0	0,0	21	100
A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na direção do percurso tem até 5%?	7	33,3	2	9,5	8	38,1	2	9,5	2	9,5	21	100

Constatamos que 38,1% dos/as Presidentes de Junta referem que o revestimento do piso dos passeios possui estas características e seguem-se os que não na sua totalidade (33,3%). Uma outra característica do revestimento dos pisos é que ele seja contínuo, isto é, que não possua juntas com uma profundidade superior a 0,005m; verifica-se que 33,3% afirmam que o piso é contínuo, porém 33,3% refere que não é contínuo na sua totalidade. A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos deve ser inferior a 5% na direção do percurso (exceção para as rampas). No que diz respeito a esta questão 38,1% diz que não o é na sua totalidade.

Uma das condições para a acessibilidade pedonal passa pelas condições de segurança dos

passeios para pessoa com mobilidade condicionada, como pessoas em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebés. Vejamos na tabela seguinte os resultados para a dimensão Passeios.

Tabela 9: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passeios

Dimensão: Passeios	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os passeios da via pública permitem andar de forma segura em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebés?	8	38,1	3	14,3	8	38,1	2	9,5	0	0,0	21	100
Nos passeios existem obstáculos à circulação de uma pessoa com mobilidade condicionada?	4	19	11	52,4	5	23,8	0	0,0	1	4,8	21	100
Nos passeios existe uma zona específica para a colocação de mobiliário urbano?	8	38,1	8	38,1	4	19	0	0,0	1	4,8	21	100
Os passeios têm em toda a sua extensão uma largura livre de pelo menos 1,2 m?	2	9,5	7	33,3	10	47,6	1	4,8	1	4,8	21	100

Dos/as inquiridos/as 38,1% consideram que os passeios na via pública permitem andar de forma segura em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebés, porém com igual incidência consideram que não o permitem na sua totalidade. Quanto à presença de obstáculos nos passeios, como árvores, sinalização vertical de trânsito, papéis, postes de iluminação, caixas de eletricidade, bocas-de-incêndio..., que impedem ou limitam a circulação de uma pessoa com mobilidade condicionada, 52,4% nega que existam obstáculos à circulação.

O mobiliário urbano deve ser colocado em corredores próprios criando um canal de circulação contínuo e livre de qualquer obstáculo; neste âmbito verifica-se igual incidência entre o sim e o não (38,1%). Os percursos pedonais devem ter em toda a sua extensão uma largura livre de obstruções não inferior a 1,2m. Estes mínimos estabelecidos dizem respeito às dimensões das cadeiras de rodas manuais (Teles, 2007); assim 47,6% referem que os passeios não têm na sua totalidade uma largura livre de pelo menos 1,2m.

A escadaria na via pública constitui uma barreira arquitetónica para pessoas com mobilidade condicionada se não reunirem as características indicadas na legislação em vigor. Apresentamos na tabela seguinte os resultados da dimensão **escadaria na via pública**.

Tabela 10: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Escadaria na via pública

Dimensão: Escadaria na via pública	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existem patamares com uma faixa de aproximação com revestimento de textura diferente e cor contrastante com o piso?	1	4,8	7	33,3	9	42,9	2	9,5	2	9,5	21	100
Quando a escadaria vence desníveis superiores a 0,4 m tem corrimão de ambos os lados?	2	9,5	5	23,8	9	42,9	3	14,3	2	9,5	21	100
A altura do corrimão das escadarias está entre 0,85m e 0,9m?	2	9,5	5	23,8	7	33,3	4	19	3	14,3	21	100
A escadaria é constituída por degraus com as seguintes relações dimensionais:												
0,10 x 0,40 a 0,45 m?	0	0,0	4	19	8	38,1	6	28,6	3	14,3	21	100
0,125 x 0,35 a 0,40 m?	1	4,8	2	9,5	9	42,9	7	33,3	2	9,5	21	100
0,15 x 0,30 a 0,35 m?	0	0,0	3	14,3	9	42,9	7	33,3	2	9,5	21	100

No percurso acessível, as escadas que constam nesse percurso, devem estar devidamente assinaladas com uma faixa de aproximação com revestimento de textura diferente e cor contrastante com o piso. Pese embora estas indicações, apenas 4,8% afirmam que nas escadarias da via pública os degraus estão devidamente assinalados, e a maior representação, 42,9%, assumem que não na sua totalidade. Para escadas que vencem desníveis superiores a 0,4m devem existir corrimãos de ambos os lados, verificamos que 42,9% consideram que não existem na sua totalidade corrimãos laterais para desníveis superiores a 0,4m.

A altura dos corrimãos deve estar compreendida entre 0,85m e 0,9m⁶; 33,3 % consideram que estas condições estão presentes, mas não na sua totalidade. Nas escadarias na via pública, os degraus devem cumprir uma das relações dimensionais (altura do espelho x comprimento do cobertor): 0,10 x 0,40 a 0,45 m; 0,125 x 0,35 a 0,40 m; 0,15 x 0,30 a 0,35 m. Pela análise dos dados verificamos que os/as Presidentes de Junta referem que os degraus das escadas não têm na sua totalidade (38,1%) as relações dimensionais de 0,10 x 0,40 a 0,45 m e, relativamente aos degraus com as dimensões 0,125 x 0,35 a 0,40 m e 0,15 x 0,30 a 0,35 m verificamos que 42,9% assumem que os degraus não têm estas dimensões na sua totalidade.

⁶ Medida verticalmente entre o focinho dos degraus e o bordo superior do elemento preênsil

Os resultados da dimensão **abrigos de passageiros** são apresentados na tabela seguinte.

Tabela 11: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Abrigos de passageiros

Dimensão: Abrigos de passageiros	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existem abrigos em todas as paragens de autocarro/elétrico?	7	33,3	8	38,1	5	23,8	1	4,8	0	0,0	21	100
A altura do lancil de entrada para o abrigo é \leq 0,02 m?	6	28,6	4	19	6	28,6	4	19	1	4,8	21	100
O acesso frontal ou lateral para o abrigo tem uma largura \geq 0,80 m e não apresenta obstáculos?	9	42,9	3	14,3	6	28,6	2	9,5	1	4,8	21	100

Quanto à existência de abrigos em paragens de autocarro/elétrico, 38,1% dos/as inquiridos referem que não existem; relativamente à altura do lancil de entrada para o abrigo ser \leq 0,02 m 28,6% afirmam que essa é a altura do lancil e em igual percentagem dizem que não é na sua totalidade; acerca do acesso frontal ou lateral para o abrigo verifica-se que 42,9% afirma ter uma largura \geq 0,80 m e não apresenta obstáculos.

Os resultados relativos à dimensão **rampas na via pública** são exibidos na tabela seguinte:

Tabela 12: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Rampas na via pública

Dimensão: Rampas na via pública	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existem formas de vencer desníveis na via pública (rampas, escadas ou ambos)?	7	33,3	3	14,3	9	42,9	0	0,0	2	9,5	21	100
A inclinação das rampas é de 6% (projeção até 10m e um desnível até 0,6m)?	5	23,8	3	14,3	6	28,6	5	23,8	2	9,5	21	100
As rampas na via pública que vencem desníveis superiores a 0,4m têm corrimão dos dois lados?	1	4,8	7	33,3	7	33,3	3	14,3	3	14,3	21	100
Se a largura da rampa é superior a 3m existe um duplo corrimão central?	0	0,0	10	47,6	4	19	1	4,8	6	28,6	21	100

Relativamente à existência de formas de vencer desníveis na via pública, como através de rampas, escadas ou ambas, 42,9% assumem que não existem na sua totalidade. As rampas devem ter a menor inclinação possível e satisfazer algumas indicações; a maior frequência

(28,6%) diz que a inclinação das rampas não é na sua totalidade de 65 (para uma projeção até 10 m e um desnível até 0,6 m), todavia verifica-se igual incidência entre o sim e o não sabe (23,8%).

Na via pública, as rampas que vencem desníveis superiores a 0,4m devem ter corrimão de ambos os lados, ou se a largura da rampa for superior a 3m deverá ter um corrimão central. Assim, verificamos que 33,3% negam que as rampas que vencem desníveis superiores a 0,4 m tenham corrimãos de ambos os lados e com igual incidência consideram que não têm na sua totalidade. Por outro lado, quando a largura da rampa na via pública é superior a 3m 47,6% dizem não existir um corrimão central. Os resultados da dimensão **passagens de peões de superfície** figuram na tabela seguinte:

Tabela 13: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passagens de peões de superfície

Dimensão: Passagens de peões de superfície	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A altura do lancil em toda a largura das passadeiras não é superior a 0,02m?	5	23,8	5	23,8	8	38,1	1	4,8	2	9,5	21	100
Os sumidouros são colocados em locais que permitem o rápido escoamento das águas pluviais e a secagem dos pavimentos?	9	42,9	1	4,8	7	33,3	3	14,3	1	4,8	21	100
Os semáforos que sinalizam a travessia de peões estão equipados com mecanismos que emitem sinal sonoro de aviso para a passagem?	2	9,5	13	61,9	3	14,3	0	0,0	3	14,3	21	100
O sinal verde de travessia para peões quando aberto permite a travessia a uma velocidade de 0,4m/segundo?	8	38,1	2	9,5	2	9,5	5	23,8	4	19	21	100
A botoneira do semáforo está localizada a uma altura do piso entre 0,8m e 1,2 m?	11	52,4	2	9,5	0	0,0	4	19	4	19	21	100
As passadeiras têm os seus limites assinalados no piso por alteração da textura (piso tátil) ou pintura com cor contrastante?	8	38,1	6	28,6	6	28,6	0	0,0	1	4,8	21	100

Nas passagens de peões de superfície (passadeiras) a altura do lancil não pode ser superior a

0,02m; verificamos que 38,1% refere que a altura do lancil não é na sua totalidade 0,02m. Para prevenção de quedas deve ser assegurada a drenagem das águas pluviais colocando sumidouros que permitam o rápido escoamentos das águas e a secagem dos pavimentos e constatamos que 42,9% dos/as participantes consideram que eles existem e estão colocados em locais adequados para a função.

No estudo realizado por Mac Cobb (2013) outra dificuldade vivida pelas pessoas cegas foi a ausência de sinais sonoros nos semáforos. Quando questionados/as se os semáforos estavam equipados com sinal sonoro que assinale a travessia de peões a maioria dos/as Presidentes de Junta referem que não estão equipados (61,9%). O sinal verde de travessia para peões deve estar aberto o tempo necessário para que uma pessoa com mobilidade condicionada consiga atravessar em segurança permitindo a travessia a uma velocidade de 0,4m/segundo; 38,1% referem que os semáforos que existem satisfazem estas condições.

A botoneira do semáforo na sua localização deve obedecer a uma altura do piso entre 0,8m e 1,2 m, permitindo que possa ser utilizada por pessoas em cadeira de rodas, crianças ou pessoas de baixa estatura. Posto isto, próximo de metade (52,4%) refere que a botoneira está colocada a essa altura. Para pessoas com diminuição da acuidade visual, amblíopes e cegas, é fundamental que nos locais de travessia de peões os seus limites sejam assinalados no piso por alteração da textura (piso táctil) e/ou pintura com cor contrastante; a maioria (38,1%) refere que as passadeiras estão devidamente assinaladas e em igual percentagem (28,6%) considera que não e não na sua totalidade.

Na tabela seguinte apresentamos os dados da dimensão **passagens de peões desniveladas**.

Tabela 14: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Passagens de peões desniveladas

Dimensão: Passagens de peões desniveladas	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nas passagens de peões desniveladas as rampas possuem plataformas horizontais de descanso na base e no topo?	1	4,8	6	28,6	7	33,3	2	9,5	5	23,8	21	100
Nas passagens de peões desniveladas as rampas têm uma largura $\geq 1,5$ m?	2	9,5	6	28,6	6	28,6	2	9,5	5	23,8	21	100
Nas passagens de peões desniveladas as rampas têm corrimãos duplos situados a uma altura da superfície da rampa de 0,75m e 0,9 m?	0	0,0	8	38,1	8	38,1	1	4,8	4	19	21	100

Quanto às passagens de peões desniveladas (passagem aérea) 33,3% observam que as rampas não possuem na sua totalidade plataformas horizontais de descanso na base e no topo. Nestas passagens aéreas as rampas devem também possuir uma largura $\geq 1,5$ m; com igual incidência 28,6% referem que não e não na sua totalidade. As passagens de peões desniveladas têm que ter corrimãos duplos situados respetivamente a uma altura da superfície da rampa de 0,75m e 0,9 m para facilitar a sua utilização por pessoa com mobilidade condicionada; verificamos que 38,1% assumem que estes corrimãos duplos não cumprem o disposto na sua totalidade e em igual percentagem negam a existência de corrimãos duplos a esta altura.

A descrição relativa à dimensão **percurso acessível no interior de edifícios** estão expostas na tabela seguinte:

Tabela 15: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Percurso acessível no interior de edifícios

Dimensão: Percurso acessível no interior de edifícios	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os espaços comuns no interior de edifícios, como por exemplo a juntas de freguesia permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas?	11	52,4	1	4,8	8	38,1	0	0,0	1	4,8	21	100
Existem zonas de manobra que permitem mudança de direção de uma pessoa em cadeira de rodas fazendo uma rotação de 360°?	5	23,8	5	23,8	9	42,9	1	4,8	1	4,8	21	100
As zonas de permanência de pessoas têm uma zona livre de $\geq 0,75$ m por $\geq 1,20$ m?	4	19	5	23,8	10	47,6	1	4,8	1	4,8	21	100
A altura livre de obstruções de espaços não encerrados é superior a 2,40 m?	5	23,8	3	14,3	10	47,6	0	0,0	3	14,3	21	100

Os percursos no interior de edifícios devem possuir dimensões que permitam o acesso a pessoas com mobilidade condicionada que se desloquem, por exemplo, em cadeira de rodas, o que corresponde a uma largura livre superior a 0,9m. Verificamos que cerca de metade (52,4%) afirmam que os espaços comuns no interior de edifícios, como é exemplo a junta de freguesia, permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas. No que diz respeito a

zonas de manobra que permitam efetuar uma rotação completa de 360°, 42,9% assumem que existem, mas não na sua totalidade.

As zonas para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas devem satisfazer uma zona livre $\geq 0,75\text{m}$ por $\geq 1,20\text{m}$, verificamos que 47,6% referem que não o cumprem na sua totalidade. Nos espaços não encerrados, a altura livre de obstruções tem de ser superior a 2,4m (toldos, placas de sinalização, candeeiros ou *mupis* que, apesar de muitas vezes fixados em paredes, projetam-se para a via pública) (Teles, 2007); assim, 47,6% referem que a altura livre não cumpre na sua totalidade aquelas dimensões.

Vejamos os resultados obtidos para a dimensão **ascensores e plataformas elevatórias** em edifícios e estabelecimentos em geral apresentados na tabela seguinte:

Tabela 16: Descrição da variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” relativamente à dimensão Ascensores e plataformas elevatórias em edifícios e estabelecimentos em geral

Dimensão: Ascensores e plataformas elevatórias em edifícios e estabelecimentos em geral	Sim		Não		Não na sua totalidade		Não sabe		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os edifícios de uso público com mais de um piso têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por uma pessoa em cadeira de rodas?	5	23,8	12	57,1	1	4,8	2	9,5	1	4,8	21	100
Os edifícios de uso público com mais de um piso têm plataformas elevatórias?	0	0,0	14	66,7	2	9,5	2	9,5	3	14,3	21	100

As dimensões dos ascensores em edifícios de uso público e estabelecimentos em geral com mais de um piso as medidas adequadas para serem utilizadas por uma pessoa em cadeira de rodas são largura $\geq 1,1\text{m}$ e profundidade $\geq 1,4\text{m}$. Posto isto, 57,1% dos/as participantes referem que os ascensores não possuem essas dimensões. Por outro lado, se os edifícios de uso público com mais de um piso não possuem elevadores deverão possuir plataformas elevatórias como alternativa; verifica-se que 66,7% referem que não existem.

Relativamente à variável “Opinião sobre o cumprimento do Decreto-Lei nº 163/2006” no total das dimensões em estudo possuímos 35 itens em avaliação.

Destes apenas oito obtiveram maior incidência de resposta no Sim (em relação com os demais indicadores): o revestimento do piso dos passeios tem uma superfície estável, durável e firme; o acesso frontal ou lateral para o abrigo tem uma largura $\geq 0,80\text{m}$ e não apresenta obstáculos; os sumidouros são colocados em locais que permitem o rápido escoamento das

águas pluviais e a secagem dos pavimentos; o sinal verde de travessia para peões, quando aberto, permite a travessia a uma velocidade de 0,4m/segundo; a botoneira do semáforo está localizada a uma altura do piso entre 0,8m e 1,2 m; as passeadeiras têm os seus limites assinalados no piso por alteração da textura (piso tátil) ou pintura com cor contrastante e, os espaços comuns no interior de edifícios permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas.

Posto isto, de acordo com as dimensões apresentadas e as respetivas especificações do Decreto-Lei nº 163/2006 na sua maioria não são cumpridas ou não são na totalidade.

Na tabela a seguir apresentamos os resultados para a variável **“ Percursos acessíveis em espaços de uso público ”**.

Tabela 17: Descrição da variável “Percursos acessíveis em espaços de uso público”

Dimensões	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ao edifício da junta	2	9,5	2	9,5	2	9,5	15	71,4	0	0,0	21	100
Estação de correios	0	0,0	3	14,3	1	4,8	6	28,6	11	52,4	21	100
Igreja ou outro local de culto	0	0,0	7	33,3	3	14,3	11	52,4	0	0,0	21	100
Cemitério	0	0,0	3	14,3	3	14,3	15	71,4	0	0,0	21	100
Centro de saúde/outro local de prestação de cuidados de saúde	0	0,0	4	19	2	9,5	6	28,6	9	42,9	21	100
Creche/jardim-de-infância	1	4,8	5	23,8	3	14,3	12	57,1	0	0,0	21	100
Escola E.B.1, 2,3	1	4,8	4	19	4	19	12	57,1	0	0,0	21	100
Biblioteca	0	0,0	3	14,3	0	0,0	3	14,3	15	71,4	21	100
Museus e teatros	1	4,8	1	4,8	1	4,8	4	19	14	66,7	21	100
Equipamentos desportivos/campos de futebol/piscina pública	1	4,8	1	4,8	5	23,8	11	52,4	3	14,3	21	100
Mercado	0	0,0	3	14,3	0	0,0	4	19	14	66,7	21	100
Lares/residências/centros de dia	0	0,0	3	14,3	1	4,8	13	61,9	4	19	21	100
Estação de caminho-de-ferro/central de camionagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	28,6	15	71,4	21	100
Cafés	0	0,0	8	38,1	8	38,1	5	23,8	0	0,0	21	100
Supermercado/lojas de conveniência	0	0,0	7	33,3	6	28,6	6	28,6	2	9,5	21	100
Postos de abastecimento de combustível	0	0,0	2	9,5	2	9,5	15	71,4	2	9,5	21	100
Bancos	0	0,0	3	14,3	1	4,8	4	19	13	61,9	21	100
Multibancos	0	0,0	6	28,6	3	14,3	9	42,9	3	14,3	21	100

Para o efeito, foram questionados/as os/as Presidentes de Junta para perceber qual a sua opinião sobre se uma pessoa com mobilidade condicionada conseguia aceder a determinados espaços e relativamente há existência de pelo menos um percurso acessível em espaços de uso público.

O acesso ao edifício da juntas de freguesia para 71,4% dos/as Presidentes de Junta é considerado acessível sem dificuldade; no tocante ao acesso à estação de correios cerca de metade (52,4%) não dispõem desse serviço a sua freguesia. Quanto ao acesso à igreja ou outro local de culto, 52,4% assume que é acessível sem dificuldade; relativamente ao acesso ao cemitério por uma pessoa com mobilidade condicionada, 71,4% dos/as participantes consideram acessível sem dificuldade. No que concerne ao acesso ao centro de saúde ou outro local de prestação de cuidados de saúde, 42,9% consideram não aplicável na sua área territorial.

O acesso à creche/jardim-de-infância e à escola E.B.1, E.B. 2.3 foi considerado acessível sem dificuldade com igual incidência de respostas (57,1%). O acesso à biblioteca e a museus e teatros a maior frequência assume não possuir esses espaços na sua freguesia, correspondendo a 71,4% e 66,7% respetivamente. Quanto ao acesso a equipamentos desportivos/campos de futebol/piscina pública cerca de metade (52,4%) assume que é acessível sem dificuldade; acerca do acesso ao mercado por uma pessoa com mobilidade condicionada 66,7% refere não possuir esse espaço na sua área territorial; e o acesso a lares/residências/centros de dia a maior incidência é acessível sem dificuldade (61,9%).

O acesso à estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem foi considerado não aplicável em 71,4% das respostas, contudo os restantes assinalam que é acessível sem dificuldade (28,6%). O acesso a cafés divide-se com igual incidência entre ser acessível só com ajuda e com dificuldade (38,1%). Quanto ao acesso ao supermercado/loja de conveniência embora em maior percentagem (33,3%) assumam ser acessível só com ajuda há igual incidência entre ser acessível sem e com dificuldade (28,6%).

O acesso a postos de combustível é considerado acessível sem dificuldade na sua maioria (71,4%). O acesso a bancos na maior percentagem (61,9%) é considerado não aplicável dado não existirem bancos na sua freguesia. No que concerne ao acesso por pessoa com mobilidade condicionada a multibancos 42,9% dos/as Presidentes de Junta dizem ser acessível sem dificuldade.

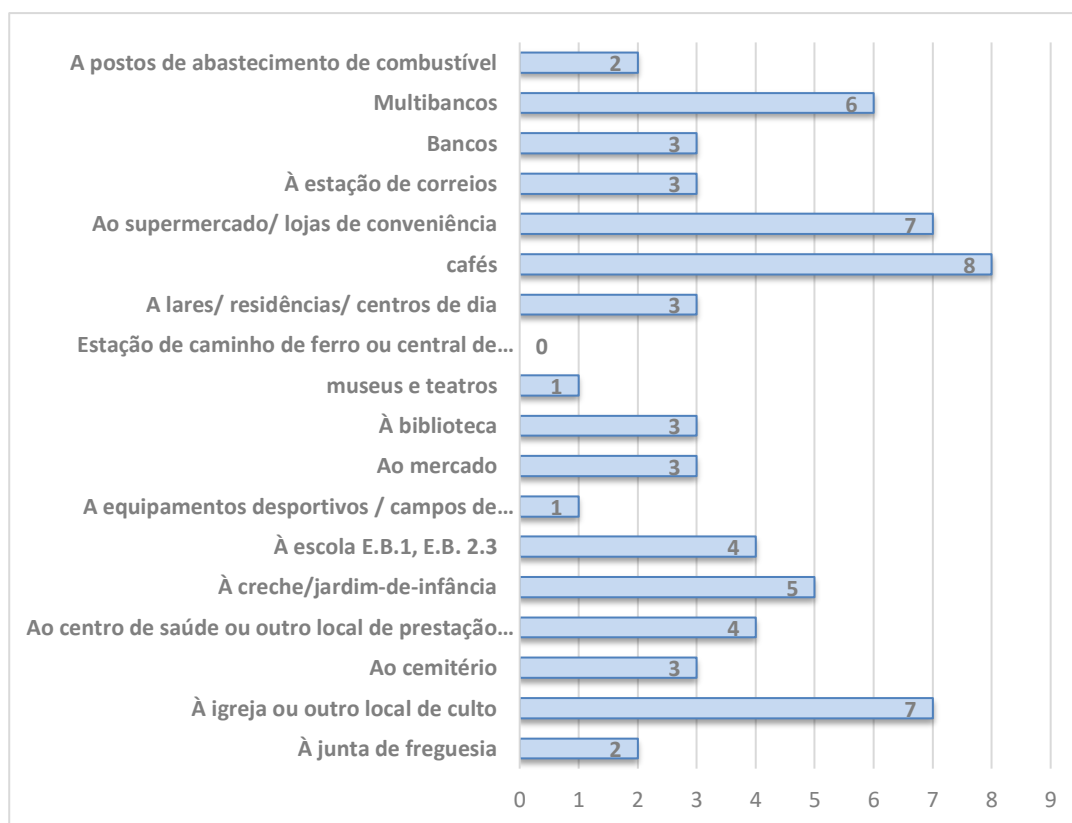
Note-se que os espaços que os/as Presidentes de Junta mais vezes referiram ser os acessíveis

sem dificuldade foram a junta de freguesia, o cemitério e os postos de abastecimento de combustível com 71,4% das respostas, seguidos dos lares/residências/centros de dia (61,9%). No entanto, houve alguns espaços que foram notificados por determinados/as Presidentes de Junta como não acessíveis para as pessoas com mobilidade condicionada: a junta de freguesia, a creche/jardim-de-infância, a escola E.B1, E.B 2.3, a equipamentos desportivos/campos de futebol/ piscina pública e a museus/teatros.

Pese embora estes dados, alguns destes espaços foram os que obtiveram uma percentagem de resposta elevada na categoria acessível sem dificuldade, como a junta de freguesia (71,4%), a creche/jardim-de-infância (57,1%), a escola E.B1, E.B 2.3 (57,1%), os equipamentos desportivos/campos de futebol/ piscina pública (52,4%). Revela que existem assimetrias importantes dado que alguns garantem todas as condições de acessibilidade e outros ainda permanecem totalmente não acessíveis. O acesso à estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem foi o único considerado acessível sem dificuldade, reunindo 28,6% das respostas, sendo que as restantes afirmam não ter esse espaço na sua freguesia (71,4%).

No gráfico seguinte apresentamos os locais acessíveis onde só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa.

Gráfico 2: Acesso para pessoas em cadeira de rodas/ mobilidade condicionada só com auxílio de uma terceira pessoa



Pela leitura do gráfico e das respostas dos/as Presidentes de Junta os locais que obtiveram maior percentagem na categoria acessível só com ajuda foram os cafés (38,1%), a igreja ou outro local de culto e o supermercado/loja de conveniência (33,3%) e os multibancos (28,6%). O acesso à estação de caminhos-de-ferro ou central de camionagem é o único que não requer auxílio de terceira pessoa.

2.6 Processo para a abolição de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada

No sentido de compreender de que forma as autarquias locais estão organizadas e quais as respostas que disponibilizam para pessoas com mobilidade condicionada na abolição de barreiras arquitetónicas e promoção da acessibilidade consideramos essencial avaliar os apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas em diversas áreas que são fundamentais para o desenvolvimento da vida diária e que têm elevado impacto no dia-a-dia das pessoas com mobilidade condicionada. A distribuição dos resultados relativos figura na tabela seguinte:

Tabela 18: Descrição da variável “Apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas”

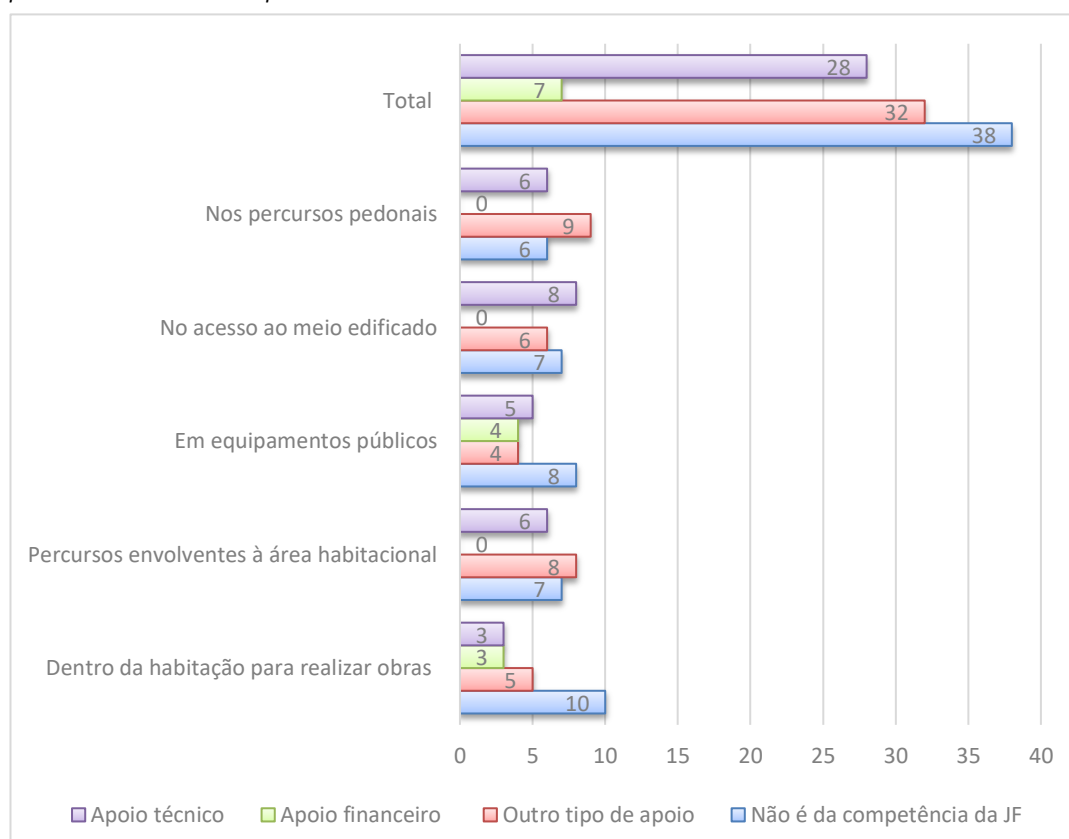
Dimensões	Apoio Técnico		Apoio Financeiro		Outro tipo de apoio		Não é da competência da junta de freguesia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nos percursos pedonais necessários à pessoa com mobilidade condicionada para o desenvolvimento e continuidade da sua vida diária	6	28,6	0	0,0	9	42,9	6	28,6	21	100
No acesso ao meio edificado	8	38,1	0	0,0	6	28,6	7	33,3	21	100
Nos percursos envolventes à área habitacional	6	28,6	0	0,0	8	38,1	7	33,3	21	100
Em equipamentos públicos	5	23,8	4	19	4	19	8	38,1	21	100
Para realizar obras dentro da habitação para facilitar a mobilidade	3	14,3	3	14,3	5	23,8	10	47,6	21	100

Para o efeito foram questionados/as sobre quais os apoios (técnico, financeiro ou outro) que as juntas de freguesia disponibilizam e, se consideram esta uma responsabilidade sua como Presidente de Junta. Quanto ao apoio que disponibilizam para eliminar barreiras arquitetónicas existentes nos percursos pedonais que são necessários para o desenvolvimento e continuidade da vida diária de uma pessoa com mobilidade condicionada 42,9% prestam outro tipo de apoio; para eliminar barreiras arquitetónicas existentes no acesso ao meio edificado para uma pessoa com mobilidade condicionada 38,1% concedem apoio técnico; para eliminar barreiras arquitetónicas nos percursos envolventes à área habitacional 38,1% referem prestar outro tipo de apoio.

Verifica-se que para eliminar barreiras arquitetónicas em equipamentos públicos a maior incidência é que não é da competência da junta de freguesia (38,1%) bem como assumem não ser da sua competência a realização de obras dentro da habitação da pessoa com mobilidade condicionada para fomentar a acessibilidade com uma percentagem de 47,6%.

Os diversos apoios que podem ser solicitados pelas pessoas com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas encontram-se resumidos no gráfico seguinte:

Gráfico 3: Apoios que podem ser solicitados pela pessoa com mobilidade condicionada nas juntas de freguesia para eliminar barreiras arquitetónicas



Pela análise do gráfico verificamos que a maioria ($N=38$) considera que não é da competência da junta intervir neste âmbito; sendo que os tipos de apoios que mais predominam nas respostas são o de outro tipo ($N=32$) e o técnico ($N=28$). O apoio financeiro é o mais escasso ($N=7$).

Somente há referência a apoio financeiro para realizar obras dentro da habitação e para eliminar barreiras arquitetónicas em equipamentos públicos e de destacar que não há menção a qualquer tipo de apoio financeiro para eliminar barreiras arquitetónicas existentes no acesso ao meio edificado, nos percursos pedonais que são necessários a uma pessoa com mobilidade condicionada para o desenvolvimento das suas atividades quotidianas e nos percursos envolventes à sua área habitacional.

Em síntese, pela análise dos dados, as barreiras arquitetónicas em que há mais apoios descritos, incluindo o financeiro, técnico ou outro tipo, são as que existem nos percursos pedonais que são necessários para o desenvolvimento e continuidade da vida diária de uma pessoa com mobilidade condicionada e em seguida em *ex quo* surgem os apoios para eliminar barreiras arquitetónicas nos percursos envolventes à área habitacional e no acesso ao meio edificado.

A promoção da acessibilidade é uma responsabilidade civil de cada um, mas também, não se pode excluir da responsabilidade profissional de algumas áreas como a medicina, a enfermagem, a fisioterapia e a assistência social dado que, decorrente da ação profissional, estão mais próximas das pessoas com mobilidade condicionada e conhecem as suas dificuldades.

Na tabela exposta a seguir apresentamos os resultados da variável Propostas de melhoria das condições de acessibilidade.

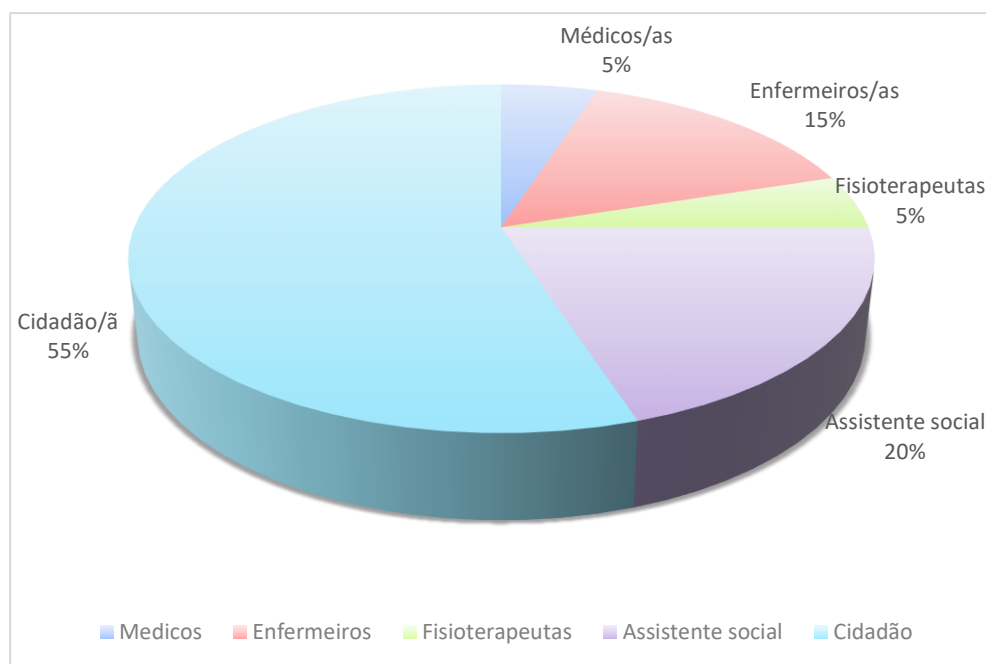
Tabela 19: Descrição da variável “Propostas de melhoria das condições de acessibilidade”

Dimensões	Sim		Não		Não me lembro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico/a	1	4,8	18	85,7	2	9,5	21	100
Enfermeiro/a	3	14,3	16	76,2	2	9,5	21	100
Fisioterapeuta	1	4,8	16	76,2	4	19	21	100
Assistente Social	4	19	15	71,4	2	9,5	21	100
Cidadão/ã	11	52,4	8	38,1	2	9,5	21	100

Numa ótica de responsabilidade coletiva consideramos importante perceber se há um compromisso por parte dos/as cidadãos/ãs e profissionais de saúde na eliminação de barreiras arquitetónicas através de pedidos e propostas de melhoria das condições de acessibilidade. Assim, questionados/as os/as participantes sobre se já lhes havia chegado uma proposta de melhoria das condições de acessibilidade por profissionais, as respostas recaíram no não, sendo a representação na sua maioria médico/a 85,7%; enfermeiros/as 76,2%; fisioterapeutas 76,2% e assistentes sociais 71,4%. No que diz respeito a propostas de melhoria apresentadas por um/a cidadão/ã 52,4% assinalam o sim.

As diversas propostas de melhoria para a acessibilidade encontram-se resumidos no Gráfico a seguir apresentado.

Gráfico 4: Propostas de melhoria para a acessibilidade



Pela análise do gráfico verificamos que quem mais apresenta propostas de melhoria das condições de acessibilidade nas juntas de freguesia são os/as cidadãos/ãs correspondendo a 55% dos pedidos, seguidos dos pedidos apresentados por assistentes sociais (20%) e dos/as enfermeiros/as (15%). Quem menos solicitou propostas de melhoria foram os/as médicos/as e os/as fisioterapeutas, com 5% cada.

Relativamente à questão aberta introduzida no final do questionário apenas três Presidentes de Junta utilizaram esse espaço para, essencialmente, darem conhecimento dos prazos em que alguns edifícios serão adaptados às pessoas com mobilidade condicionada, pormenorizaram as condições de acessibilidade de alguns equipamentos específicos e para

esclarecer sobre o que é a área territorial da junta de freguesia e as competências das câmaras e juntas de freguesia.

Em síntese, a amostra entre os dois municípios não é semelhante embora em relação à população de referência estejam em torno dos 50%. Cerca de três quartos dos/as Presidentes de Junta não tem conhecimento do número de pessoas com deficiência na sua freguesia, mas a maioria assume que estão numa posição estratégica para a promoção da acessibilidade e consideram que é extremamente importante a eliminação de barreiras arquitetónicas. Sobre a situação das autarquias face à acessibilidade arquitetónica a maioria não utiliza o símbolo internacional de acessibilidade no edifício da junta, mais de metade afirma que existem locais públicos com barreiras arquitetónicas na sua área territorial e a grande maioria realizou intervenções para eliminar barreiras arquitetónicas no mandato autárquico.

As áreas de intervenção nas quais realizaram eliminação de barreiras arquitetónicas foram na sua maioria em passeios e percursos pedonais, em passagens de peões (passadeiras) e no acesso a equipamentos (cemitério e mercado) e parques/jardins públicos.

As dificuldades sentidas para a eliminação de barreiras arquitetónicas as respostas incidiram maioritariamente entre o concordo e o não concordo nem discordo. Aquelas que encontraram maior percentagem no concordo e, portanto, dificuldades vivenciadas pelos/as participantes foram: a ausência de recursos financeiros (47,6%), com igual incidência (38,1%) o incumprimento da legislação, ausência de formação sobre a temática da acessibilidade e especificações do Decreto-Lei nº 163/2006, a ausência de apoio técnico para fundamentar o processo de tomada de decisão e com uma percentagem de 33,3% a ausência de participação dos/as cidadãos/ãs.

As barreiras arquitetónicas problemáticas no acesso a locais públicos com as quais os/as Presidentes mais concordaram foram em igual percentagem (42,9%) a existência de degraus, ausência de elevadores com medidas adequadas para pessoas em cadeira de rodas e de plataformas elevatórias, e com 38,1% o piso em mau estado de conservação e a ausência de instalações sanitárias adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada. Os balcões/guichets de atendimento com alturas elevadas apresentaram igual incidência para o não concordo nem discordo e o concordo (42,9%) com maior incidência no discordo encontramos os espaços públicos sem espaço livre adequado para a rotação da cadeira de rodas em 360°.

Relativamente à opinião sobre o cumprimento da legislação em vigor verificamos que na sua maioria o revestimento dos passeios apresenta uma superfície estável, durável e firme

(38,1%), cerca de metade refere que nos passeios não existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada, porém quando questionado se nos passeios existe uma zona específica para a colocação de mobiliário urbano, com igual incidência 38,1% surge o sim e o não.

As especificações relativas à escadaria na via pública nas diversas dimensões apresentadas não são cumpridas na sua totalidade, como por exemplo a faixa de aproximação nos degraus com revestimento de textura diferente e cor contrastante. Quanto às rampas na via pública a maior incidência é entre o não e o não na sua totalidade. Com a maior incidência (38,1%) referem a inexistência de abrigos de passageiros nas paragens de autocarro/elétrico.

As passagens de peões de superfície apresentaram a maior percentagem no sim relativamente à localização adequada dos sumidouros, à sinalização das passadeiras com cor e textura contrastantes e nos semáforos a botoneira encontra-se numa altura adequada e a relação entre o tempo do sinal verde aberto e a velocidade de travessia. Contudo, mais de metade refere que os semáforos não estão equipados com sinal sonoro que indica a travessia.

Quanto às passagens de peões desniveladas, a maior incidência encontra-se no não e não na sua totalidade. Também na dimensão percurso acessível no interior de edifícios a maior percentagem verifica-se no não na sua totalidade com exceção para o sim, com cerca de metade das referências, relativo à possibilidade da circulação de uma pessoa em cadeira de rodas nos espaços comuns no interior de edifícios. Por último, as especificações para a dimensão relativa aos ascensores e plataformas em edifícios e estabelecimentos em geral em mais de metade não são cumpridas.

Os percursos em espaços públicos identificados como acessíveis sem dificuldade com maior percentagem (71,4%) foram ao edifício da junta, ao cemitério e a postos de abastecimento de combustível, salientando que de todas as juntas que possuem uma estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem estas são acessíveis sem dificuldade. Persistem espaços públicos totalmente não acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada como museus e teatros, creches e escolas, equipamentos desportivos e juntas de freguesia.

Os apoios que podem ser solicitados pelas pessoas com mobilidade condicionada para a abolição de barreiras arquitetónicas com maior incidência verifica-se nos percursos pedonais e nos envolventes à área habitacional sendo o predomínio de outro tipo de apoio, de seguida encontramos o apoio técnico para eliminação de barreiras arquitetónicas no acesso ao meio edificado. Relativamente à eliminação de barreiras arquitetónicas em equipamentos públicos e para realização de obras dentro da habitação da pessoa a maior percentagem refere não

ser competência da junta. O apoio financeiro é o mais escasso.

As propostas de melhoria das condições de acessibilidade foram em mais de metade apresentadas por cidadãos/ãs, sendo que os profissionais na sua maioria não apresentaram propostas de melhoria o que denota necessidade de maior envolvimento nestas questões.

É importante o envolvimento das autarquias na mobilização de energias para a promoção da acessibilidade arquitetónica para as pessoas com mobilidade condicionada. O poder local tem muitas potencialidades e o fomento do desenvolvimento social é uma delas. A participação dos/as cidadãos/ãs deve ser tida em linha de conta aquando do planeamento para que o seu destino não seja impositivo, mas sim participativo através de sinergias locais e do desenvolvimento de uma cultura de envolvimento social (Fernandes, 1997; Condesso, 2005).

3. FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES PARA A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Os métodos mistos e, mais concretamente, o desenho convergente paralelo assentam num paradigma e numa visão pragmática do mundo no qual o foco está nas consequências da investigação e especialmente na resposta às questões de investigação (Creswell, et al., 2011).

A investigação realizada foi orientada para perceber como respondem as autarquias locais, ao nível dos seus órgãos executivos, na eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na perspetiva dos vários intervenientes neste processo, ou seja, dos/as Presidentes de Junta e dos/as Responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios.

Uma vez que se trata de um estudo por métodos mistos chegamos ao ponto de interface, no qual os dados são misturados/integrados, ou seja, trata-se da inter-relação explícita dos dados obtidos através da componente quantitativa e qualitativa e tem como objetivo combinar e integrar os dados do estudo procurando que seja ilustrativa da perspetiva de ambas (Creswell, et al., 2011) e, confrontar com outros estudos de representações teóricas.

A integração dos dados colhidos teve como fio condutor procurar responder aos objetivos e às questões de investigação preconizados para a investigação, comparando os dois tipos de dados numa perspetiva de complementaridade (Driessnack, et al., 2007; Creswell, et al., 2011; Bryman, 2012) proporcionando uma compreensão profunda e abrangente sobre a eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada ao nível das câmaras e juntas para autarquias inclusivas que passamos a analisar.

Relativamente às características sociodemográficas podemos verificar que a participação feminina no nosso estudo é reduzida, sendo que relativamente à presidência da junta de freguesia contamos apenas com uma mulher na representação da política local (4,8%) e uma com funções no departamento da acessibilidade. A baixa representação é uma evidência nacional, contudo recordamos que em 2006 foi aprovada a Lei da Paridade que previa uma representação mínima de 33,3% de cada um dos sexos nas listas de candidaturas

apresentadas para a Assembleia da República, para o Parlamento Europeu e para as autarquias locais para promover a paridade de género (Lei Orgânica n.º 1/2017, 2006).

Neste contexto, verificamos que em 2013 apenas 23 câmaras municipais tinham na sua presidência mulheres correspondendo a 7,5% (CIG, 2017; Saraiva, 2017). Em 2013, a participação feminina na presidência das juntas de freguesia foi de 26,1% (Tavares, et al., 2013).

Relativamente às habilitações académicas, os resultados obtidos são concordantes com os nacionais, ou seja, predominam os/as Presidentes de Junta com habilitações ao nível do ensino secundário (47,6%) e com licenciatura (23,8%) sendo que os restantes possuem entre o 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo (Tavares, et al., 2013). Verificamos ainda que dos/as inquiridos/as que assumem responsabilidade no departamento da acessibilidade dos Municípios, o nível de habilitações académicas varia entre a licenciatura, o mestrado e o doutoramento.

No que respeita à idade dos/as Presidentes de Junta em média têm 55 anos sendo que a média nacional é de 48 anos. Por outro lado, também afirmam que o cargo de presidência apresenta uma estrutura etária mais envelhecida, em relação aos outros cargos da freguesia, o que também constatamos na nossa amostra na qual os grupos etários de 51-60 e Mais de 61 anos (71,4%) são os que representam uma maior percentagem da amostra (Tavares, et al., 2013).

Na atividade censitária de 2011 a principal dificuldade declarada foi a limitação no andar com uma expressão de 25% das respostas nas pessoas com cinco ou mais anos e, nas pessoas com 65 ou mais anos de 27%. A segunda maior dificuldade assumida foi a dificuldade em ver, apesar do uso de dispositivos de compensação (INE, 2012). Para pessoas com deficiência ou mobilidade condicionada (definitiva ou transitória) que, como vemos pelos dados têm uma expressão significativa na população, as barreiras arquitetónicas podem fazer diferença entre a exclusão e a participação social (Gamache, et al., 2017).

Na investigação realizada por Caseiro (2013) com o objetivo de compreender junto de jovens com espinha bífida e dos/as pais/mães o processo de construção da autonomia e quais os fatores que intervêm, as barreiras arquitetónicas sobressaem como os fatores que dificultam as atividades de vida diária e assim a independência destes/as jovens.

Ao abrigo da Lei n.º 46/2006, que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência, no ano de 2016 registou-se um aumento para o dobro nas queixas relacionadas com a matéria das acessibilidades ao meio edificado correspondendo à segunda principal queixa 26%, sendo

a primeira queixa a limitação do exercício de direitos, com uma percentagem de 30% (INR, 2017).

Para Falcato (2017) as autarquias encerram em si um papel importante para a eliminação de barreiras arquitetónicas no sentido de promover a inclusão de pessoas com deficiência. Também para Cruz (Cit. por Sousa, et al., 2015) o município é uma entidade governativa que está mais próxima das pessoas e à qual podem recorrer para solucionar algumas barreiras arquitetónicas; logo, as autarquias têm um grande destaque naquilo que é a promoção de um ambiente favorável, acessível e livre de barreiras para todos.

Questionamo-nos se os/as Presidentes de Junta reconhecem importância ao seu papel na eliminação das barreiras arquitetónicas nos espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos da sua área de atuação? No nosso estudo os/as Presidentes de Junta na sua maioria consideram extremamente importante a eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada; a maioria concorda (42,9%) e concorda totalmente (52,4%) que as juntas de freguesia têm uma importância estratégica na promoção da acessibilidade devido à posição estratégica que ocupam nas *“questões relacionadas com a promoção da acessibilidade (...)”* (E3) já que estas são *“(...) mais conhecedoras da realidade da freguesia”* (E3).

Os/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios salientam ainda que as juntas são *“(...) um elemento chave no diagnóstico dos problemas locais”* (E3) podendo funcionar como um canal de informação, ou seja, *“(...) O primeiro posto de reclamação é a junta e então são canalizadas as coisas”* (E1) e como caixa de sugestões *“Por exemplo, esta coisa de nós percebermos que eles podiam ser uma caixa de queixas, sugestões ou insultos”* (E1).

Contudo, apesar de concordarem com a importância das juntas na promoção da acessibilidade e, de atribuírem pertinência ao papel do/a Presidente de Junta porque *“(...) eles vão percebendo quais são as dificuldades reais das pessoas e as pessoas vão perdendo a mobilidade”* (E1) ainda há incerteza relativa à apropriação deste papel pelos/as Presidentes de Junta uma vez que um/a participante refere *“(...) não tenho a certeza, que elas desempenhem neste momento esse papel”* (E1) aliado ao facto que um/a Presidente de Junta diz discordar que as juntas tenham uma posição estratégica para a promoção da acessibilidade.

Apesar de assumirem a importância da eliminação de barreiras arquitetónicas apenas quase um quarto (23,8%) conhece quantas pessoas com deficiência vivem na sua freguesia o que

demonstra envolvimento e preocupação *“Conhecemos as pessoas, sabemos onde reside”* (E5). Porém, mais de três quartos (76,2%) não sabe, mas quanto à insensibilidade política para as questões da acessibilidade como uma dificuldade a maioria discorda e discorda totalmente.

Na realidade dos/as participantes no nosso estudo mais de metade (66,7%) declara que ainda subsistem locais públicos com barreiras arquitetónicas. Estes dados são corroborados por um estudo que avaliou as barreiras arquitetónicas no acesso a 20 edifícios públicos, com diferentes tipos de utilização revelando que 50% dos edifícios não era acessível (Almeida, et al., 2008).

No Relatório das Nações Unidas sobre o direito à habitação e à vida nas cidades para pessoas com deficiência é salientado que as autarquias locais têm extrema relevância no desenvolvimento de planos que garantam o acesso sem barreiras arquitetónicas a serviços e espaços públicos no sentido de promover a vida independente das pessoas com mobilidade condicionada (Szporluk, et al., 2015), contudo no nosso estudo verificamos que apenas 71,4% dos/as Presidentes de Junta considera os edifícios das juntas acessíveis sem dificuldade.

No Decreto-Lei nº 163/2006 é sugerida a utilização do símbolo internacional de acessibilidade. Contudo, a sua utilização ainda não é generalizada, sendo que nas juntas ele não está presente em 95,2% dos casos e, relativamente às câmaras em questão no estudo numa afirmam que existe, porém na outra não *“Não tem que ter e não sei se é um código entendível (...) mas podia ter”* (E1). Num estudo realizado em 27 escolas do município de Chapecó, no qual avaliaram o ambiente externo e interno das escolas relativamente às condições de acessibilidade, registaram que em nenhuma escola foi observada a presença deste símbolo (Gallo, et al., 2013).

Também nos interrogamos sobre quais as barreiras arquitetónicas que os/as Presidentes de Junta identificam na sua freguesia como problemáticas para o acesso a locais públicos para pessoas com mobilidade condicionada?

Os/as Presidentes de Junta ainda identificam na sua área territorial com uma concordância de 42,9% a existência de degraus, a ausência de elevadores sem medidas adequadas para pessoas em cadeira de rodas e de plataformas elevatórias e, com 38,1% os pisos em mau estado de conservação e ausência de instalações sanitárias adaptadas para pessoas com mobilidade condicionada. Num estudo realizado a cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral desenvolvido por Pereira, et al. (2011) obtiveram um resultado que confirmam estas barreiras arquitetónicas também como as mais problemáticas.

Em contrapartida, também fica espelhado o empenho em eliminar algumas barreiras arquitetónicas, dado que com maior incidência os/as Presidentes de Junta discordam que os lugares de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada não possuam as medidas adequadas (28,6%) e que os espaços públicos não possuam espaço livre para a rotação de uma cadeira de rodas em 360° (33,3%).

Uma vez que permanecem locais públicos com barreiras arquitetónicas e, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é vincado o compromisso, do governo local no sentido de promover a acessibilidade na comunidade (RAR nº56/2009) constatamos que a maioria (95,2%) dos/as Presidentes de Junta revela ter realizado intervenções para eliminar barreiras arquitetónicas e apenas um assumiu não ter realizado nenhuma intervenção. Num estudo sueco sobre como a acessibilidade era implementada ao nível municipal, com uma amostra de 188 participantes, 55% também referem ter implementado medidas para a acessibilidade (Wennberg, et al., 2009).

Assim, questionamos-nos sobre quais as intervenções que os/as Presidentes de Junta referem ter realizado no sentido de eliminar as barreiras arquitetónicas existentes para as pessoas com mobilidade condicionada no seu mandato autárquico?

Dos/as que declararam ter realizado as principais áreas de intervenção vão de encontro às competências específicas das juntas, nomeadamente na gestão e manutenção de parques infantis públicos, cemitério, arruamentos e pavimentos pedonais (Decreto-Lei nº75/2013), e correspondem também às barreiras arquitetónicas que os/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade consideram ser da responsabilidade do/a Presidente de Junta eliminar.

As barreiras arquitetónicas mais intervencionadas foram passeios e percursos pedonais acessíveis (80%) *“(…) quando se requalificam ruas ou avenidas, tem havido a preocupação de se construir passeios pedonais” (E5)*; passadeiras (75%) dado que o *“(…) o mais simples de fazer é o rebaixamento. É uma pequena obra. É só pegar no lancil, baixar e rematar o passeio” (E1)*, o acesso a equipamentos como cemitério e mercado (70%) *“Os edifícios públicos, propriedade do Município, construídos recentemente, estão todos adaptados” (E3)* e o acesso a parques e jardins públicos (70%) já que referem que tem havido um esforço em *“(…) eliminar todas as entraves aos espaços verdes, aos passeios pedonais” (E5)*.

Para Bárrios, et al. (2014) o poder local, ou seja, as autarquias, encontram-se dotadas de competências e recursos específicos que lhes permitem medidas de planeamento contribuindo para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das populações, em

virtude da sua proximidade com as pessoas e num vasto sentido de responsabilização social difusa.

Mas, uma vez que as barreiras arquitetónicas são uma realidade no meio físico questionamo-nos sobre quais os constrangimentos que os/as Presidentes de Junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas?

Numa perspetiva transversal uma das dificuldades encontradas para a eliminação de barreiras arquitetónicas, e que emergiu da análise dos discursos dos/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios, prende-se com a compreensão do que é a diversidade do meio físico uma vez que há barreiras arquitetónicas que irão permanecer porque *“(…) não conseguimos rebaixar ruas, ou rebater ruas, elas são o que são, são muito inclinadas, a estratégia tem que ser ao contrário, temos que ajudar a pessoa que vai utilizar a rua, a utilizá-la mais confortavelmente, ela vai ser assim” (E1)*, assim como as barreiras ocultas muitas vezes só reconhecidas por quem vivencia mobilidade condicionada.

Para minimizar este facto o momento de elaboração ou revisão do PDM e de outros instrumentos municipais é fundamental na orientação de todos os segmentos que operam na construção e planeamento das cidades; tal como refere Júnior, et al. (2013b) num estudo desenvolvido com o objetivo de discutir a acessibilidade do idoso ao centro da cidade de Caratinga. Este momento de planeamento numa cidade é essencial para definir e planear estratégias de acessibilidade nas autarquias, uma vez que, nessa fase que se define a localização de infraestruturas e equipamentos coletivos, podendo evitar alguns constrangimentos inerentes à própria hostilidade do meio físico.

O planeamento assume outra dimensão relativamente a um constrangimento com o qual cerca de metade dos/as Presidentes de Junta concorda (47,6%) a ausência de recursos financeiros de que dispõem; facto também relatado pelos/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade dos municípios *“(…) é muito por oportunidades de orçamentos” (E1)* contudo também referem que *“(…) o Município está (...) disponível a apoiar, mediante disponibilidade orçamental, as juntas de Freguesias” (E3)*. A construção de equipamentos municipais cumprindo a legislação e os princípios do desenho universal, logo que integrados na fase de planeamento, por exemplo, de um parque infantil ou equipamento desportivo poderão economizar recursos a longo prazo (Government of Ontario, 2015).

Os/as Presidentes de Junta não concordam nem discordam com a ausência de recursos humanos qualificados, mas concordam com a ausência de apoio técnico para fundamentar o processo de tomada de decisão (38,1%) apesar de ao nível do município considerarem que

“(…) têm facilidade de aceder ao apoio técnico dos profissionais para tomar as melhores decisões” (E3). Também salientam o apoio informativo através de “(...) sessões e eventos de formação sobre um determinado tema”(E1) apesar de ter sido uma dificuldade documentada pelos/as Presidentes de Junta.

O incumprimento da legislação em vigor sobre a acessibilidade é outra dificuldade exposta pelos/as Presidentes de Junta sendo que 38,1% concorda; porém 42,9% não concorda nem discorda com a falta fiscalização do cumprimento das normas técnicas de acessibilidade. A ausência de formação sobre a temática da acessibilidade e sobre as especificações do Decreto-Lei nº 163/2006 são constrangimentos vivenciados, com igual incidência no concordo (38,1%), porque tem tantas especificações e inovações significativas que geram por vezes dificuldade de interpretação o que justificou a necessidade de criar um instrumento clarificador da legislação o "Guia Acessibilidade e Mobilidade para Todos" (INR, 2010).

Ao longo desta discussão abordamos outros constrangimentos referidos pelos/as Presidentes de Junta dado estarem intimamente relacionadas com as demais questões.

De acordo com o Decreto-Lei nº 163/2006 quisemos saber qual a perspectiva dos/as Presidentes de Junta relativamente às barreiras arquitetónicas existentes na sua autarquia? Uma vez que, pela aplicação do Decreto-Lei nº 163/2006, era expectável que em Fevereiro de 2017 não existissem barreiras arquitetónicas em locais de uso público dado terminar o prazo para adaptação dos espaços (edifícios, estabelecimentos e equipamentos de utilização pública cuja data de construção era anterior a 1997).

No sentido de compreender os processos e significados atribuídos pelas pessoas com deficiência em relação à acessibilidade urbana Lima, et al. (2013) realizaram uma pesquisa com pessoas em cadeira de rodas na qual verificaram que para os/as participantes era fundamental a condição das vias urbanas no sentido de lhes permitir uma vida mais autónoma, contudo essa está condicionada devido às condições precárias pela falta de manutenção e construção inadequada das ruas e das rampas. No estudo levado a cabo por Júnior, et al. (2013b) 84 dos/as participantes (32,9%) referem já ter tido uma queda na via pública decorrente na sua maioria de pisos escorregadios em mau estado de conservação.

No nosso estudo os/as Presidentes de Junta atestaram com igual percentagem (38,1%) o sim e o não na sua totalidade relativamente às condições dos passeios da via pública permitirem andar de forma segura para uma pessoa em cadeira de rodas, com carrinho de bebé ou canadianas, para 38,1% o revestimento do piso dos passeios tem uma superfície estável, durável e firme, contudo quando perguntamos se o piso é contínuo e as juntas têm uma

profundidade não superior a 0,005m as respostas dividem-se com igual percentagem para o sim e o não na sua totalidade (33,3%).

No estudo de Pagliuca, et al. (2007) sobre as condições de acesso à área interna de quatro hospitais da cidade de Sobral verificaram que os pisos não possuíam estas características; esta questão é importante já que em 6,3% das quedas nas pessoas idosas se deve a pisos em mau estado de conservação (Guerra, et al., 2016).

No estudo de Abreu, et al. (2015) acerca das características e as condições de saúde das pessoas idosas que sofreram quedas e as características das quedas sofridas apesar de a maior percentagem de quedas na pessoa idosa ser dentro do domicílio (61%), mais de um terço ocorreram fora do ambiente domiciliário (39%) e destes, 62% relataram ter caído na via pública (rua e calçada) e em 97% dos casos sofreram algum tipo de lesão com a queda.

A presença de mobiliário urbano na via pública constitui em si um obstáculo e um perigo à sua utilização pedonal por uma pessoa com mobilidade condicionada sendo que, mais de metade (52,4%) dos/as Presidentes de Junta admite que nos passeios não existem obstáculos à circulação de uma pessoa com mobilidade condicionada, contudo quando questionados/as sobre a existência de zonas específicas nos passeios para colocação de mobiliário urbano as repostas sim e não assumem a mesma percentagem (38,1%). Este item tem especial relevo dado que nas pessoas idosas ir contra objetos e tropeçar em 30,61% é causa da ocorrência da queda (Barbosa, et al., 2014).

Numa investigação realizada sobre qual a perceção e experiência sobre os problemas relacionados com a mobilidade para pessoas cegas na Irlanda, quando questionados sobre os obstáculos existentes na via pública que dificultam a sua mobilidade 21% referem o mobiliário urbano como um dos fatores que afeta a sua mobilidade (Mac Cobb, 2013). Num outro estudo com pessoas idosas 66,3% referiram como maiores problemas nos passeios são os obstáculos que encontram, como bancas de lojas, esplanadas ou obras (Júnior, et al., 2013b).

No estudo de Mac Cobb (2013) um outro aspeto fundamental foi assinalado por um dos participantes; o perigo que alguns obstáculos representam na via pública para pessoas cegas, explicava que os carros estacionados nos passeios, mesmo junto às paredes não restando espaço para uma pessoa passar obriga, com todos os riscos que essa ação acarreta, a que tenha que ir para a estrada para o poder contornar. Esta realidade também é visível para os/as participantes no nosso estudo tendo sido referida a ocupação abusiva dos passeios (33,3% concordam).

Num estudo realizado por Júnior, et al. (2013a) que avaliou a perceção das pessoas com deficiências visuais sobre as condições de acessibilidade na cidade de Manaus é relatado que essas pessoas, em ordem da sua condição, sentem que sair de casa se torna um risco à sua integridade física dado que o meio ambiente possui perigos, muitas vezes ocultos para as pessoas que não experienciam nenhum tipo de mobilidade condicionada.

Na realidade dos/as Presidentes de Junta é exposta esta realidade, uma vez que, a maioria refere que os semáforos não têm mecanismos que emitam sinal sonoro para indicar a travessia (61,9%) e, as passadeiras não têm ou não têm na sua totalidade os limites assinalados com textura ou cor contrastante, com uma percentagem de resposta de 38,1%, respetivamente.

Num estudo realizado por Mac Cobb (2013) com pessoas cegas 21% das pessoas referiram a falta destes dois elementos o que constitui um perigo para elas referindo medo das quedas acidentais. Também num estudo sobre as condições de acessibilidade em hospitais no município de João Pessoa verificaram que os semáforos na área externa do hospital não possuíam sinal sonoro para indicar a travessia (Azevedo, et al., 2015).

Também a altura do lancil em toda a largura das passadeiras não cumpre na sua totalidade as especificações (38,1%) e assim apresenta-se como um risco para pessoas com mobilidade condicionada tal como registado no estudo de Mac Cobb (2013) que, quando questionadas sobre as dificuldades que encontram quando têm que atravessar a rua apontam a altura do lancil dos passeios dado que não é toda igual. De salientar que a generalidade dos/as Presidentes de Junta refere que os sumidouros estão em locais que permitem o rápido escoamento das águas pluviais, o que poderia representar um risco de queda para uma pessoa invisual ou idosa, dado que 44,9% das quedas na pessoa idosa se deve a pisos escorregadios (Barbosa, et al., 2014).

Relativamente à dimensão escadaria na via pública quando questionamos os/as Presidentes de Junta sobre este tópico nenhum dos itens apresentados cumpre na sua totalidade as especificações legais. Os corrimãos na escadaria da via pública (para desníveis superiores a 0,4m) não possuem na sua totalidade corrimão de ambos os lados (42,9%) e também não estão à altura correta (33,3%). Os degraus das escadas, não cumprem na sua totalidade as diferentes relações dimensionais especificadas.

A ausência de corrimãos é uma barreira para os cuidadores de crianças com paralisia cerebral (Pereira, et al., 2011), mas também para uma pessoa idosa ou invisual que necessita de apoio para subir/descer a escadaria, mas, acima de tudo, porque ajuda a indicar o percurso, dando

uma orientação do caminho a seguir. Pagliuca, et al. (2007) também atestaram que, no acesso à área interna dos hospitais da cidade de Sobral, na sua maioria não existiam corrimãos de ambos os lados das escadas nem se encontravam à altura correta. Num outro estudo sobre a acessibilidade no Campus de São Carlos, constataram que no acesso ao restaurante universitário a maioria dos/as participantes referiu a existência de degraus irregulares e com tamanhos diferentes (Emmel, et al., 2010).

No Decreto-Lei nº 163/2006 recomendam que não existam escadas, contudo as cotas dos edifícios são superiores às do passeio, por isso, quando a mudança de nível é inevitável aconselham a complementar o acesso por rampas, ascensores ou plataformas elevatórias segundo determinadas especificações.

Os edifícios de uso público com mais de um piso na generalidade dos/as participantes do nosso estudo não possuem plataformas elevatórias para vencer desníveis (66,7%). Esta realidade também foi identificada num estudo desenvolvido por Novo (2015) no qual avaliou os problemas e desafios de acessibilidade na Rede de Bibliotecas Municipais de Lisboa e, também na maioria dos casos, verificaram a inexistência de plataformas elevatórias. Também de salientar que no nosso estudo os elevadores não possuem as dimensões adequadas para serem utilizados por uma pessoa em cadeira de rodas (57,1%).

Na realidade dos/as participantes do nosso estudo nem sempre existem formas de vencer desníveis na via pública (42,9%). A inclinação das rampas é outra característica que na realidade dos/as participantes do nosso estudo não cumpre totalmente o especificado no diploma legal possuindo inclinação superior ao estipulado (28,6%) o que também é referido pelos/as participantes do estudo de Lima, et al. (2013) uma vez que assumem que as rampas por vezes são tão íngremes que têm que contar com a ajuda de terceiros.

A acessibilidade arquitetónica para uma pessoa em cadeira de rodas é um fator primordial para a sua independência e integração social dando-lhes igual oportunidade para se deslocar e usufruir dos mesmos espaços e serviços sem dependerem da ajuda de terceiros (Carvalho, 2008). No estudo de Machado, et al. (2010) sobre a dependência funcional de homens adultos com lesão medular ao nível cervical no convívio com seus pais/cuidadores identificaram o medo, futuro incerto e perda dos pais. Ao ficarem sós e não terem a quem recorrer, aliado ao facto das sequelas incapacitantes que possuem os limitar nas suas atividades diárias, torna-os mais ou menos dependentes de terceiros para se movimentarem.

Também na realidade dos municípios do nosso estudo ainda permanecem muitos espaços e equipamentos de uso público nos quais têm que contar com a ajuda de terceiros uma vez

que em muitos espaços, com maior percentagem, só é acessível com ajuda, como cafés (38,1%) e supermercados/loja de conveniência (33,3%). O único espaço acessível sem dificuldade foi a estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem. Excluindo os espaços considerados como não existentes, os restantes foram com maior incidência considerados como acessíveis sem dificuldade, mas permanecem inacessíveis o edifício da junta (9,5%), creche, escolas, equipamentos desportivos, museus e teatros (respetivamente 4,8%).

No estudo de Lima, et al. (2013) uma participante referiu que não sai de casa sozinha porque tem medo quanto ao que pode encontrar e o estado do espaço físico da cidade o que intensifica a sua dependência. Outros/as relatam que saem sozinhos/as, mas que dependem de pessoas que encontram na rua para ajudar a ultrapassar algumas barreiras. Um participante assume que sente mesmo vergonha quando tem que ser transportado por alguém para subir umas escadas. Noutra realidade também é evidenciada a necessidade de pedir ajuda para aceder a espaços públicos inacessíveis a uma pessoa em cadeira de rodas sendo que no Quénia as pessoas sentem-se obrigadas a pagar a quem as ajudava (Williams, et al., 2017).

As barreiras arquitetónicas nos espaços de uso público aumentam a dependência, a exclusão e o isolamento social e é inquestionável que elas ainda estão muito presentes quer na via pública quer em edifícios/estabelecimentos que recebem público logo, no cotidiano das pessoas com mobilidade condicionada. Por isso, é também importante procurar saber como estão os municípios organizados para a eliminação de barreiras arquitetónicas? Para o efeito importa conhecer as condições para a tomada de decisão nestes municípios e as ferramentas de que dispõem. Segundo Rodrigues (2011) mais importante do que o poder de decisão é o controlo sobre as ações e aquilo que as autarquias efetivamente realizam.

Para que este processo se desencadeie é fundamental uma consciencialização para a problemática da acessibilidade. Esta é destacada pelos/as responsáveis dos departamentos da acessibilidade dado que é essencial para a mudança, para uma transição de um estado para outro (Meleis, et al., 2000) e tal parece acontecer dado que a câmara tem a “(...) preocupação em sensibilizar e apelar às juntas de freguesia para esta problemática” (E4). Porém, os/as Presidentes de Junta com a maior incidência não concordam nem discordam (28,6%) com a insensibilidade política para questões da acessibilidade.

A autonomia de decisão para a implementação de medidas de promoção de acessibilidade também é identificada e referem que “As Juntas de Freguesia têm autonomia para

implementar alterações que considerem relevantes para a promoção da acessibilidade na sua freguesia” (E3) e têm “(...) competências próprias e um orçamento próprio podendo decidir autonomamente” (E3). Ainda assim, quando questionados/as se a clara atribuição das suas competências eram uma dificuldade no seu dia-a-dia a maior percentagem (28,6%) não concorda nem discorda.

Quando perguntámos aos/às Presidentes de Junta sobre se a ausência de uma política de partilha de poder decisório entre as juntas e as câmaras na sua maior incidência (33,3%) não concordaram nem discordaram, mais, referem ser referência no processo dado que “(...) *no meu caso em concreto sou sempre consultado” (E5) e consideram haver uma “(...) partilha de decisão quanto às acessibilidades” (E4).*

Porém na realidade de um/a dos/as participantes é manifesta a ausência de uma relação formal entre as juntas e a câmara uma vez que considera que a realização de intervenções são “(...) *um bocado casuístico ou porque nós detetamos alguma falha” (E1)* (trabalhando mais com a área que está mais próxima). Fica clara a necessidade de construção de relações de maior proximidade entre a câmara, as juntas e o/a Presidente de Junta, pela clara definição dos níveis de decisão na autarquia já que “(...) *quem aparentemente tem alguma decisão é a X a partir daí temos de ir para o nível seguinte pedir permissão. Há delegações de poder, sim, mas limitadas” (E1).*

Para facilitar e sistematizar o processo de eliminação de barreiras arquitetónicas também foi salientado por um/a responsável do departamento da acessibilidade a importância da criação de uma macroestrutura de gestão da informação “(...) *que receba estas informações todas (...)*” (E1) para posteriormente tratar esses dados e em articulação com os vários departamentos e organismos possa planear e realizar intervenções.

Para que tal aconteça é fundamental uma estratégia concertada entre câmara, junta e Presidente de Junta na área da acessibilidade uma vez que refere que “*Com a acessibilidade., não tenho bem a certeza de que haja uma política concertada (...)*” (E1) para que ao “*coordenar com todas as Juntas de Freguesia o cumprimento da legislação” (E1)* os espaços sejam confortáveis para todos e não apenas um *checklist* de intervenções realizadas através de medidas avulso. Teles (2012) refere que a ausência de legislação que obrigue à elaboração de planos municipais de acessibilidade e a falta de articulação entre os vários serviços técnicos nas autarquias são um obstáculo à promoção da acessibilidade arquitetónica.

No estudo de Wennberg, et al. (2009) verificaram que os municípios que possuíam planos de acessibilidade lhes permitia implementar medidas de forma mais eficaz comparativamente com os outros municípios que não tinham algum plano.

Um outro aspeto relevante na organização dos municípios para a eliminação de barreiras arquitetónicas nas autarquias, introduzido pelo Decreto-Lei nº 163/2006, é a atribuição de um mecanismo importante às câmaras municipais e que passa pelo licenciamento e autorização de obras sendo indeferidas quando não cumprem as condições de acessibilidade exigíveis. O processo de licenciamento de obras emerge da análise dos discursos e referem que “(...) *há realmente alguns pedidos rejeitados e com proposta de indeferimento por não cumprimento do 163*” (E1) e como já verificamos o incumprimento da legislação foi uma dificuldade referenciada pelos/as Presidentes de Junta.

Mas como compreender a permanência de edifícios públicos em incumprimento? A justificação pode passar pela possibilidade que a legislação concede aos órgãos da administração pública central, regional e local, dos institutos públicos que não necessitam de licenciamento ou autorização camarária, podendo certificar o cumprimento das normas legais através de um termo de responsabilidade (Decreto-Lei nº 163/2006) e pela forma como a fiscalização do cumprimento das normas está organizada.

A fiscalização está dividida entre três entidades: o INR (entidades da administração pública central e dos institutos públicos) a Inspeção-Geral de Finanças (entidades da administração pública local) e a câmara municipal (em relação aos deveres impostos aos particulares, aos licenciamentos e autorizações de obras e a comunicação às entidades administrativas competentes das situações de incumprimento das normas técnicas) (Decreto-Lei nº 125/2017)⁷.

Outra face do problema é apontada pela Comissão sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência sobre o Relatório inicial de Portugal no qual expõem que a legislação vigente não confere distinção entre o órgão que licencia e que fiscaliza e que, as sanções sobre o incumprimento das normas de acessibilidade são raras o que permite a permanência de barreiras arquitetónicas em edifícios públicos (Comité da ONU dos Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência, 2016). Muitas vezes as câmaras são as entidades licenciadoras de

⁷ Segunda alteração efetuada ao Decreto-Lei nº 163/2006 que procede à atualização da designação das entidades com competências de fiscalização e sancionatórias.

obras e fiscalizadoras do cumprimento da legislação o que gera ineficácia no processo de cumprimento do disposto legal (Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, 2016).

Para a decisão ser fundamentada é preciso que os/as vários/as decisores/as tenham uma visão clara daquilo que devem realizar daí que um/a participante considera importante a definição clara da estratégia política na área da acessibilidade nas autarquias “(...) *embora as Juntas de Freguesia tenham o poder de pressão, claro, para se fazer cumprir um Decreto-Lei, mais uma vez é obrigatório*” (E1) e assume que é essencial “(...) *criar rede porque existem muitas ilhas de acessibilidade*” (E1).

A importância de políticas inclusivas nas autarquias emerge da análise dos discursos e relatam a ausência de representação de pessoas com deficiência/mobilidade condicionada nos órgãos de decisão do município dado que “(...) *não têm poder/representação no processo de tomada de decisão no município*” (E2); na realidade dos/as Presidentes de Junta não concordam nem discordam com a ausência de participação destas associações.

No relatório enviado para o Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU sobre a implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal foi revelado que não há informação disponível sobre o envolvimento das organizações representativas das pessoas com deficiência e recordam que as suas recomendações não têm sido consideradas pelo INR por eventual falta de autonomia legislativa (Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, 2016).

Os/as Presidentes de Junta concordam que a ausência de participação dos/as cidadãos/ãs (33,3%) é uma dificuldade para o seu dia-a-dia corroborado pelos/as responsáveis dos departamentos da acessibilidade e acrescentam que é importante uma participação ativa da sociedade em geral porque “(...) *as pessoas não participam quando devem participar*” (E1) e não fazem pedidos “(...) *em nome duma comunidade (...)*” (E1) e, é essencial a mobilização em prol do outro desenvolvendo uma cultura democrática e participativa (Perestrelo, 2012). Porém, no nosso estudo a maior percentagem de propostas de melhoria das condições de acessibilidade (52,4%) foram dos/as cidadãos/ãs.

Neste sentido para reforçar os ganhos da população em acessibilidade arquitetónica é essencial o trabalho em rede rentabilizando recursos e competências aproximando a decisão das pessoas e atendendo às suas necessidades. A identificação e mobilização de redes de atores locais (económicos, políticos, sociais, associativos, entre outros) pelas autarquias permite, ampliar esforços entre parceiros, aproximando pessoas e organismos de um mesmo objetivo: a procura de soluções criativas para problemas particulares, como a eliminação de

barreiras arquitetónicas. Através de uma estratégia global e interorganizacional valorizando redes da comunidade e outras redes informais (Almeida, 2008; Rufino, et al., 2015).

Surge a importância de uma visão estratégica que passe por conhecer as pessoas que, no seu dia-a-dia, são afetadas pelas barreiras arquitetónicas e compreender a importância da sua eliminação o que facilitará a tomada de decisão e a mudança para ambientes acessíveis. Para o efeito é fundamental dar voz às pessoas facto que emerge da análise dos discursos e que se prende com a ausência de auscultação municipal *“Não, mas iremos fazer em breve” (E2)*, junto das populações no sentido de compreender as suas necessidades e a sua perceção da via pública e espaços públicos.

De salientar que nesta perspetiva, foi expresso por um/a dos/as participantes a importância de as próprias pessoas assumirem a sua condição perante os outros e as diversas organizações e, não apenas quando necessitam *“(…) muitas coisas são feitas, são assumidas quando há necessidade, ou seja, nós começamos a perceber que as pessoas com deficiência vão assumindo a sua deficiência quando necessitam de alguma coisa, perante o município” (E1)* para que a promoção da acessibilidade possa ser contínua e no momento em que é preciso e, não apenas de forma ocasional para que todos possam desfrutar da criação de ambiente acessíveis e deixem de ser cidadãos invisíveis para a sociedade em geral.

Este facto está patente no relatório das Nações Unidas no qual referem que se assiste a um fraco envolvimento das pessoas com deficiência na tomada de decisões que afetam as suas vidas diariamente (Szporluk, et al., 2015). Portanto, a passividade social deve dar lugar ao debate e à reflexão sobre o poder local e as condições de acessibilidade (Perestrelo, 2012). Acrescentamos que cada um/a deve apropriar-se da responsabilidade coletiva no exercício da atividade profissional; no nosso estudo verificamos que os/as profissionais de saúde têm baixa representação nas propostas de melhoria das condições de acessibilidade, variando de 5% a 20% conforme a categoria profissional.

Como parte da visão estratégica das autarquias, e na realidade particular de um dos municípios têm desenvolvido iniciativas de promoção da acessibilidade criando parcerias e desenvolvendo projetos que aliam a tecnologia à eliminação de barreiras arquitetónicas, como a criação de pavimentos táteis e percursos com áudio-descrição sendo fundamental *“(…) abraçar muitos projetos académicos ou em ambiente académico, (...)promovê-los e tentar que eles passem cá para fora para o utilizador e que sejam úteis para as pessoas” (E1)*.

Outros estudos têm demonstrado a aplicação da tecnologia na criação de espaços públicos acessíveis atendendo aos princípios do desenho universal (Erlandson, et al., 2014). Na

Alemanha desenvolveram um projeto de mobilidade no sistema de transportes públicos no qual utilizavam “*smartphones*” e tecnologia “*wearable*” para planear a viagem e para auxiliar durante a realização da mesma, por exemplo, dando informações sobre qual o melhor trajeto para evitar escadas ou sobre o momento para sair do veículo de transporte (Schlingensiepen, et al., 2015).

Compreendemos que a diversidade daquilo que corresponde à dimensão territorial, económica e humana que caracteriza os vários municípios não permitem uma abordagem generalista e transversal para todas as autarquias obrigando a várias estratégias de ação e organização própria das autarquias (Marques, et al., 2012).

Este facto é evidenciado em matéria dos apoios descritos para eliminar barreiras arquitetónicas existentes nos percursos pedonais que são necessários para o desenvolvimento e continuidade da vida diária de uma pessoa com mobilidade condicionada.

Como vimos, as juntas de freguesia disponibilizam mais apoios para eliminar barreiras arquitetónicas nos percursos pedonais necessários ao desenvolvimento da vida diária (outro tipo de apoio 42,9%), e percursos envolventes à área habitacional (outro tipo de apoio 38,1%) e no acesso ao meio edificado (apoio técnico 38,1%). Porém, sendo estas as que mais apoios recebem nunca o apoio financeiro foi referido, logo, leva-nos a acreditar que o aspeto financeiro é importante para a tomada de decisão dos/as Presidentes de Junta no momento de atribuir apoios.

A realização de obras dentro da habitação para facilitar a mobilidade foi referida com maior incidência (47,6%) como não sendo da competência da junta de freguesia prestar algum apoio; assim inferimos que os/as participantes consideram que intervir na habitação da pessoa deverá ser do âmbito de outras entidades. Num estudo sobre os percursos dos lesionados medulares efetuaram 93 entrevistas das quais 28 a pessoas com lesão medular em reabilitação inicial. Destas, 19 referiram que tiveram que mudar de habitação ou as casas sofreram obras de adaptação sendo que para estas obras as juntas assumiram especial relevância já que ofereceram os materiais e, por vezes a mão de obra (Fontes, et al., 2015).

Também ao nível de alguns municípios têm sido desenvolvidos programas de apoio à melhoria das condições habitacionais para pessoas idosas, pessoas com deficiência, entre outras, através da realização de obras de conservação e eliminação de barreiras arquitetónicas; outros também disponibilizam aconselhamento técnico para melhorar a acessibilidade em vários estabelecimentos (Associação Salvador, 2012).

Num estudo realizado em três concelhos da região Centro de Portugal, no qual efetuaram o levantamento documental dos programas de gestão autárquica desses concelhos, encontraram um programa habitacional que tem como objetivo a melhoria das condições básicas de habitabilidade nas quais as questões da acessibilidade arquitetónica são consideradas por exemplo através da realização de pequenas reparações no interior da habitação (Bárrios, et al., 2014). No mesmo estudo também constataram que em algumas autarquias existem programas de intervenção no ambiente e em espaços verdes os quais contemplaram medidas de adaptação dos espaços para pessoas com mobilidade condicionada.

Podemos concluir que determinados/as Presidentes de Junta consideram que intervir na eliminação de barreiras arquitetónicas dentro das habitações ou em equipamentos públicos não é da sua competência, porém outros/as Presidentes de Junta, como vimos pelos dados apresentados, chamam a si esta responsabilidade e disponibilizam apoio para alterações nos domicílios e em algumas câmaras municipais têm programas também nesse sentido.

A promoção da inclusão social e a garantia da igualdade de oportunidades fica em causa uma vez que as pessoas com mobilidade condicionada são discriminadas não apenas pelo incumprimento da legislação mas também porque dependendo do sítio em que vivem nem todas conseguirão usufruir de igual modo de alguns apoios ou programas que promovem a acessibilidade e a integração social.

Face à existência de barreiras arquitetónicas perguntamo-nos como podemos orientar as pessoas com mobilidade condicionada para acionarem os mecanismos de eliminação das mesmas na sua freguesia/município? Também na realidade do nosso estudo assistimos a diferentes abordagens quando é necessário solicitar a eliminação de barreiras arquitetónicas sendo possível fazê-lo de forma muito diversificada em cada município o que condiciona uma atuação muito departamentalizada *“Dirige-se à Câmara, ao Y e até à Z! Se for estritamente dedicado à acessibilidade, deve ser à Z (...) encaminha depois para os serviços competentes” (E1).*

Na realidade de outro município uma alternativa é o *“Balcão Único de atendimento (...) para eliminação de barreiras arquitetónicas (...)” (E3)* mas também referem que é possível dirigirem-se à *“(...) câmara municipal ou às juntas de freguesia para expor a situação e eliminação das barreiras arquitetónicas (...)” (E4)* ou através dos *“(...) serviços da ação social” (E5)*. Outra forma disponível é através da internet; dado que a criação de plataformas digitais

permite a interação entre cidadão/ã e a autarquia sendo uma aposta em vários municípios o que traduz acréscimos à qualidade de vida das pessoas (Nunes, et al., 2012).

Para Milani (2008) os atores locais (do governo, ao poder local e à sociedade) têm função estratégica na renovação e cumprimento de políticas públicas locais, como no caso da promoção da acessibilidade arquitetónica na demanda de uma sociedade inclusiva, na qual *“temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”* (Sousa Santos, 2009 p. 18).

Depois da interação entre os resultados das duas abordagens utilizadas compreendemos que há fragilidades complexas de difícil resolução, como seja, o já edificado em património histórico ou aquilo que é a diversidade do meio físico; mas muito do que resultou dos dados pode ser transformado numa oportunidade de desenvolvimento destes municípios em matéria de acessibilidade arquitetónica.

4. PROPOSTA PARA MELHORAR OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ÁREA DA ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA

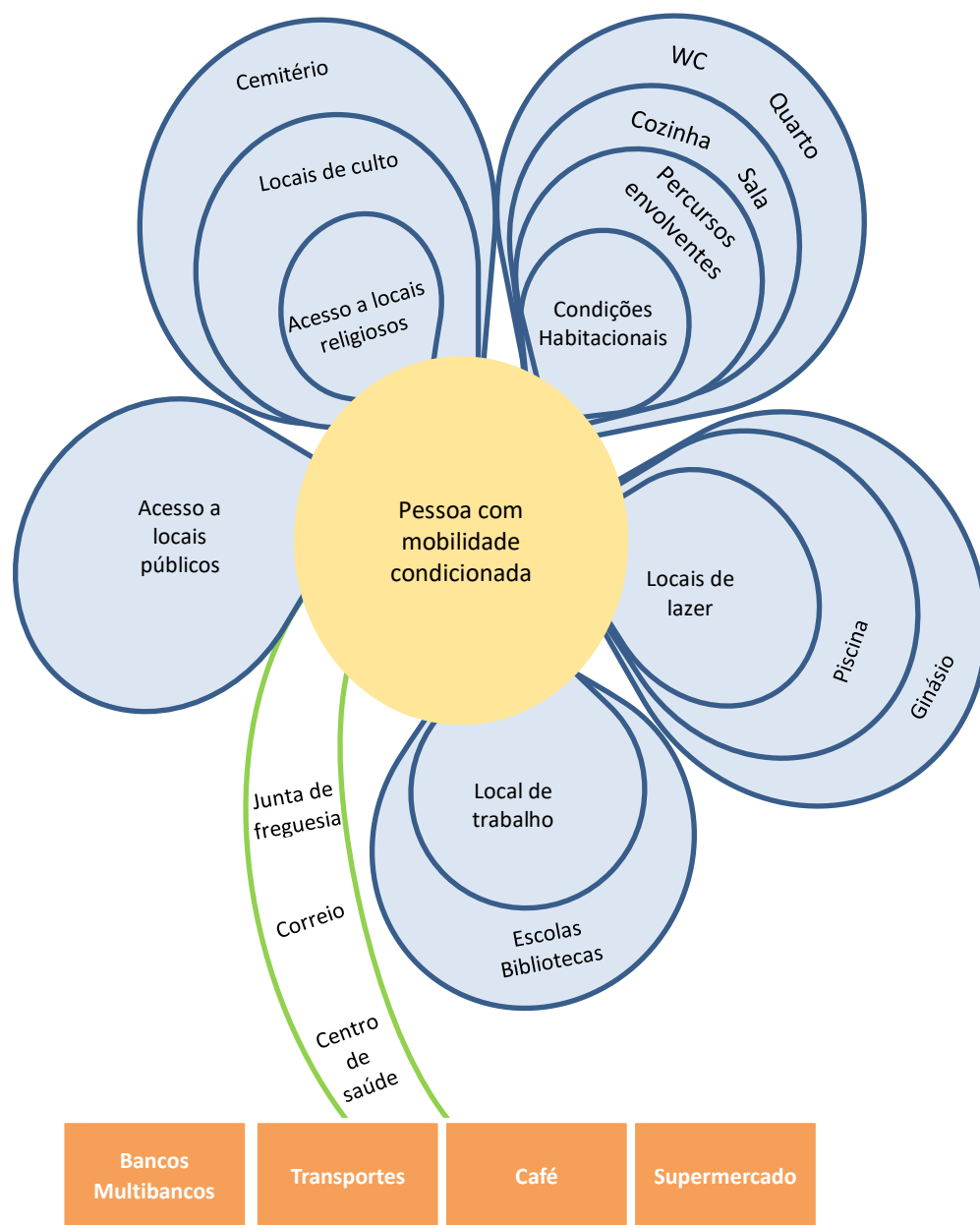
O/a EEER pode desempenhar um papel crucial na construção de ambientes acessíveis contribuindo para a resolução de algumas das dificuldades evidenciadas pelos/as participantes. Através da identificação das necessidades das pessoas com mobilidade condicionada nos seus contextos reais, nomeadamente nas escolas, no domicílio, no trabalho, equipamentos desportivos, poderá intervir atempada e adequadamente para a integração ao nível da comunidade.

O/a EEER é a pessoa capaz de atuar numa perspetiva global as diferentes dimensões que influenciam o cotidiano de uma pessoa com mobilidade condicionada considerando que também se trata de uma população muito heterogénea, ou seja, uma criança tem necessidades muito diferentes de uma pessoa idosa ou com deficiência, mas os/as EEER possuem conhecimentos e competências específicas que lhes permitem conhecer muito bem as especificidades de cada um em particular e do todo e geral. Numa perspetiva holística e integrada do ciclo vital é capaz de promover a acessibilidade arquitetónica atendendo à diversidade humana e articulando com as demais organizações.

O/a EEER presta cuidados no sentido de diagnosticar, conceber, implementar e avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades específicas e respetivas famílias ao longo do ciclo de vida, qualquer que seja o seu contexto do exercício profissional, maximizando a funcionalidade, capacidades ou potencialidades da pessoa com vista à adaptação e maximização da autonomia e reintegração social.

O/a EEER deverá investir na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com mobilidade condicionada, pela capacitação da pessoa sobre os seus direitos e a participação social transformando atitudes e comportamentos, pelo que deve fazer uma avaliação global sempre que cuida destas pessoas e uma intervenção em cada uma das áreas que permitam cumprir o direito à igualdade. Assim, propomos criar um manual de boas práticas nesta área fundamentado na seguinte figura:

Figura 9: Representação das áreas de avaliação e intervenção para boas práticas de enfermagem de reabilitação



Acreditamos que os/as EEER deverão abrir e aprofundar caminhos de atuação abraçando todas as competências específicas da sua prática, de igual modo voltando também o foco da sua prestação de cuidados diferenciados para a promoção das condições de acessibilidade através da identificação de barreiras arquitetónicas, da sensibilização da comunidade e acreditamos que também, dos órgãos autárquicos pelo empreendedorismo comunitário trabalhando em parceria para uma sociedade inclusiva.

Para o desenvolvimento destas competências deverá trabalhar em parceria com as autarquias já que, dependendo das políticas locais adotadas, o papel das autarquias é

fundamental para a promoção da saúde e a qualidade de vida das populações. O/a EEER poderá ser o vetor impulsionador da consciencialização da comunidade para a abolição de barreiras arquitetónicas, participando no planeamento local de medidas de promoção da acessibilidade arquitetónica e no apoio à resolução de problemas numa estratégia concertada entre as autarquias e os/as enfermeiros/as fomentando a capacitação da comunidade como agente ativo de mudança.

Por forma a integrar a prática da promoção da acessibilidade e eliminação das barreiras arquitetónicas na prestação de cuidados e, naquilo que corresponde à dimensão das autarquias locais, deverá ser desenvolvida uma campanha entre a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) e os/as EEER que trabalham nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) sobre a sensibilização para a abolição das barreiras arquitetónicas e o seu impacto na qualidade de vida de uma pessoa com mobilidade condicionada considerando que 38,1% dos/as Presidentes de Junta concorda sobre a ausência de formação sobre a temática das acessibilidades.

Também deverão ser realizadas campanhas de sensibilização para a população em geral em parceria com a APER, as autarquias e os centros de saúde particularmente visando fomentar a sensibilização para um comportamento de respeito pela diferença e diversidade humana dado que, para além da eliminação de barreiras arquitetónicas, é igualmente essencial a eliminação de barreiras atitudinais, comunicacionais, programáticas, metodológicas e instrumentais.

A criação de protocolos entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as juntas de freguesia para notificação de novas pessoas com deficiência/mobilidade condicionada é primordial dado que apenas cinco dos/as Presidentes de Junta conheciam o número de pessoas com deficiência física na sua área territorial. Os/as EEER deverão ser sensibilizados para fazerem notificações perante a autarquias de barreiras arquitetónicas e propostas de melhoria dado que só em 14,3% dos casos reportados pelos/as Presidentes de Junta foram solicitados por enfermeiros/as.

Os/as EEER a trabalhar nas ECCI deverão criar redes de contacto com as juntas da sua área territorial para o diagnóstico de barreiras arquitetónicas no acesso ao meio edificado, em equipamentos públicos, nos percursos necessários para o desenvolvimento da vida diária e envolventes à área habitacional e na habitação da pessoa com mobilidade condicionada, para que, posteriormente, as juntas possam através de uma melhor gestão de recursos realizar intervenções para a eliminação de barreiras. Nesta parceria, deverá ainda participar na

criação do PDM para a promoção da acessibilidade no sentido de orientar a atividade municipal uma vez que conhecem de perto a comunidade e as condições das pessoas.

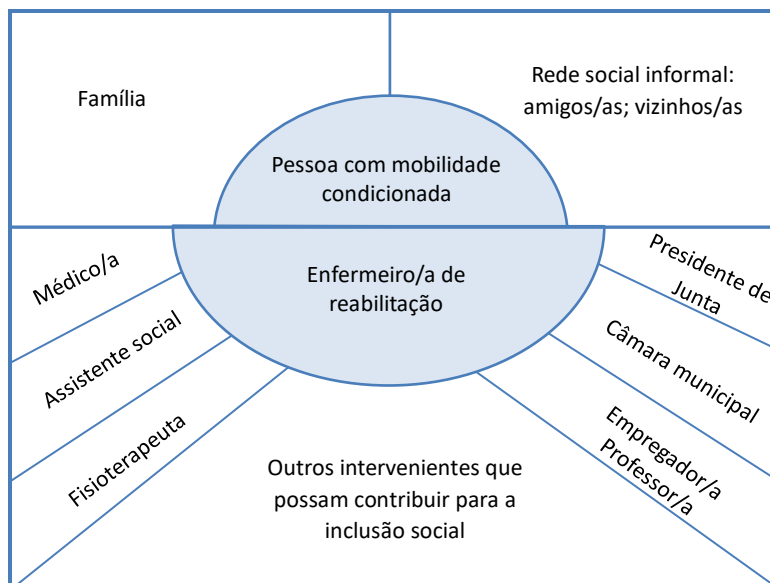
O/a EEER integrando os órgãos executivos da câmara e/ou junta de freguesia poderá participar no desenvolvimento de planos estratégicos na promoção da acessibilidade utilizando ferramentas, como a CIF, com potencial de desenvolvimento na criação de políticas públicas. Também em parceria com as autarquias o/a EEER poderá dar o seu contributo na investigação da temática da acessibilidade na comunidade, também pela aplicação da CIF uma vez que faltam estudos nesta matéria e que consequentemente ajudarão à tomada de decisão sobre políticas de intervenção ao nível autárquico e no planeamento de cuidados de enfermagem à pessoa com mobilidade condicionada.

Num outro prisma, as autarquias locais dispõem de um mecanismo que pode ser um aliado na promoção da acessibilidade arquitetónica. Com a Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde é estabelecida a constituição de um conselho da comunidade reforçando o interesse e a responsabilidade das autarquias no planeamento local da prestação de cuidados de saúde já que tem um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES, bem como um representante de cada município abrangido pelo ACES, das escolas, das instituições particulares de solidariedade social, do hospital de referência, das equipas de voluntariado social entre outros (Decreto-Lei nº28/2008).

As autarquias locais encontram no conselho da comunidade a possibilidade de assegurar com os ACES as matérias da saúde das populações nos municípios da sua área geográfica e propor ações de educação e promoção da saúde (Decreto-Lei nº28/2008), por exemplo, na área da acessibilidade arquitetónica. Mais uma vez o potencial de atuação do/a EEER neste âmbito é inestimável e uma mais-valia para fomentar o trabalho em rede.

Na figura seguinte apresentamos a rede de articulação para o trabalho da enfermagem de reabilitação:

Figura 10: Rede de articulação para o trabalho da enfermagem de reabilitação



Numa outra vertente os planos de estudos dos Cursos de Pós- Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação deverão ser mais específicos sobre a temática da acessibilidade transmitindo competências aos/às futuros/as EEER para que sejam capazes de integrar nos planos de cuidados a identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas em diversos contextos (social, habitacional, profissional, escolar, entre outros), e que pelo conhecimento da legislação em vigor (Decreto-Lei nº 163/2006) sejam capazes de emitir pareceres técnico-científicos e dotar a pessoa com mobilidade condicionada de conhecimento sobre o processo de abolição de barreiras arquitetónicas. Assim, as universidades cumprem o seu papel de agente de transformação social e institucional na formação dos/as EEER.

Também ao nível das próprias instituições em que o/a EEER desenvolve a sua prática diária deve desenvolver campanhas de sensibilização e informação para a acessibilidade e identificar barreiras arquitetónicas no acesso às áreas envolventes e estruturas internas dos hospitais, centros de saúde colaborando na elaboração de propostas de melhoria.

Por tudo isto e, considerando a competência específica do/a EEER *“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8659) na figura seguinte apresentamos as competências do/a EEER e a sua aplicação nos diversos âmbitos de atuação da prática profissional.

Figura 11: Papel do/a EEER para autarquias inclusivas



Pela análise da figura verificamos que o/a EEER é corresponsável pela eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção da acessibilidade, quer a nível hospitalar quer nos ACES, juntamente com as várias áreas de atuação das autarquias locais.

Para autarquias inclusivas é de primordial importância criar uma estrutura própria de promoção de acessibilidade arquitetónica e que detenha funções executivas na estrutura das câmaras e das juntas, alguém que seja perito/a em questões de acessibilidade e com consciência das necessidades de grupos vulneráveis no sentido de poder servir de referência e, acreditamos que o/a EEER é o/a profissional que detém estas competências com potencial para desenvolver projetos para a acessibilidade arquitetónica e inclusão de pessoas com mobilidade condicionada.

Por último será um grande contributo para a sociedade que mais EEER desenvolvam estudos sobre esta área e publiquem os seus resultados quer em revistas científicas quer em periódicos locais quando limitarem os seus estudos a diagnósticos locais.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

CONCLUSÃO

Em Fevereiro de 2017 terminou o prazo máximo atribuído para adaptação de instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos de utilização pública e respetivos espaços abrangentes e via pública.

Todavia, é notório que apesar de todas as disposições legais que têm sido produzidas sobre a temática e que aqui expusemos o processo de transformação social que é necessário revela um enorme desfasamento entre o que se deseja e a realidade continuando a existir muitas barreiras arquitetónicas no meio edificado e na via pública. As decisões políticas assim como o cumprimento de normativas e programas nacionais e internacionais são fundamentais para a promoção da acessibilidade arquitetónica e da eliminação de barreiras arquitetónicas.

No sentido de descrever a importância que os/as Presidentes de Junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade concluímos que hoje temos um território mais inclusivo e acessível, apesar da escassez de dados sistematizados sobre as condições de acessibilidade a instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos públicos e de utilização pública e via pública. A maioria dos/as Presidentes de Junta tem levado a cabo intervenções essenciais para a remoção das barreiras arquitetónicas que persistem considerando muito e extremamente importante a sua eliminação para pessoas com mobilidade condicionada.

As autarquias locais assumem o papel de destaque nesta matéria uma vez que estão próximas das pessoas com mobilidade condicionada e conhecem as suas necessidades e têm a possibilidade de consolidar e construir medidas e estratégias no sentido de reduzir os perversos efeitos da discriminação e segregação social para autarquias inclusivas, o que ficou demonstrado no nosso estudo já que, a maioria concorda e concorda totalmente que, a junta está numa posição estratégica para a promoção da acessibilidade sendo corroborado pelos/as responsáveis dos gabinetes de acessibilidade dos dois municípios em estudo.

Contudo, também é evidente a necessidade de criação de mecanismos que permitam a notificação de novos casos de pessoas com deficiência/mobilidade condicionada perante as juntas de freguesia no sentido de conhecerem a população e as suas necessidades, assim a assunção da deficiência perante a sociedade também é um passo importante para o reconhecimento das liberdades fundamentais e dos direitos e deveres consagrados na

Constituição da República Portuguesa. O/a EEER constitui-se como o elo fundamental nesta relação de proximidade entre os cuidados de saúde e o poder local através da criação de mecanismos efetivos de articulação com as autarquias.

Deixamos uma pequena chamada de atenção que a eliminação de barreiras arquitetónicas nas autarquias, objeto de estudo desta investigação, é importante para a participação social, contudo não podemos deixar de referir que é igualmente importante um investimento na eliminação de outras barreiras como as comunicacionais e atitudinais porque só assim e, atendendo à diversidade individual, se consegue a plena inclusão social.

A proximidade do/a Presidente de Junta junto da comunidade confere-lhe maior sensibilidade para as necessidades das pessoas com mobilidade condicionada e aproxima a decisão das pessoas e das necessidades de intervenção e, nos nossos resultados, ficou demonstrado que as juntas de freguesia podem ser como uma caixa de sugestões e um canal de informação entre as pessoas com mobilidade condicionada, as juntas de freguesia e a câmara municipal.

Com os resultados no nosso estudo também constatamos que na Administração pública Portuguesa se assiste a uma desigualdade entre homens e mulheres no acesso à presidência de Junta e em cargos de decisão.

Com o objetivo de analisar as mudanças a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva verificamos que as barreiras arquitetónicas mais referidas como problemáticas no acesso a locais públicos foram a existência de degraus, ausência de plataformas elevatórias, de elevadores com medidas adequadas para uma pessoa em cadeira de rodas, de casas de banho adaptadas e os pisos em mau estado de conservação. Desta forma, a eliminação de barreiras, pelos/as Presidentes de Junta, incidiu principalmente em passeios e percursos pedonais, em passagens de peões (passadeiras) e no acesso a equipamentos e a parques e jardins públicos, estando em concordância com os discursos dos/as responsáveis dos gabinetes da acessibilidade no município e traduzem mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva.

Com a realização deste estudo pretendíamos também identificar quais os constrangimentos que os/as Presidentes de Junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas. Neste sentido a definição de medidas de acessibilidade que permitam a construção de uma rede global e homogénea é importante; quer ao nível das autarquias locais, com uma definição mais específica das competências das juntas de freguesia em matéria de acessibilidade, e como vimos pela necessidade de legislação sobre os planos municipais para

a acessibilidade; quer ao nível do poder central com a execução da Estratégia Nacional para a Deficiência já que, a primeira estratégia, não foi executada por financiamento insuficiente.

As dificuldades orçamentais são referidas pelos/as participantes do estudo e essenciais para a concretização de estratégias de promoção da acessibilidade pelas autarquias locais. A formação na área da acessibilidade e sobre as especificações da legislação em vigor dos/as intervenientes no meio físico é essencial para que possuam mais ferramentas que lhes permita lidar com os problemas e necessidades que encontram no terreno dado que esta foi outro constrangimento referido pelos/as Presidentes de Junta.

A quatro de Outubro de 2017, aquando da elaboração deste relatório, foi publicada a segunda alteração ao Decreto-Lei nº 163/2006 no qual se prevê a constituição de uma Comissão para a Promoção das Acessibilidades que terá como objetivo realizar o diagnóstico da situação atual das acessibilidades nos edifícios, instalações e espaços da administração central, local e institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados e de fundos públicos. Cada área governativa dispõe no máximo de seis meses para comunicar a constituição de equipas técnicas de promoção da acessibilidade a quem competirá efetuar as ações necessárias para o cumprimento das disposições legais em vigor (Decreto-Lei nº 125/2017).

O incumprimento da legislação em vigor constitui por si só uma prática de discriminação em função da deficiência e da mobilidade condicionada dos/as cidadãos/ãs uma vez que limita o exercício de direitos e a acessibilidade ao meio edificado e via pública em virtude das barreiras arquitetónicas que persistem no meio físico, o que ficou demonstrado pelo nosso estudo dado que subsiste uma percentagem significativa de locais públicos com barreiras arquitetónicas e que uma das dificuldades sentidas pelos/as Presidentes de Junta é o incumprimento da legislação.

Com o objetivo de caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/as Presidentes de Junta concluímos que a influência do meio ambiente sobre uma pessoa com mobilidade condicionada é indiscutível e, pode ser um fator facilitador ou inibidor da sua participação social. Pela análise dos nossos resultados ficou demonstrado que o cumprimento do Decreto-Lei nº163/2006 ainda está aquém das expectativas e das necessidades das pessoas com mobilidade condicionada para que num ambiente acessível sejam capazes de usufruir dos mesmos espaços e serviços em condições de igualdade perante as demais.

A gestão de uma autarquia é efetuada em vários níveis e possuem competências específicas como o licenciamento das obras de particulares, a fiscalização do cumprimento de várias

disposições legais como o Decreto-Lei nº 163/2006, a manutenção de equipamentos como cemitérios e parques infantis, das condições da via pública e a eliminação de barreiras arquitetónicas. No nosso estudo verificamos que, apesar de não ser na sua totalidade, os edifícios das juntas, o cemitério, creches e jardins-de-infância, escolas e equipamentos desportivos são na sua maioria acessíveis sem dificuldade.

Outro objetivo da nossa investigação passava por compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada concluímos que ao nível das juntas, câmara e poder central deverá haver a integração territorial, intra e intermunicipal, de um conjunto de políticas inclusivas que permitam a igualdade de oportunidades independentemente do local onde as pessoas residem.

A heterogeneidade da organização da gestão municipal pode constituir um fator dificultador no momento de solicitar a eliminação de barreiras arquitetónicas, uma vez que são várias as possibilidades que os/as participantes do nosso estudo elencaram para o efeito, e o seu procedimento não é evidente. Isto poderá dispersar a concretização das medidas dado que a organização não é sistematizada e tem um carácter muito departamental.

Os apoios disponibilizados pelas juntas de freguesia para a eliminação de barreiras arquitetónicas são entre elas, muito diferentes. Verificamos que, o que para alguns/umas Presidentes de Junta não é da competência da junta intervir, outros/as disponibilizam apoio técnico, financeiro ou outro tipo de apoio. Portanto, a harmonização de políticas, apoios disponibilizados e processos para solicitar a eliminação de barreiras arquitetónicas nas várias autarquias é essencial no sentido de facilitar o processo e minimizar as desigualdades.

Por este motivo a política estratégica da câmara municipal deverá ser edificada com a cooperação dos vários atores sociais e numa visão concertada para que a promoção da acessibilidade não seja apenas a concretização de medidas isoladas baseada em princípios gerais sem atender aos casos individuais; apesar dos/as Presidentes de Junta não concordarem nem discordarem com a ausência de uma política de partilha de poder decisório entre a câmara e as juntas, ao nível de um dos municípios um/a participante assume que não há relação formal e que seria necessário uma estratégia concertada entre os dois órgãos autárquicos.

A tomada de decisão sobre a acessibilidade arquitetónica nas autarquias locais deverá sair do âmbito dos gabinetes e deve incluir os intervenientes e protagonistas, ou seja, as pessoas com mobilidade condicionada e as várias organizações que existem a nível local dado que no nosso estudo concordam com a ausência de participação dos cidadãos/ãs e a necessidade de

uma participação ativa por parte destes, porém também ficou patente a necessidade de ações municipais no sentido de dar voz às pessoas. Estas poderão dar contributos inestimáveis sobre as condições do meio e soluções para a eliminação de barreiras arquitetónicas.

Dotar as pessoas com mobilidade condicionada de ferramentas que lhes permitam desenvolver a participação social substituindo o medo, a descrença e a passividade social pelo debate sobre a acessibilidade no território e o poder autárquico é crucial, contudo é de salvaguardar que na sua maioria as propostas de melhoria das condições de acessibilidade foram efetuadas por cidadãos/ãs tendo ficado espelhada a necessidade de os vários grupos profissionais se envolverem na promoção das condições de acessibilidade.

Quanto à questão de partida “Como respondem as autarquias locais, ao nível dos seus órgãos executivos, na eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada?” por tudo o que foi exposto anteriormente constatamos que tem havido um investimento por parte das câmaras municipais e juntas de freguesia, nomeadamente dos/as Presidentes de Junta, na mudança para territórios inclusivos apesar dos constrangimentos que encontram para a eliminação de barreiras arquitetónicas. Contudo, as assimetrias políticas e de organização da gestão pública entre os dois municípios são visíveis. Logo à partida, numa autarquia dispõem de uma Provedoria do Cidadão com Deficiência.

A necessidade de desenvolvimento de estratégias e políticas concertadas de articulação entre a junta de freguesia e a câmara municipal é transversal aos dois municípios é fundamental a criação e implementação de planos de promoção da acessibilidade em todos os municípios o qual possua uma visão clara dos objetivos que as câmaras e juntas de freguesia pretendem alcançar e na qual a voz dos/as cidadãos/cidadãs e das organizações representativas da pessoa com mobilidade condicionada seja ouvida.

Por tudo isto, acreditamos que é importante o desenvolvimento de uma estrutura/departamento dentro da autarquia que seja responsável pela gestão da promoção da acessibilidade no território municipal, não apenas numa forma de consultoria, mas também através da capacidade para intervir no meio físico.

Face ao tamanho da amostra e estando limitado a dois municípios a amostra é apenas representativa para as autarquias do Porto e de Vila Nova de Famalicão pelo que para se poder generalizar resultados deverão ser estudados outros municípios e explorar outros contextos.

Foram efetuadas diligências no sentido de contactar várias câmaras municipais para a realização da investigação mas algumas não deram resposta, outra confirmou a receção do nosso pedido contudo à data de conclusão do estudo não transmitiu nenhum *feedback* e, outra, concordou com a realização do estudo contudo quando solicitado o pedido de encaminhamento para gabinete responsável para a prossecução de investigação e/ou pessoa de referência não obtivemos resposta apesar das várias tentativas efetuadas para o efeito.

Acreditamos que a nossa investigação contribui para a demonstração da problemática da acessibilidade arquitetónica e da eliminação de barreiras arquitetónicas nas autarquias e sobre aquilo que tem sido a sua intervenção local findo o prazo legal de adaptação dos edifícios públicos e via pública e, alerta para a necessidade de um maior investimento a todos os níveis incluindo o educacional.

Não há evidência de estudos sobre a área temática na perspetiva dos/as Presidentes de Junta e dos/as responsáveis pelos departamentos da acessibilidade nos municípios pelo que acreditamos que com este trabalho damos o mote à realização de outros trabalhos de investigação particularmente na replicação deste estudo e ainda de estudos observacionais nos mesmos municípios. Acreditamos também ser fundamental a realização de estudo sobre a caracterização da acessibilidade arquitetónica em contexto habitacional por exemplo na população idosa, em edifícios, instalações e espaços da administração central, local e institutos públicos e via pública.

Em particular os/as EEER precisam de refletir sobre as suas competências específicas, desenvolver e implementar na sua prática diária de prestação de cuidados ações que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social bem como, desenvolver trabalhos nesta área para uma melhor compreensão do fenómeno e o desenvolvimento de uma consciência social e profissional inclusiva.

A utilização de uma metodologia mista revelou-se uma mais-valia e um desafio na realização deste trabalho pelo que permitiu incorporar perspetivas de dois atores sociais com responsabilidade na eliminação de barreiras arquitetónicas nas autarquias e utilizar diferentes métodos de colheita e análise de dados.

Os resultados quantitativos permitiram evidenciar a perspetiva dos/as Presidentes de Junta sobre a problemática da eliminação de barreiras arquitetónicas destacando os constrangimentos que encontram no seu dia-a-dia, a importância que atribuem ao seu papel nesta questão e a visão sobre as condições de acessibilidade na sua área territorial. Igualmente; os resultados qualitativos permitiram aprofundar a importância que é atribuída

ao/à Presidente de Junta na promoção da acessibilidade e a forma como os órgãos autárquicos se articulam entre si bem como refletir sobre o que tem sido feito ao nível das autarquias para ambientes mais acessíveis.

Devido à heterogeneidade na gestão autárquica sentimos dificuldade na identificação dos responsáveis políticos pelas estratégias de promoção da acessibilidade já que dependendo do município em questão existiam uma ou mais pessoas com responsabilidade nessa área. O período para a realização da colheita de dados através da aplicação dos questionários *ad hoc* revelou-se moroso porque uma vez que numa das câmaras municipais o contacto foi mais faseado, mas, o correio eletrónico acabou por ser uma vantagem para a receção dos questionários.

Não se poderá falar numa sociedade inclusiva se nela continuarem a subsistir espaços públicos com barreiras arquitetónicas que impedem a sua utilização por pessoas com mobilidade condicionada. De que adianta haver legislação que regule as condições de acessibilidade e, a mobilidade de uma pessoa até ser possível na via pública se depois não conseguir passar a porta ou para isso tiver que ser transportada por terceiros?

Não podem continuar a existir guetos de acessibilidade porque isso remete as pessoas, por exemplo, as pessoas com deficiência ou idosas, para instituições de assistência que, por norma estão adaptadas para as receber. Assim, acentuamos o isolamento e a exclusão social, a privação do direito a usufruir dos mesmos espaços e a viver uma vida independente na comunidade. Os desafios que a promoção da acessibilidade e a eliminação de barreiras arquitetónicas para autarquias inclusivas devem ser abraçados pelas autarquias locais e integrados nas suas políticas e estratégias de ação assumindo assim a sua responsabilidade neste âmbito.

O/a EEER é o elo neste processo de articulação entre os vários órgãos das autarquias, as pessoas com mobilidade condicionada e a comunidade desempenhando um papel de promotor da acessibilidade e inclusão social, através do compromisso com as suas competências específicas, trabalhando em rede com as autarquias na sensibilização da comunidade para práticas inclusivas, na valorização da diversidade humana e no cumprimento dos direitos de autodeterminação e participação social das pessoas com mobilidade condicionada.

Pela eliminação de barreiras arquitetónicas, as autarquias, permitem a inclusão e participação social, porém, não é sinónimo de integração social. Pela eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção de ambientes acessíveis estão a fazer algo mais profundo, como

a construção de uma cultura inclusiva pelo respeito ao próximo, dando o exemplo, e promovendo a mudança e transformação dos comportamentos e mentalidades.

A intervenção das autarquias locais deverá otimizar os recursos públicos orientando a sua ação para a manutenção de uma sociedade inclusiva pelo combate ao isolamento social e à discriminação onde todos/as poderão participar na vida social, política, profissional e familiar pela valorização dos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Graça. *Comissão para a igualdade de género*. [Online] Maio de 2009. [Citação: 22 de Maio de 2017.] https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/11/Guia_ling_mulhe_homens_Admin_Publica.pdf. 978-972-597-314-1.

ABREU, Débora Regina Oliveira Moura, et al. Características e condições de saúde de uma coorte de idosos que sofreram quedas. *Revista de Enfermagem-UFPE online*. 2015, Vol. 9.

ALMEIDA, Helena Neves. Conceptualização da mediação social em trabalho em rede. *Investigação e Debate - Serviço Social*. 2008, Vol. 17.

ALMEIDA, J.N, FERREIRA, A e FIGUEIREDO, J.P. Barreiras arquitetónicas no acesso a serviços públicos. [autor do livro] Ana Ferreira. *Ciência Saúde e Inovação. Investigação aplicada em Saúde Ambiental*. Coimbra : Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2008.

ALMEIDA, Leandro S e FREIRE, Teresa. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2008. 978-972-97388-5-2.

AMARAL, Fabienne, et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. Novembro de 2012, Vol. 17.

AMIRALIAN, Maria, et al. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*. 2000, Vol. 34.

ANDRADE, Leonardo Tadeu de, et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010, Vol. 63.

ANGELONI, Maria Teresa. Elemento intervenientes na tomada de decisão. *Ciência da Informação*. 2003, Vol. 32.

ARAGALL, Francesc e SAGRAMOLA, Sílvio. Conceito Europeu de Acessibilidade – CEA 2003. *EuCAN*. [Online] 2005. [Citação: Abril de 26 de 2017.] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AlmsevKJrZ8J:www.inr.pt/download.php%3Ffilename%3D18%2B-%2BConceito%2BEuropeu%2Bde%2BAcessibilidade%2B%253A%2Bmanual%2Bde%2Bassist%25EAncia%2Bt%25E9cnica%26file%3D%252Fuploads%252Fdocs%252FEdicoes%252FC.972-9301-86-7>.

ARAÚJO, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de e ÁLVAREZ, Enrique José Varela. A modernização administrativa nas autarquias locais: Estudo comparado dos municípios do Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular. [autor do livro] Ana Paula Marques e Rita Moreira. *Governança e Territorialidades. Lógicas e práticas na administração local*. s.l. : Edições Húmus, 2012.

ÁREA METROPOLITANA DO PORTO. A AMP e o seu território. *amporto*. [Online] 2017. [Citação: 30 de Outubro de 2017.] http://portal.amp.pt/pt/4/municipios/porto/freguesias/#FOCO_4.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Divisão de informação legislativa e parlamentar. *Autarquias Locais - Legislação nacional*. Lisboa : s.n., 2015.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DEFICIENTES. Ler para ver. [Online] 23 de Setembro de 2006. [Citação: 11 de Maio de 2017.] <http://www.lerparaver.com/noticias/governo-que-finge-que-ouve-cidadãos>.

ASSOCIAÇÃO SALVADOR. Informações sobre municípios. *Portugal Acessível*. [Online] 2012. [Citação: 30 de Agosto de 2017.] http://www.portugalacessivel.pt/default/viewinfoutil/id_cat/6.

ATANELOV, Levan, STIENS, Steven e Young, Mark. History of Medicine - History of Physical Medicine and Rehabilitation and its Ethical Dimensions. *American Medical Association Journal of Ethics*. 2015, Vol. 17.

AZEVEDO, Thalita Rodrigues de, et al. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. *Enfermería Global*. 2015, Vol. 37.

BALTAZAR, Maria da Saudade. Políticas Sociais: "solidariedades planeadas". *Centro de Estudos Sociais*. [Online] 2004. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MAriaSaudadeBaltazar.pdf>.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes, et al. Caracterização das quedas referidas por idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2014, Vol. 28.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. s.l. : Edições 70, 2015. 978-972-44-1506-2.

BÁRRIOS, Maria João e FERNANDES, Ana Alexandre. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Dezembro de 2014, Vol. 32.

BEAUD, Jean-Pierre. A amostragem. In Gauthier, Benoît. *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. s.l. : Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, 2003.

BENEVOLO, Leonardo. *O último capítulo da arquitetura moderna*. Lisboa : Edições 70, 1985. 9789724407029.

BERGER, L. e Mailloux-Poirier, D. *Pessoas idosas. Uma abordagem global. Processo de Enfermagem por necessidades*. s.l. : Lusodidacta, 1995. 972-95399-8-7.

BILHIM, João Abreu de Faria. Da formação burocrática à estratégia na Administração central e local. [autor do livro] Ana Paula Marques e Rita Moreira. *Governança e Territorialidades. Lógicas e práticas na Administração Local*. s.l. : Edições Húmus, 2012.

—. 2006. *Teoria Organizacional. Estruturas e pessoas*. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2006. 978-972-8726-5-1.

BIZ, Maria Cristina Pedro e .A CIF e sua importância nas políticas públicas. *Revista Científica CIF Brasil*. 2015, Vol. 3.

BLAIS, André e DURAND, Claire. A sondagem. In GAUTHIER, Benoît. *Investigação social. Da problemática À colheita de dados*. s.l. : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003.

BOGDAN, R e BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto : Porto Editora, 1994. 978-972-0-34112-9.

BORDALO, Ana. Urbanismo e inclusão - a perspetiva da acessibilidade e mobilidade para todos. *Malha Urbana*. 2012.

BOTELHO, Teresa Morais e LEAL, Isabel. A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007, Vol. 8.

BRASIL. Secretaria De Estado Da Habitação. Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano,. 2010. DESENHO UNIVERSAL. Habitação de interesse social. [Online] 2010. [Citação: 18 de Maio de 2017.] <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual-desenho-universal.pdf>.

— . Secretaria Nacional De Promoção Dos Direitos Da Pessoa Com Deficiência. [Online] 2012. [Citação: 30 de Novembro de 2015.] <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencao-pessoas-com-deficiencia.pdf>.

— . Associação Brasileira De Normas Técnicas. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos* . ABNT NBR 9050:2004. Rio Janeiro : Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2004.

BRYMAN, Alan. *Social research methods*. New York : Oxford University Press, 2012. 978-0-19-958805-3.

CABRAL (coord), Manuel Villaverde, et al. *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais, 2002. 972-671-084-7.

CABRAL, Manuel Villaverde e Silva, Pedro Alcântara da. *O Estado da Saúde em Portugal. Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde - evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais , 2009. 978-972-671-248-0.

CALDEIRA, Isabel Maria Fernandes Pereira. Espaço público para todos. *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. [Online] Outubro de 2009. [Citação: 12 de Novembro de 2016.] <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/59299/1/000136450.pdf>.

CAMARA, Pedro da, GUERRA, Paulo Balreira e RODRIGUES, Joaquim Vicente. *Humanator XXI. Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. s.l. : Publicações Dom Quixote, 2013. 978-972-20-5337-2.

CANADÁ. Government of Ontario. Planning for Barrier-Free Municipalities. *Ministry of Municipal Affairs and Ministry of Housing*. [Online] 9 de Dezembro de 2015. <http://www.mah.gov.on.ca/Page1290.aspx>.

CARDOSO, Vinicius Denardin e DELEVATTI, Rodrigo Sudatti. Acessibilidade para a prática do esporte adaptado por pessoas com deficiência de um clube esportivo da cidade de Santiago, RS. *Revista Digital - Buenos Aires*. [Online] Março de 2010. <http://www.efdeportes.com/efd142/a-acessibilidade-para-a-pratica-do-esporte-adaptado.htm>.

CARVALHO, ZM Figueiredo., FONTENELE MORAES, P de O., AGOSTINHO ROLIM, G., DE ALMEIDA, PC. A acessibilidade em cadeira de rodas nas clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia de Fortaleza - Brasil. *Enfermería Global*. 14, 2008.

CASEIRO, Joel, GONÇALVES, Tânia e MALHEIRO, M^a Isabel. Construção da Autonomia dos Jovens Portadores de Spina Bífida – O que dizem os jovens e seus pais/cuidadores. *Enfermería Global*. 2013, Vol. 30.

CET/ISCTE, Associados., Augusto Mateus e e IRIC/UP. *Contributos para o plano estratégico de habitação 2008/2013. Diagnóstico de Dinâmicas e Carências HABitacionais*. Lisboa : s.n., 2007.

CHEVRIER, Jacques. A especificação da problemática. In GAUTHIER, Benoît. *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. s.l. : 972-8383-55-X, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*. s.l. : Editora Manole, 2014. 978-85-204-3669-1.

—. *Visão e ação estratégica. Os caminhos da competitividade*. Barueri : Editora Manole, 2009. 978-85-204-2740-8.

CIG. Igualdade de género em Portugal. Indicadores-chave 2017. *CIG*. [Online] 2017. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/AF_CIG_FactSheet.pdf.

COBB, Siobhan Mac. Mobility restriction and comorbidity in vision-impaired individuals living in the community. *British Journal of Community Nursing*. 2013, Vol. 18.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. Rumo a uma Europa sem barreiras para pessoas com deficiência. *EUR-Lex - Access to European Union law*. [Online] Comissão das Comunidades Europeias,, 12 de Maio de 2000. [Citação: 2 de Março de 2017.] <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=LEGISSUM:c11415>.

COMISSÃO EUROPEIA. Comissão Europeia. Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão. [Online] 28 de Julho de 2010. [Citação: 13 de MAio de 2017.] <http://ec.europa.eu/social/search.jsp?advSearchKey=pr%C3%A9mio+ciudades+acessiveis&x=0&y=0&mode=advancedSubmit&langId=pt>.

—.Eur - Lex. [Online] 15 de Novembro de 2010. [Citação: 12 de Maio de 2017.] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:pt:PDF>.

—.Eurobarómetro Discriminação na União Europeia em 2015. 2015.

—. Prémio Access City 2015. *Comissão Europeia*. [Online] 2015. [Citação: 13 de MAio de 2017.]

<http://ec.europa.eu/social/search.jsp?advSearchKey=pr%C3%A9mio+ciudades+acessiveis&x=0&y=0&mode=advancedSubmit&langId=pt>. 978-92-79-46160-6.

—.Prémio Europeu "Access City 2017". *Comissão Europeia - Representação em Portugal*. [Online] 13 de Maio de 2017. [Citação: 13 de Maio de 2017.] http://ec.europa.eu/portugal/news/european-prize-access-city-2017_pt.

COMITÉ DA ONU DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Recomendações da ONU a Portugal sobre direitos das pessoas com deficiência. *Observatório da Deficiência e Direitos Humanos*. [Online] 18 de Abril de 2016. [Citação: 22 de Maio de 2017.] <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/outras-publicacoes/item/276-recomenda%C3%A7%C3%B5es-da-onu-a-portugal-sobre-direitos-das-pessoas-com-defici%C3%Aancia>.

COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA. Resolução ResAP (2001) 1 Sobre a introdução dos princípios de desenho universal nos programas de formação do conjunto das profissões relacionadas com o meio edificado. *Instituto Nacional para a Reabilitação*. [Online] 2001. [Citação: 2 de Março de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>.

CONDESSO, Fernando dos Reis. *Ordenamento do Território. Administração e Políticas Públicas. Direito Administrativo e Desenvolvimento Regional*. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2005. 972-8726-50-3.

CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Declaração de Madrid "Não Discriminação Mais Ação Positiva Igual a Inclusão Social". Madrid : s.n., 23 de Março de 2002.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu, Conselho da União Europeia. [Online] 5 de Março de 2010. [Citação: 12 de Maio de 2017.] <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=PT&f=ST%207110%202010%20INIT>.

— . Eur-Lex Access to European Union Law. [Online] 3 de Dezembro de 2001. [Citação: 2 de Março de 2017.] <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=LEGISSUM:c11413>.

COSTA, Armanda Mendes. Cuidar e Cuidado: os novos olhares e contextos. In BASTO, Marta Lima. *CUIDAR EM ENFERMAGEM - Saberes da prática*. Coimbra : FORMASAU, 2012.

COUTINHO, Clara Pereira. *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. s.l. : Almedina, 2013. 978-972-40-5137-6.

CRESWELL, John W. e CLARK, Vicki L. Plano. *Designing and conducting mixed methods research*. s.l. : Sage Publications, Inc, 2011. 978-1-4129-7517-9.

CRESWELL, John W. e CLARK, Vicki Plano. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousands Oak, CA : Sage, 2007. 978-1-4129-2791-8.

CRPG. CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. [Online] 10 de Outubro de 2012. [Citação: 8 de Maio de 2017.] <http://www.crbg.pt/estudosProjectos/temasreferencia/acessibilidades/Paginas/oqueeaacessibilidade.aspx>.

— .Exemplos de Desenho Universal . *Centro de reabilitação profissional de Gaia*. [Online] 5 de Maio de 2010. [Citação: 18 de Maio de 2017.] <http://www.crbg.pt/estudosProjectos/temasreferencia/acessibilidades/Paginas/exemplosdesenhouniversal.aspx>.

— . Sete princípios do desenho universal. *Centro de Reabilitação Profissional de Gaia*. [Online] Julho de 2008. [Citação: 2 de Março de 2017.] http://www.crbg.pt/estudosProjectos/temasreferencia/acessibilidades/Documents/7_pincipiosdesenhounivers.pdf.

CRPG/ISCTE. Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades. Uma estratégia para Portugal. [Online] Dezembro de 2007. [Citação: 22 de Novembro de 2016.] http://www.crbg.pt/estudosProjectos/Projectos/modelizacao/Documents/Mais_qualidade_de_vida.pdf. 978-972-98266-6-5.

— . *Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiência em Portugal - Delimitação e Operacionalização do Conceito de Deficiência*. 2006.

CUNHA, Manuel Pina e, et al. *Manual de comportamento organizacional e gestão*. s.l. : Editora RH , 2014. 978-972-8871-47-5.

CUNHA, Miguel Pina e, et al. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. s.l. : Editora RH, 2004. 972-98823-8-X.

DECO/PRO TESTE. Deficientes e edifícios públicos: um milhão de portugueses ignorados! *Pro Teste*. 2003, Vol. nº 232.

DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL n.º 32/2016/M. *D.R. I Série. N.º 138 (2016-07- 20)*. pp. 2382-2385.

DECRETO-LEI n.º 123/97. *D.R. I Série. Nº118 (1997-05-22)*. pp. 2540-2544

DECRETO-LEI nº 125/2017. *D.R. I Série. Nº 192 (2017-10-04)*.pp. 5592-5594

DECRETO-LEI nº 163/2006. *D.R. I Série. Nº 152 (2006-08-08)*. pp. 5670-5689

DECRETO-LEI nº28/2008. *D.R. I Série. Nº 38 (2008-02-22)*. pp.1182-1189

DECRETO-LEI nº75/2013. *D.R. I Série. Nº 176 (2013-09-12)*. pp. 5688-5724

DECRETO-LEI 43777 de 3 de Julho de 1961. *Diário do Governo n.º 152/1961, Série I de 1961-07-03*. 1961.

DION, Betty, PINEDA, Victor e GINNERUP, Soren. Toolkit: Key indicators for accessibility. *Together we rock. Creating acessible and inclusive communities*. [Online] Maio de 2015. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] http://gaates.org/wp-content/uploads/2014/07/FINAL-Toolkit_-UN-CRPD-KEY-INDICATORS-OF-ACCESSIBILITY-2015-06-29.pdf.

DRIESSNACK, Martha, SOUSA, Valmi D. e MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 15, 2007.

DUARTE, Teresa. *A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)*. 2009. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e-Working Papers . 1647-0893.

EMMEL, E.M.G e CASTRO, C.B. cit. MARQUEZINI, M. C. et al. (Org.). Barreiras arquitetônicas no campus universitário: o caso da UFSCAR. . *Educação física, atividades lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais*. 2003, Vol. 9.

EMMEL, Maria Luísa, GOMES, Gabriela e BAUAB, Juliana. Universidade com acessibilidade: eliminando barreiras e promovendo a inclusão em uma universidade pública brasileira. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010, Vol. 14.

ENGEL, George L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 1977, Vol. 196.

ERLANDSON, Robert e PSENKA, Carolyn. Building Knowledge into the environment of urban public space: universal design for intelligent infrastructure. *Journal of urban technology*. 2014, Vol. 21.

EUROCID. Eurocid. [Online] 16 de Dezembro de 2013. [Citação: 2 de Março de 2017.] http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=3911&p_est_id=9064.

EVCIL, Ayse Nilay. Raising awareness about accessibility. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012, Vol. 47.

FALCATO, Jorge. Autarquias e inclusão das pessoas com deficiência. *Esquerda.net*. [Online] 16 de Agosto de 2017. [Citação: 21 de Agosto de 2017.] <http://www.esquerda.net/artigo/autarquias-e-inclusao-das-pessoas-com-deficiencia/50202>.

FARO, Ana Cristina Mancussi e. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2006, Vol. 40.

FERNANDES, António Teixeira. *Poder Autárquico e Poder Regional*. Porto : Brasília Editora, 1997. 972-556-166-5.

FERNANDES, Idília e LIPPO, Humberto. Política de acessibilidade universal na sociedade contemporânea. *Testos e contextos*. 2013, Vol. 12.

FERREIRA, J.M.Carvalho, et al. 1996. *Psicossociologia das organizações*. Alfragide : Mcgraw-Hill, 1996. 972-8298-29-3.

FILHO, Vítor Ribeiro e CARVALHÊDO, Wlisses dos Santos. Acessibilidade em Palmas: uma análise da mobilidade urbana. *Anais XVI Encontro Nacional de Geógrafos*. 2010.

FIOLHAIS, Rui. Informação à imprensa - POPH aprova projetos de acessibilidade urbana no valor de 17,8 milhões de euros. *POPH*. [Online] 2010 . [Citação: 2 de Março de 2017.] http://www.poph.qren.pt/upload/docs/noticias/Informacoes/2010/2010_12_21%20PR_vf_ProjectosAcessibUrbana.pdf.

FONTES, Ana Paula. *Funcionalidade e incapacidade. Conceptualização, Estrutura e Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Loures : Lusodidacta, 2014. 978.989-8075-35-2.

FONTES, Ana Paula, FERNANDES, Ana Alexandra e BOTELHO, Maria Amália. Funcionalidade e incapacidade: aspetos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, Vol. 28.

FONTES, Fernando e Martins, Bruno Sena. Deficiência e inclusão social. Os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia, problemas e práticas*. 2015, Vol. 77.

FONTES, Fernando. Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: da caridade à cidadania. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2009, Vol. 86.

FORTIN, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. s.l. : Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.

—.*O processo de investigação. Da conceção à realização*. s.l. : Lusociência, 1999. 972-8383-10-X.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de e PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009, Vol. 43.

FRIEDMANN, John. *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. s.l. : Celta Editora, 1992. 972-8027-50-8.

FUNCHAL. Câmara Municipal; PORTUGAL. Comissão Europeia distingue o Funchal no prémio Cidade Acessível 2017. *Câmara Municipal do Funchal*. [Online] 2016. [Citação: 13 de Maio de 2017.] http://www.cm-funchal.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=1930&Itemid=176.

GAIO, Carlos Morais. A mudança organizacional nas autarquias locais - desafios e interrogações. In Costa, Manuel da Silva e e NEVES, José Pinheiro. *Autarquias locais e desenvolvimento*. . s.l. : Edições Afrontamento, 1993.

GALLO, Emanuela Cerutti, ORSO, Kelen DAIANE e FIÓRIO, Franciane Barbieri. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. *O Mundo da Saúde*. 2013, Vol. 35.

GAMACHE, Stéphanie, et al. Municipal practices and needs regarding accessibility of pedestrian infrastructures for individuals with physical disabilities in Québec, Canada. *Journal of Accessibility and Design for All*. 2017, Vol. 7.

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin. *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras : Celta, 2005. 972-774-120-7.

GOMES, Idalina, HENRIQUES, Delfina e LOPES, Adriana. A pessoa idosa doente na comunidade. In PEREIRA, Maria Anjos. *O cuidado de Enfermagem à pessoa idosa. Da investigação à prática*. s.l. : Lusociência, 2013.

GOUVEIA, Luís Borges e RANITO, João. *Sistemas de informação de apoio à gestão*. Porto : Sociedade Portuguesa de Inovação, 2004. 972-8589-43-3.

GUERRA, Heloísa Silva e Sousa, RENATA Alves e. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Saúde e Pesquisa*. 2016, Vol. 9.

GUERRA, José Adelino. 2003: Ano Europeu da Pessoa Com Deficiência. Porquê? *Poliedro*. 2003.

GUERRERO-CASTAÑEDA, R.F., PRADO, M. Lenise do e OJEDA-VARGAS, M.G. Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 13, Setembro de 2016, Vol. 4.

HENRIQUES, Fernando. *Paraplegia. Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra : Formasau, 2004. 972-8485-39-5.

HUMS, Mary A., et al. Universal design: moving the americans with disabilities act from access to inclusion. *Journal of legal aspects of sport*. 2016, Vol. 26.

IBGE. *Perfil dos Municípios Brasileiros*. s.l. : IBGE, 2011. ISBN 978-85-240-4255-3.

ICN. *CIPE versão 1 - Classificação Internaonal para a Prática de Enfermagem*. Genebra : Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. 92-95040-36-8.

—.*CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de enfermagem*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

JOINES, Sharon. Enhancing quality of life through universal design. *NeuroRehabilitation*. 2009, Vol. 25.

JÚNIOR, Armando Araújo de Souza e MORAES, Ana Flávia de Moraes. A cidade sob a ótica de quem vive na escuridão. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*. 2013a, Vol. 7.

JÚNIOR, Renato Campos Freire, et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga - Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2013b, Vol. 16.

LEI n.º 48/90. D.R. I Série. Nº 195 (1990-08-24). pp. 3452-3459.

LEI nº 169/99. D.R. I Série. Nº 219 (1999-09-18).

LEI nº 38/2004. DR I Série. Nº 39 (2004-08-18). pp. 5232-5236.

LEI nº 46/2006. D.R. Série I. Nº165 (2006-08-28). pp. 6210-6213.

LEI nº 9/89. D.R. I Série. Nº 100 (1989-05-02). pp. 1796-1799.

LEI nº31/2014. D.R. I SÉRIE. Nº104 (2014-05-30). pp. 2988-3003.

LEI ORGÂNICA n.º 1/2017. 2006. D.R. I Série. Nº 84 (2017-05-02). pp. 2166-2167.

LIMA, Jorge Ávila de. Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 47-1, 2014.

LIMA, Sâmara Sathler Corrêa, CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda e SANTOS, Larissa Medeiros Marinho. Repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência física. *Psicologia*. 2013, Vol. 44.

LOPES, Raul. As autarquias - na encruzilhada do desenvolvimento. In COSTA, Manuel da Silva e e NEVES, José Pinheiro. *Autarquias locais e desenvolvimento. Actas do Colóquio "Autarquias Locais e Desenvolvimento"*. Porto : Edições Afrontamento, 1993.

LÓPEZ, Sandra Milena Díaz. Los Métodos Mixtos de Investigación: Presupuestos Generales y Aportes a la Evaluación Educativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 48-1, Abril de 2015, pp. 7-23.

MAC COBB, Siobhan. Mobility restriction and comorbidity in vision-impaired individuals living in the community. *British Journal of Community Nursing*. 2013, Vol. 18.

MACHADO, William César Alves, et al. Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. *Revista de enfermagem UERJ*. 2016, Vol. 24.

MACHADO, William César Alves e SCRAMIN, Ana Paula. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010, Vol. 44.

MANN, Chris e Stewart, Fiona. *Internet Communication and Qualitative Research. A handbook for researching online*. London : SAGE Publications, 2000. 0-7619-6627-7.

MARQUES, Ana Paula e MOREIRA, Rita. Avaliação e dinâmicas formativas na Administração local: doze estudos de caso nos municípios portugueses. *Governança e Territorialidades. Lógicas e práticas na administração local*. s.l. : Edições Húmus, 2012.

MARTINS, Bruno Daniel Gomes de Sena. Políticas sociais na deficiência: Exclusões perpetuadas. *Centro de Estudos Sociais*. 2005.

MARTINS, Bruno Sena. Violência colonial e testemunho: Para uma. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. [Online] 30 de Setembro de 2016. [Citação: 12 de Novembro de 2016.] URL: <http://rccs.revues.org/5904>. ISSN: 2182-7435.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006, Vol. 59.

MELEIS, Afaf, et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*. Outubro de 2000, Vol. 23.

MELO, Renato de Souza, et al. Análise postural da coluna vertebral: estudo comparativo entre surdos e ouvintes em idade escolar. *Fisioterapia Movimento*. 2012, Vol. 25.

MENIN, Mariana, PASCHOARELLI, Luis Carlos e SILVA, José Carlos Plácido da. Parâmetros antropométricos para o design de produtos destinados à acessibilidade de obesos. *Revista Brasileira Biometria*. 2011, Vol. 29.

MILANI, Carlos R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Revista de administração pública*. 42, 2008.

MONTENEGRO, Nadja G.S. Dutra, SANTIAGO, Zilsa Maria Pinto e SOUSA, Valdemice Costa de. Guia de acessibilidade: espaço público e edificações. *Soluções para cidades*. [Online] 2008. [Citação: 18 de Maio de 2017.] http://www.solucoesparacidades.com.br/wp-content/uploads/2010/02/01%20-%20GUIA_DE_ACESSIBILIDADE_CEARA.pdf.

MPT. Mobilidade e planeamento do território. [Online] 2017. [Citação: 11 de Maio de 2017.] <http://www.mobilidadept.com/paulateles-timeline>.

NANTEL, Julie, MATHIEU, Marie-Eve e PRINCE, François. Physical Activity and Obesity: Biomechanical and Physiological Key Concepts. *Journal of Obesity*. 2011, Vol. 2011.

NEVES, Alexandra Chicharo das. *O Estatuto Jurídico dos “Cidadãos Invisíveis”. O longo caminho para a plena cidadania das pessoas com deficiência*. Departamento de Direito, Universidade Autónoma de Lisboa. Lisboa : s.n., 2011. Tese de Doutoramento para obtenção de Grau de Doutor em Direito.

NEVES, António Oliveira das. *Planeamento estratégico e ciclo de vida das grandes cidades. Os exemplos de Lisboa e de Barcelona*. Oeiras : Celta Editora, 1996. 972-8027-35-4.

NOVO, Ana. “Projeto Acessibilidades” em 15 Bibliotecas Municipais de Lisboa: principais conclusões. *Cadernos BAD*. 2015, Vol. 1.

NUNES, Flávio, LOPES, Célia, LEITE, Joana, MOURA, Miguel e SILVA, Mónica. O uso de plataformas telemáticas no processo de planeamento e gestão urbanística. [autor do livro] Ana Paula Marques e Rita Moreira. *Governança e Territorialidades. Lógicas e práticas na administração local*. s.l. : Edições Húmus, 2012.

NUNES, Luís e MENEZES, Odete. *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa : Caminho, 2014. 978-972-21-2671-7.

OBSERVATÓRIO DA DEFICIÊNCIA E DIREITOS HUMANOS. Implementação da Convenção das Pessoas com Deficiência em Portugal. Submissão ao Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência das respostas à Lista de Questões sobre Portugal pelo ODDH. [Online] Janeiro de 2016. [Citação: 30 de Agosto de 2017.] <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/247-respostas-do-oddh-%C3%A0-lista-de-quest%C3%B5es>.

—. Relatório paralelo sobre a monitorização dos direitos das pessoas com deficiência em Portugal. *Observatório da Deficiência e Direitos Humanos*. [Online] Julho de 2015. [Citação: 18 de Agosto de 2017.] <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/230-relat%C3%B3rio-paralelo-sobre-a-conven%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-das-pessoas-com-defici%C3%Aancia-em-portugal>.

OLIVEIRA, António Cândido de. Autarquias Locais e Desenvolvimento: Novos e importantes Desafios. In COSTA, Manuel da Silva e e NEVES, José Pinheiro coord. *Autarquias locais e desenvolvimento. Actas do Colóquio "Autarquias Locais e Desenvolvimento"*. Porto : Edições Afrontamento, 1993.

OLIVEIRA, Fabiana Luci de. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. *Ciências Sociais Unisinos*. 2015, Vol. 51.

OLIVER, MJ. The disability movement and the professions. [Online] 27 de Setembro de 2013. [Citação: 28 de Março de 2017.] <http://pf7d7vi404s1dxh27mla5569.wpengine.netdna-cdn.com/files/library/Oliver-The-Disability-Movement-and-the-Professions.pdf>.

OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *INR*. [Online] 2004. [Citação: 26 de Novembro de 2016.] http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.

—. Declaration of Alma-Ata, 1978. *WHO- World Health Organization*. [Online] 1978. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

—. Fact sheet - Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. *OMS*. [Online] 2008. [Citação: 18 de Maio de 2017.] http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf.

—. Health promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion. *OMS*. [Online] Novembro de 1986. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

—. International classification of functioning, disability and health. *WHO-World Health Organization*. [Online] 22 de Maio de 2001. [Citação: 18 de Maio de 2017.] http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf.

—. *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. 2011. ISBN 978-85-64047-02-0.

—. *WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability*. Genève : s.n., 2014. 978 92 4 15061 9.

—. WORLD REPORT ON CHILD INJURY PREVENTION. *OMS*. [Online] 2008. [Citação: 31 de Maio de 2017.] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º125/2011. *D.R. Série II. Nº 35 (2011-02-18)*. pp. 8658-8659.

—. Revista da Ordem dos Enfermeiros. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Julho de 2003. [Citação: 5 de Janeiro de 2018.] http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_9%20final.pdf.

OREM, Dorothea E. 1983. *Normas prácticas en enfermería*. Madrid : Piramide, 1983. 84-368-0224-1.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal Dos Direitos Humanos. ONU. [Online] 10 De Dezembro De 1948. [Citação: 4 De Maio De 2017.] <Http://Www.Onu.Org.Br/Img/2014/09/Dudh.Pdf>.

PAGLIUCA, Lorita Mariena Freitag, ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo e ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2007, Vol. 41.

PARANHOS, Ranulfo, et al. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*. 42, 2016, Vol. 18.

PARDAL, Luís e LOPES, Eugénia Soares. *Métodos e técnicas de investigação social*. s.l. : Areal Editores, 2011. 978-989-647-254-2.

PASSOS, Marcelino Lyra. Desenvolvimento, contingência e reestruturação organizacional. In COSTA, Manuel da Silva e e NEVES, José Pinheiro. *Autarquias locais e desenvolvimento*. s.l. : Edições Afrontamento, 1993.

PRESIDÊNCIA DE CONSELHO DE MINISTROS .Programa do XVII Governo Constitucional. 2005.

PRESIDÊNCIA DE CONSELHO DE MINISTROS. Programa do XXI Governo Constitucional. *República Portuguesa*. [Online] 2015. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://www.portugal.gov.pt/media/18268168/programa-do-xxi-governo.pdf>.

PEREIRA, Luciane Maria Fagundes, et al. Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. *Fisioterapia em movimento*. 2011, Vol. 24.

PEREIRINHA, José António. Políticas públicas sociais. In MADUREIRA, César e ASENSIO, Maria. *Handbook de Administração Pública*. Lisboa : ina Editora, 2013.

PERESTRELO, Margarida. Prospetiva e democracia participativa: sucessos e insucessos. In MARQUES, Ana Paula e MOREIRA, Rita. *Governança e Territorialidades. Lógicas e práticas na administração local*. s.l. : Edições Húmus, 2012.

PERSSON, Hans, et al. Universal design, inclusive design, accessible design, design for all: different concepts - one goal? On the concept of acessibility - historical, methodological and philosophical aspects. *Universal Access in the Information Society*. 2015, Vol. 14.

PESSEGUEIRO, Mário. *Projetar para todos*. Porto : Vida Económica, 2014. 978-972-788-958-7.

PORTUGAL. Centro De Medicina De Reabilitação De Alcoitão. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. [Online] 2015. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://cmra.pt/centro/historia/>.

- .Constituição Da República Portuguesa. [Online] 2005. [Citação: 3 de Maio de 2017.] <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.
- .Direção-Geral Do Património Cultural. Património Cultural. *Direção-Geral do Património Cultural*. [Online] [Citação: 30 de Agosto de 2017.] <http://www.patrimoniocultural.gov.pt/pt/publicos/acessibilidade/>.
- .INE. [Online] 20 de Novembro de 2012. [Citação: 2 de Maio de 2017.] https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=150331034&att_display=n&att_download=y..
- . INE.*Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa - Portugal : Instituto Nacional de Estatística, 2012. 978-989-25-0181-9.
- .. INR. Decreto-Lei nº163/2006. *INR*. [Online] 30 de Julho de 2010. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/4/decretolei>.
- . INR.Desenho universal. *Instituto Nacional para a Reabilitação*. [Online] 13 de Agosto de 2014. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>.
- INR.Instituto Nacional de Reabilitação. [Online] 2016. [Citação: 11 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/3515/premio-concelho-mais-acessivel>.
- . INR.Lançamento do Programa RAMPA. *INR*. [Online] 12 de Julho de 2010. [Citação: 2 de Março de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/1192/lancamento-do-programa-rampa>.
- . INR.O que é a CIF? *Instituto Nacional para a Reabilitação*. [Online] 23 de Abril de 2010. [Citação: 18 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>.
- . INR.Relatório anual sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado em saúde. *INR*. [Online] 30 de Março de 2017. [Citação: 18 de Agosto de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/1185/lei-da-nao-discriminacao>.
- . INR.*Relatório Final de Execução da Estratégia Nacional para a Deficiência*. Lisboa : s.n., 2013.
- . INR.Sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência. *Instituto Nacional de Reabilitação*. [Online] 17 de Fevereiro de 2011. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/73/sistema-quotas-emprego>.
- . Ministério da Saúde.DGS - Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020. Lisboa : DGS, 2015.
- . Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. *Saúde procuram-se novos caminhos. Relatório de Primavera 2016*. Lisboa : s.n., 2016.
- .Portal da habitação. Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana. [Online] 22 de Novembro de 2017. [Citação: 28 de Agosto de 2017.] https://www.portaldahabitacao.pt/pt/ihru/_Resumo_historico.html.
- . Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana. Portal da habitação. *Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana*. [Online] [Citação: 30 de Agosto de 2017.] http://www.portaldahabitacao.pt/pt/ihru/_Resumo_historico.html.

- .INE. [Online] 20 de Novembro de 2012. [Citação: 2 de Maio de 2017.] https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=150331034&att_display=n&att_download=y..
- . INE. *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa - Portugal : Instituto Nacional de Estatística, 2012. 978-989-25-0181-9.
- .. INR. Decreto-Lei nº163/2006. INR. [Online] 30 de Julho de 2010. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/4/decretolei>.
- . INR. Desenho universal. *Instituto Nacional para a Reabilitação*. [Online] 13 de Agosto de 2014. [Citação: 13 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>.
- INR. Instituto Nacional de Reabilitação. [Online] 2016. [Citação: 11 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/3515/premio-concelho-mais-acessivel>.
- . INR. Lançamento do Programa RAMPA. INR. [Online] 12 de Julho de 2010. [Citação: 2 de Março de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/1192/lancamento-do-programa-rampa>.
- . INR. O que é a CIF? *Instituto Nacional para a Reabilitação*. [Online] 23 de Abril de 2010. [Citação: 18 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>.
- . INR. Relatório anual sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado em saúde. INR. [Online] 30 de Março de 2017. [Citação: 18 de Agosto de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/1185/lei-da-nao-discriminacao>.
- . INR. *Relatório Final de Execução da Estratégia Nacional para a Deficiência*. Lisboa : s.n., 2013.
- . INR. Sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência. *Instituto Nacional de Reabilitação*. [Online] 17 de Fevereiro de 2011. [Citação: 2 de Outubro de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/73/sistema-quotas-emprego>.
- . Secretariado Nacional De Reabilitação. Instituto Nacional de Estatística, Social, . Departamento de Estatística do ex-Ministério do Emprego e da Segurança e . 1995. Inquérito Nacional às incapacidades, deficiência e desvantagens. *Instituto Nacional de Reabilitação*. [Online] 1995. [Citação: 8 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/uploads/docs/infestatistica/InqueritoSNR.rtf>.
- POTTER, Patricia, et al. *Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição*. São Paulo : ELSEVIER, 2013. 978-85-352-6153-0
- QUINTANA, Júlia de Moura, et al. A utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, Vol. IV.
- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 28/90, de 23 de Outubro. Carta Europeia de Autonomia Local. *D.R. Série I. Nº245 (1990-10-23)*.
- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA nº56/2009, . Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. *Diário da República. 1.ª série - Nº 146 - 30 de Julho de 2009*. pp. 4929-4933.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 9/2007, . Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade. *D.R. I Série. Nº 12 (2007-01-17)*. pp. 366-377.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº120/2006. I Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidades. *D.R. Série I. Nº 183 (2006-09-21)*. pp. 6954-6964.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº82/2007. III Plano Nacional para a Igualdade - Cidadania e Género. *D.R. I Série. Nº 119 (2007-06-22)*. pp. 3949-3987.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº97/2010, . Estratégia Nacional para a Deficiência. *D.R.Série I. Nº 240 (2010-12-14)*.

REBELO, Maria Teresa. O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In BASTO, Marta Lima. *Cuidar em Enfermagem - Saberes da prática*. Coimbra : FORMASAU, 2012.

RIBEIRO, José Luís Pais. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. s.l. : Legis Editora/Livpsic, 2010. 978-989-8148-46-9.

RODRIGUES, Carlos. *Governança de organizações públicas em Portugal: a emergência de modelos diferenciados*. s.l. : Edições Pedagogo, 2011. 978-989-8449-04-7.

ROPER, Nancy, Logan, Winifred e Tierney, Alison J. *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. . Lisboa : Climepsi Editores, 2001. 972-796-013-8.

ROVIRA-BELETA, Enrique e FOLCH, Ana. Descripción de La Guía. *Guía de la Barcelona accesible*. [Online] 2007. [Citação: 18 de Dezembro de 2016.] <http://www.vienaeditorial.com/barcelonaaccesible/index.htm>.

ROY, Callista e ANDREWS, Heather A. *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. s.l. : Instituto Piaget, 2001. 972-771-175-8.

RUFINO, Alexandra Cronemberger e BONFIM, Washington Luís de Sousa. Diversas abordagens conceituais sobre o trabalho em rede. *Revista Barbarói - Departamentos de Ciências Humanas da Universidade de Santa Cruz do Sul* . 2015, Vol. 45.

SANCHEZ, Hugo Machado, et al. Avaliação postural de indivíduos portadores de deficiência visual através da biofotogrametria computadorizada. *Fisioterapia e movimento*. 2008, Vol. 21.

SANGREMAN, Carlos e MARTINS, Deolinda. O poder local e a modernização administrativa. In SILVESTRE, Hugo Consciência e ARAÚJO, Joaquim Filipe. *Coletânea em Administração Pública*. Lisboa : Escolar Editora, 2013.

SANTOS, Joana Raquel Neto Marques dos. *Mestrado Integrado em Medicina - Exercício físico na gravidez*. s.l. : FMUP, 2014.

SARAIVA, Ana Paula. Liderança política no feminino: As presidentes de câmara no poder local em Portugal. *Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher*. 37, 2017.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. s.l. : Wva, 2003. 9788585644116.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. A entrevista semi-dirigida. In GAUTHIER, Benoît. *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. s.l. : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003.

SCHALOCK, Robert L. e ALONSO, Miguel Angel Verdugo. *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington : American Association on Mental Retardation, 2002. 0-940898-77-2.

SCHERER, Rebeca e, versão traduzida de LE CORBUSIER. *A Carta de Atenas*. São Paulo : EDUSP, 1993. 85.314.0187-9.

SCHLINGENSIEPEN, J., et al. Empowering people with disabilities using urban public transport. *Procedia Manufacturing*. 2015, Vol. 3.

SIMÕES, Jorge Falcato e BISPO, Renato. Design inclusivo - Acessibilidade e usabilidade em produtos, serviços e ambientes. *Design includes you*. [Online] Maio de 2006. [Citação: 26 de Novembro de 2016.] <http://designincludesyou.org/wp-content/uploads/2012/04/DesigInclusivoVol1.pdf>. 972-9445-33-8.

SIMÕES, Jorge. *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Lisboa : ALMEDINA, 2004. 978-972-40-2342-7.

SOARES, Antonio Vinicius. A contribuição visual para o controle postural. *Revista de neurociências*. 2010, Vol. 18.

SOUSA SANTOS, Boaventura. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. *Revista Direitos Humanos*. 2009.

SOUSA, Jerónimo e cord., Cristina Rodrigues. Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem o Emprego e a Empregabilidade das Pessoas com Deficiência. *CRPG*. [Online] Dezembro de 2005. [Citação: 19 de Maio de 2017.] <http://www.crpq.pt/investigacao/Documents/colecao/desafios-movimento-030706.pdf>.

SOUSA, Magda Cristina de, LIMA, Patrícia Verônica e KHAN, Ahmad Saeed. Mecanismos de gestão municipal e a promoção dos direitos humanos. *Revista de Administração Pública*. 2015, Vol. 49.

STACEY, Ralph. *Pensamento estratégico e gestão da mudança. Perspetivas internacionais sobre dinâmica organizacional*. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1998. 972-20-1435-8.

SZPORLUK, Michael e PAL, Meritt Buyer Aninban. The Right to Adequate Housing for Persons With Disabilities Living in Cities. *UN- Habitat For a better urban future*. [Online] 2015. [Citação: 18 de Agosto de 2017.] <https://unhabitat.org/books/the-right-to-adequate-housing-for-persons-with-disabilities-living-in-cities/>. 978-92-1-132687-1.

TAVARES, Sónia, RODRIGUES, Maria João e SILVA, João Feijó da. Perfil do Autarca – Caracterização dos Eleitos Locais 2013. *Ministério da Administração Interna*. [Online] 2013. [Citação: Novembro de 21 de 2017.] <https://www.sg.mai.gov.pt/AdministracaoEleitoral/Publicacoes/SociologiaEleitoral/Documents/Perfil%20do%20Autarca2013.pdf>.

TELES, Paula. *A cidade das (i)Mobilidades. Manual técnico de acessibilidade e mobilidade para todos*. s.l. : mpt - mobilidade e planeamento do território, 2014. 978-989-8427-32-8.

—. *Guia de Acessibilidade e Mobilidade para Todos. Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. [ed.] Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Porto : Inova, 2007. 978-989-8051-04-2.

UE. INR - Instituto Nacional de Reabilitação. [Online] 13 de Maio de 2014. [Citação: 12 de Maio de 2017.] <http://www.inr.pt/content/1/40/uniao-europeia>.

—. Jornal Oficial das Comunidades Europeias. *Eur-lex*. [Online] 18 de Dezembro de 2000. [Citação: 2 de Março de 2017.] [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000X1218\(01\)&qid=1494622649554&from=PT](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000X1218(01)&qid=1494622649554&from=PT).

ULME, Andra. *Universal desing and sustainable spatial development. Material Science. Textile and Clothing Technology*. 2013.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS COUNCIL. *Thematic study on the work and employment of persons with disabilities. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. United Nations. Human Rights. Office of the high commissioner. [Online] 17 de Dezembro de 2012. [Citação: 21 de Novembro de 2017.] http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-25_en.pdf.

VALA, Jorge. A análise de conteúdo. [autor do livro] Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto : Edições Afrontamento, 1990.

VIEIRA, Henrique Corrêa, CASTRO, Aline Eggres de e JÚNIOR, Vitor Francisco Schuch. *O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes*. [ed.] Seminários de Administração. São Paulo : s.n., Setembro de 2010. 2177-3866.

VILA NOVA DE FAMALICÃO. Câmara Municipal; PORTUGAL. Caracterização do concelho. População. *Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão*. [Online] 2017. http://www.vilanovadefamalicao.org/_populacao.

VILLARES, Gerardo Santiago coord. *Manual de Accesibilidad para espacios públicos urbanizados del Ayuntamiento de Madrid. Madrid*. [Online] Julho de 2016. [Citação: 18 de Maio de 2017.] <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCMedios/noticias/2017/02Febrero/24Viernes/Notasprensa/ManualAccesibilidad/ficheros/Manual%20accesibilidad%20para%20e espacios%20p%C3%BAblicos%20urbanizados%202016.pdf>.

WENBERG, Hanna, STAHL, Agneta e HYDÉN, Christer. *Implementing accessibility in municipal planning - planner's view*. *Journal of Transport and Land Use*. 2009, Vol. 2.

WILLIAMS, Emma, et al. *Perspectives of basic wheelchair users on improving their access to wheelchair services in Kenya and Philippines: a qualitative study*. *BMC International Health and Human Rights*. 2017, Vol. 17.

“Autarquias inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”

ANEXOS

Anexo I – Guião da entrevista



GUIÃO DE ENTREVISTA

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“Autarquias inclusivas? A/o enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”.

Parte I – Contextualização

Rute Salomé da Silva Pereira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins, no âmbito da Dissertação de Mestrado encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Autarquias inclusivas? A/o enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”.

Este estudo tem como objetivos:

- Descrever a importância que os(as) presidentes de junta atribuem ao seu papel na acessibilidade;
- Identificar quais os constrangimentos que os(as) presidentes de junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas;
- Analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva;
- Caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos(das) presidentes de junta de freguesia;
- Compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Assim, convidamo-lo (a) a participar neste estudo dado que o seu contributo é indispensável para melhorar a rede de respostas entre a saúde e a autarquia face às questões da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada.

A utilização dos dados colhidos será exclusivamente para fins académicos, estando assegurada a confidencialidade das suas respostas, sem que qualquer informação leve à identificação dos/das participantes. Posteriormente, após tratamento e análise dos dados, caso assim queira poderá tomar conhecimento dos resultados obtidos pelo que o poderá solicitar através do endereço de correio eletrónico que indicamos abaixo. A aceitação em participar no estudo pressupõe a realização de uma entrevista que deverá ter a duração máxima de 1h onde serão colocadas questões com intuito de efetuar recolha de dados referentes à temática em estudo. Se concordar em participar agradecemos que preencha o formulário do consentimento informado.

Para facilitar a fidelidade das transcrições das ideias que vamos abordar solicitamos autorização para gravar sendo que, depois de validado o conteúdo transcrito as gravações serão eliminadas.

Parte II – Questões de contexto

Idade (em anos completos) _____ Género: Masculino
 Feminino

Há quantos anos exerce a função (em anos completos): _____

Habilitações académicas: 1º ciclo Licenciatura
 2º ciclo Mestrado
 3º ciclo Doutoramento
 Ensino Secundário

Profissão: _____

Parte III – Questões orientadoras da entrevista

PERGUNTAS DA ENTREVISTA

1. Considera que as juntas de freguesia têm uma importância estratégica para a promoção da acessibilidade para as pessoas com mobilidade condicionada? Porquê?
2. Existe uma partilha de poder decisório entre o município e as juntas de freguesia no que concerne às decisões sobre a acessibilidade no município?
3. Atualmente os presidentes de junta têm autonomia para implementar alterações que, compatíveis com o Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 Agosto, considerem relevantes para a promoção da acessibilidade na sua freguesia?
4. Como articulam os serviços do município com o presidente de junta para eliminarem barreiras arquitetónicas?
5. Que ferramentas o município tem dado às juntas de freguesia/presidentes de junta no sentido de os sensibilizar para a temática da acessibilidade e capacitar para o processo de tomada de decisão na eliminação de barreiras arquitetónicas? (p.ex. têm especificações técnicas, apoio técnico de consultadoria, informação sobre a temática)
6. As câmaras municipais são as entidades responsáveis pelos licenciamentos e autorizações de estabelecimentos destinados ao público (escolas, restauração, estabelecimentos de saúde). Tem conhecimento de quantos pedidos foram indeferidos por não respeitarem as condições de acessibilidade exigíveis?

7. O município tem algum funcionário com deficiência/ mobilidade condicionada no exercício de funções? Se sim, tem algum tipo de poder/representação no processo de tomada de decisão no município?
8. O município tem indicadores de acessibilidade que possam facilitar a análise da evolução da acessibilidade na via pública, equipamentos, transporte? (p.ex walkability)?
9. A câmara municipal tem uma base de dados com os edifícios públicos/ prestação de serviços que não cumprem os requisitos de acessibilidade? Sem sim, foi-lhes dado algum tipo de feedback para melhorar a acessibilidade?
10. A câmara municipal tem o símbolo internacional de acessibilidade localizado de modo a ser facilmente visto, lido e entendido por uma pessoa de pé ou sentada?
11. Considerando a proximidade com os cidadãos as juntas de freguesia apresentam em si uma importância estratégica para a promoção da acessibilidade. Quais as barreiras arquitetónicas que os presidentes de junta devem considerar da sua responsabilidade eliminar?
12. O que tem sido feito no município para melhorar as condições de acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada?
13. No município existe algum tipo de colaboração entre os órgãos do município e as associações representantes das pessoas com deficiência/ pessoas com mobilidade condicionada, por exemplo na elaboração dos planos diretores municipais?
14. É feito algum tipo de contacto/auscultação com os munícipes com ou sem mobilidade condicionada no sentido de perceber o que sentem quando andam na via pública?
15. De que forma uma pessoa com deficiência/ mobilidade condicionada pode fazer para solicitar a eliminação de barreiras arquitetónicas (via pública, estabelecimentos públicos...) melhorando as condições de acessibilidade e segurança?
16. Tem lembrança de uma proposta de melhoria da acessibilidade por parte de algum/a profissional de saúde como por exemplo, médico/a, enfermeira/o, fisioterapeuta, assistente social e/ou cidadão/ cidadã?

Muito obrigada pelo seu contributo!

Anexo II – Questionário *ad hoc*



Rute Salomé da Silva Pereira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins, no âmbito da Dissertação de Mestrado encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Autarquias inclusivas? A/o enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”.

Este estudo tem como objetivos:

- Descrever a importância que os/as presidentes de junta atribuem ao seu papel na acessibilidade;
- Identificar quais os constrangimentos que os/as presidentes de junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas;
- Analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva;
- Caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/das presidentes de junta de freguesia;
- Compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Assim, convidamo-lo (a) a participar neste estudo dado que o seu contributo é indispensável para melhorar a rede de respostas entre a saúde e a autarquia face às questões da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada.

A utilização dos dados colhidos será exclusivamente para fins académicos, estando assegurada a confidencialidade das suas respostas, sem que qualquer informação leve à identificação dos/das participantes. Posteriormente, após tratamento e análise dos dados, caso assim queira poderá tomar conhecimento dos resultados obtidos pelo que o poderá solicitar através do endereço de correio eletrónico que indicamos abaixo. A resposta ao questionário deverá demorar aproximadamente 20 minutos. Se concordar em participar agradecemos que preencha o formulário do consentimento informado, que junto anexamos. Se por qualquer razão não quiser participar neste estudo, agradecemos de igual modo a sua atenção.

Desde já agradecemos o seu contributo.

Contactos:

Telemóvel: 93 401 57 54

Email: rutesalomesilvapereira@gmail.com

mmartins@esenf.pt

A investigadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rute Pereira', written in a cursive style.

(Rute Pereira)

Idade (em anos completos) _____

Género: Masculino

Feminino

Há quantos anos exerce a função de autarca (em anos completos): _____

Habilitações académicas:

1º ciclo

Licenciatura

2º ciclo

Mestrado

3º ciclo

Doutoramento

Ensino Secundário

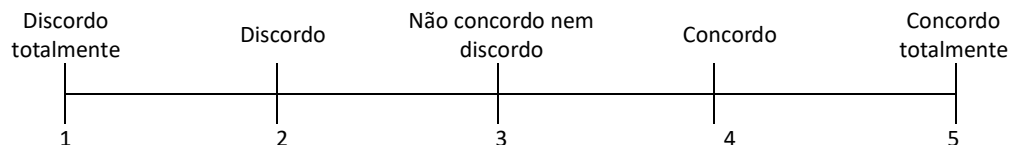
- 1) No seu exercício de competências e, sem prejuízo das demais, que importância dá à eliminação de barreiras arquitetónicas como promoção da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada?



- 2) Tem conhecimento de quantas pessoas com deficiência física existem na junta de freguesia que preside?

Total _____ Não sei

- 3) As juntas de freguesia e os(as) respetivos(as) presidentes têm uma importância estratégica para a promoção da acessibilidade para uma autarquia inclusiva dada a proximidade com os cidadãos/ cidadãs?



- 4) Coloque uma cruz (X) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua situação:

	Sim	Não	Não sabe/ Não tem opinião
a. A junta de freguesia que preside tem o símbolo internacional de acessibilidade localizado de modo a ser facilmente visto, lido e entendido por uma pessoa de pé ou sentada?			
b. Na junta de freguesia que preside existem locais de uso público com barreiras arquitetónicas?			
c. No seu mandato autárquico realizou intervenções no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas na sua autarquia?			

- 5) Se respondeu **Sim** na **alínea c** da pergunta anterior identifique qual foi a área de intervenção:
(se respondeu **Não** ou **Não sabe**/ **não tem opinião** passe para a próxima pergunta)

	Sim	Não	Não aplicável
a. Passeios e percursos pedonais acessíveis			
b. Instalações sanitárias de acesso público			
c. Desocupação/ alteração da localização na via pública de mobiliário urbano (remoção pilaretes, papeleiras, esplanadas, bocas de incêndio...)			
d. Acesso a museus, teatros, cinemas, bibliotecas públicas			
e. Acesso a estabelecimentos de educação pública			
f. Acesso a equipamentos desportivos públicos			
g. Acesso à piscina pública através de meios mecânicos			
h. Alteração de sinalização vertical/horizontal			
i. Acesso a equipamentos como cemitério e mercado			
j. Acesso a parques e jardins públicos			
k. Passagens de peões (passadeiras)			

- 6) Na sua prática, como presidente de junta freguesia, quais as dificuldades que encontra no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas?

Por favor considere: Discordo totalmente (1); Discordo (2); Não concordo nem discordo (3); Concordo (4); Concordo totalmente (5) e assinale com uma cruz (x) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua opinião

	1	2	3	4	5
a. Na atribuição clara das competências das juntas de freguesia					
b. Na insensibilidade política para as questões da acessibilidade					
c. No incumprimento da legislação					
d. Na falta de fiscalização					
e. Na ausência de recursos financeiros					
f. Na ausência de recursos humanos qualificados					
g. Na ausência de formação sobre a temática da acessibilidade					
h. Na ausência de formação sobre especificações técnicas de acessibilidade de acordo com o decreto-lei n.º 163/2006, de 8 Agosto					
i. Na ausência de apoio técnico para fundamentar o processo de tomada de decisão					
j. Na ausência de protocolos de atuação para receber pedidos					
k. Na ausência de protocolos de atuação para efetuar diagnósticos					
l. Na ausência de protocolos de atuação para planear intervenções					
m. Na ausência de uma política de partilha de poder decisório entre o município e as juntas de freguesia no que concerne às decisões sobre a acessibilidade no município					
n. Na ausência de participação dos cidadãos/cidadãs					
o. Na ausência de participação das associações representativas das pessoas com deficiência/mobilidade condicionada					
p. No desconhecimento do meio (falta de levantamento de necessidades)					
q. No desequilíbrio entre a legislação em vigor e a realidade					

- 7) Quais são as barreiras arquitetônicas que identifica na junta de freguesia que preside como problemáticas, para o acesso a locais públicos de pessoas com mobilidade condicionada?

Por favor considere: *Discordo totalmente (1); Discordo (2); Não concordo nem discordo (3); Concordo (4); Concordo totalmente (5) e assinale com uma cruz (x) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua opinião*

	1	2	3	4	5
a. Existência de degraus					
b. Ausência de rampas alternativas ou, se existem têm inclinação elevada (superior 6%)					
c. Ausência de elevadores com medidas adequadas para o uso de cadeira de rodas (1,1m de largura por 1,4m profundidade)					
d. Ausência de plataformas elevatórias quando necessário					
e. Piso em mau estado de conservação					
f. Ausência de corrimãos					
g. Ausência de WC adaptados					
h. Balcões /guichets de atendimento com alturas elevadas					
i. Portas de dimensões insuficientes para uso em cadeira de rodas (largura de 0,8m)					
j. Ausência de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada					
k. Existência de estacionamento para pessoas com mobilidade condicionada contudo sem as dimensões adequadas (largura útil superior a 2,5m; faixa ateral de acesso com largura útil superior 1m e comprimento útil superior a 5m)					
l. Espaços públicos sem um único percurso acessível em cadeira de rodas					
m. Espaços públicos sem espaço livre adequado para manobras em cadeira de rodas (rotação da cadeira de rodas em 360°)					
n. Presença de mobiliário urbano na via pública que se torna um obstáculo à sua utilização pedonal (árvores, bancos, papelarias, etc)					
o. Ausência de semáforos					
p. Ocupação abusiva dos passeios através de estacionamento indevido					
q. Ausência de passarelas					

- 8) Na junta de freguesia que preside uma pessoa com mobilidade condicionada pode solicitar apoio para:

Considere *Apoio técnico (1); Apoio financeiro (2); Outro tipo de apoio (3) e Não é da competência da junta de freguesia (4) e assinale com uma cruz (x)*

	1	2	3	4
a. Eliminar barreiras arquitetônicas existentes nos percursos pedonais que lhe são necessários para o desenvolvimento e continuidade da sua vida diária				
b. Eliminar barreiras arquitetônicas existentes no acesso ao meio edificado				
c. Eliminar barreiras arquitetônicas em equipamentos públicos				
d. Eliminar barreiras arquitetônicas nos percursos envolventes à sua área habitacional				
e. Realizar obras dentro da habitação para facilitar a mobilidade				

- 9) Na junta de freguesia que preside algum/a profissional de saúde e/ou cidadão/ cidadã apresentou alguma proposta de melhoria das condições de acessibilidade?

(Coloque uma cruz (X) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua situação)

	Sim	Não	Não me lembro
Médico/a			
Enfermeiro/a			
Fisioterapeuta			
Assistente Social			
Cidadão/ cidadã			

- 10) Na junta de freguesia que preside e considerando que: Sim (1); Não (2); Não na sua totalidade (3); Não sabe (4); não aplicável (5) e assinale com uma cruz (x) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua opinião

	1	2	3	4	5
a. Os espaços comuns no interior de edifícios, como por exemplo a junta de freguesia, permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas (largura livre superior a 0,9m)?					
b. Os edifícios de uso público com mais de um piso têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por uma pessoa em cadeira de rodas (largura $\geq 1,1$ m e profundidade $\geq 1,4$ m)?					
c. Os edifícios de uso público com mais de um piso têm plataformas elevatórias (quando não têm elevador)?					
d. Os passeios da via pública permitem andar de forma segura em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebés? (largura livre superior a 0,9m)					
e. O revestimento do piso dos passeios tem uma superfície estável, durável e firme?					
f. O piso é contínuo não possuindo juntas com uma profundidade superior a 0,005m?					
g. Nos passeios existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada (árvores, sinalização vertical de trânsito, papeleiras, mupis)?					
h. Nos passeios existe uma zona específica para a colocação de mobiliário urbano como árvores, telefones públicos...?					
i. Os passeios têm em toda a sua extensão uma largura livre de pelo menos 1,2 m?					
j. Existem zonas de manobra que permitem mudança de direção de uma pessoa em cadeira de rodas fazendo uma rotação de 360°?					
k. As zonas de permanência de pessoas têm uma zona livre de $\geq 0,75$ m por $\geq 1,20$ m?					
l. A altura livre de obstruções de espaços não encerrados é superior a 2,40 m?					
m. A altura do lancil em toda a largura das passadeiras não é superior a 0,02m?					
n. Os sumidouros são colocados em locais que permitem o rápido escoamento das águas pluviais e a secagem dos pavimentos?					
o. A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na direção do percurso tem até 5%?					
p. Os semáforos que sinalizam a travessia de peões estão equipados com mecanismos que emitem sinal sonoro de aviso para a passagem?					
q. O sinal verde de travessia para peões quando aberto permite a travessia a uma velocidade de 0,4m / segundo?					
r. A botoneira do semáforo está localizada a uma altura do piso entre 0,8 e 1,2 m?					
s. As passadeiras têm os seus limites assinalados no piso por alteração da textura (piso táctil) ou pintura com cor contrastante?					
t. Nas passagens de peões desniveladas as rampas possuem plataformas horizontais de descanso na base e no topo?					
u. Nas passagens de peões desniveladas as rampas têm uma largura $\geq 1,5$ m?					
v. Nas passagens de peões desniveladas as rampas têm corrimãos duplos situados respetivamente a uma altura da superfície da rampa de 0,75 e 0,9 m?					
w. Existem formas de vencer desníveis na via pública (rampas, escadas ou ambos)?					
x. As rampas na via pública que vencem desníveis superiores a 0,4 m têm corrimão de ambos os lados?					
y. Se a largura da rampa é superior a 3 m existe um duplo corrimão central?					
z. A inclinação das rampas é de 6% para uma projecção até 10 m e um desnível até 0,6 m?					
aa. Nas escadarias da via pública existem patamares com uma faixa de aproximação com revestimento de textura diferente e cor contrastante com o piso?					
bb. Quando a escadaria vence desníveis superiores a 0,4 m tem corrimão de ambos os lados ou corrimão central?					
cc. A altura do corrimão das escadarias está entre 0,85 e 0,9 m (focinho dos degraus e bordo superior do elemento preênsil)?					
dd. A escadaria é constituída por degraus que cumprem uma das seguintes relações dimensionais: (Altura do espelho x comprimento do cobertor)					
1) 0,10 – 0,40 a 0,45 m					
2) 0,125 – 0,35 a 0,40 m					
3) 0,15 – 0,30 a 0,35 m					
ee. Existem abrigos em todas as paragens de autocarro/ elétrico?					
ff. A altura do lancil de entrada para o abrigo é $\leq 0,02$ m?					
gg. O acesso frontal ou lateral para o abrigo tem uma largura $\geq 0,80$ m e não apresenta obstáculos (árvores, placas de informação...)?					

11) Na sua freguesia uma pessoa em cadeira de rodas/mobilidade condicionada consegue aceder aos seguintes espaços:

Considere as seguintes definições e assinale com uma cruz (x) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua opinião

1. Não acessível	Totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2. Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;
3. Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível.
4. Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5. Não aplicável	Se não existir esse espaço na sua freguesia

Adaptado de Rovira-Beleta, et. al: 2006

	1	2	3	4	5
a. À junta de freguesia?					
b. À igreja ou outro local de culto?					
c. Ao cemitério?					
d. Ao centro de saúde ou outro local de prestação de cuidados de saúde?					
e. À creche/jardim-de-infância?					
f. À escola E.B.1, E.B. 2.3?					
g. A equipamentos desportivos / campos de futebol/ piscina pública?					
h. Ao mercado?					
i. À biblioteca?					
j. Aos museus e teatros?					
k. À estação de caminho-de-ferro ou central de camionagem?					
l. A lares/ residências/ centros de dia?					
m. A cafés?					
n. Ao supermercado/ lojas de conveniência?					
o. À estação de correios?					
p. A bancos?					
q. A multibancos?					
r. A postos de abastecimento de combustível?					

12) Acrescente alguma opinião sobre o assunto que considere relevante e não tenha sido abordada no questionário.

Muito obrigada pelo seu contributo!

Anexo III – Pedido de autorização



À Presidência da Câmara Municipal XXXX:

Exmo. Dr. XXX e responsável do gabinete/departamento para a acessibilidade do município

Porto, 10 de Janeiro de 2017

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

No âmbito da Dissertação de Mestrado, Rute Salomé da Silva Pereira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins, vimos por este meio solicitar a V. Ex. a autorização para desenvolver no Município que preside, a realização do estudo subordinado ao tema “Autarquias inclusivas? A/o enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas”.

Neste estudo pretendemos realizar entrevistas aos/às responsáveis pelos gabinetes/departamentos da acessibilidade dos municípios incluídos no estudo e aplicar um questionário de autopreenchimento a todos (as) os/as presidentes de junta do seu município e tem como objetivos: descrever a importância que os/as presidentes de junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade; identificar quais os constrangimentos que os/as presidentes de junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas; analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva; caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/das presidentes de junta de freguesia; compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Mais informamos ter parecer favorável do Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Para o devido efeito, encontra-se em anexo toda a documentação necessária para a sua análise.

Estamos disponíveis para algum esclarecimento que julgue necessário.

Atentamente,

A investigadora

(Rute Pereira)

Anexo IV – Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

(De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Investigadora: Rute Salomé da Silva Pereira

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Martins

O presente trabalho de investigação subordinado ao tema “Autarquias inclusivas? A/o enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas” insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto e será desenvolvido pela estudante Rute Salomé da Silva Pereira e orientado pela Professora Doutora Maria Manuela Martins.

Considerando que as barreiras arquitetónicas fomentam a exclusão e a desigualdade entre os cidadãos/cidadãs, ao investir a este nível poderemos promover sociedades mais inclusivas e esclarecidas melhorando a rede de respostas entre a saúde e a autarquia face às questões da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada.

O presente estudo tem como objetivos: descrever a importância que os/as presidentes de junta atribuem ao seu papel na temática da acessibilidade; identificar quais os constrangimentos que os/as presidentes de junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas; analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva; caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos/das presidentes de junta de freguesia; compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Os instrumentos de colheita de dados deste estudo serão: entrevista semi-estruturada gravada aos/às responsáveis pelos gabinetes/departamentos da acessibilidade dos municípios incluídos no estudo e um questionário *ad hoc de* autopreenchimento aplicado aos/às presidentes das juntas de freguesia dos respetivos municípios. A sua participação neste estudo é voluntária e pode abandonar o estudo a qualquer momento sem que daí resulte prejuízo para si. Não estão contemplados quaisquer riscos para os/as participantes deste estudo. Ainda, de referir que o presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A informação fornecida para este estudo é anónima e confidencial. Uma vez preenchido o questionário, as respostas fornecidas serão introduzidas numa base de dados confidencial a que só os membros envolvidos na investigação têm acesso. Relativamente aos participantes na entrevista asseguramos que nunca haverá referência ao nome ou outro dado que identifique o/a participante. A utilização dos dados colhidos será exclusivamente para fins académicos, e os resultados da investigação poderão ser utilizados para produção científica e divulgados em eventos e periódicos científicos.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo. Por favor, leia com atenção a seguinte informação e, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

A investigadora

(Rute Pereira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo V – Parecer da Comissão de Ética

Anexo 2 à Ata n. 11/2017



Escola Superior de Enfermagem do Porto Comissão de Ética

Parecer sobre o projeto: **Autarquias inclusivas? A/O enfermeira/o de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas**

Data da submissão à CE: 12 de janeiro de 2017

Documentos que compõem o processo de submissão:

- Modelo 102.00: Requerimento de submissão do estudo à Comissão de Ética da ESEP
- Modelo 92.00: Questionário para submissão de projeto de investigação à Comissão de Ética da ESEP
- Resumo do Estudo/Projeto
- Informação ao participante
- Declaração de Consentimento Informado

O trabalho irá ser desenvolvido no âmbito da dissertação de mestrado pela aluna Rute Salomé da Silva Pereira do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Investigador Responsável:

Prof^ª Maria Manuela Martins

Instituições Envolvidas:

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Objetivos:

- Descrever a importância que os(as) presidentes de junta atribuem ao seu papel na acessibilidade;
- Identificar quais os constrangimentos que os(as) presidentes de junta vivenciam no sentido de abolir as barreiras arquitetónicas;
- Analisar as mudanças desenvolvidas a nível local para permitir uma sociedade mais inclusiva;
- Caracterizar as autarquias quanto à acessibilidade na perspetiva dos(das) presidentes de junta de freguesia;
- Compreender os processos de abolição de barreiras arquitetónicas quando ocorre mobilidade condicionada.

Participantes e Métodos:

O presente estudo será exploratório e descritivo seguindo um processo de colheita de dados misto onde se utilizam metodologia qualitativa e quantitativa.

Os instrumentos de colheita de dados deste estudo serão a entrevista semiestruturada aos/às responsáveis pelos gabinetes/departamentos da acessibilidade dos municípios e um questionário *ad hoc* aos/às presidentes das juntas de freguesia.

Parecer:

Face à contextualização do problema da acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada pretende este estudo perceber se os órgãos autárquicos estão sensibilizados na eliminação das barreiras arquitetónicas as quais se encontram diretamente associadas à problemática da reintegração social da pessoa com esta problemática.

Considera-se a metodologia escolhida ajustada aos objetivos do estudo. Quanto aos participantes como não existe nenhuma referência à área em que são autarcas, o anonimato esta totalmente protegido.

Concluimos que o estudo não coloca questões ético-legais que impeçam a sua realização, pelo que a comissão é de parecer positivo.

Porto, 31 de janeiro de 2017

O relator



Teresa Tomé Ribeiro

P'ela Comissão de Ética



Ana Paula França
Coordenadora da CE ESEP