

ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIAS EM AMBIENTES PÚBLICOS E PRIVADOS: UM ESTUDO DE CASO

ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN CON DEFICIENCIAS EN AMBIENTES PÚBLICOS Y PRIVADOS: UN ESTUDIO DE CASO

ACCESSIBILITY OF POPULATION WITH DISABILITIES IN PUBLIC AND PRIVATE SPACES: A STUDY CASE

Euler Sánchez Ocampo*,**

eulersanchez@id.uff.br

Newton Narciso Pereira*

newtonpereira@id.uff.br

Franciele Regina Leandro*

franciele_est@yahoo.com.br

Julianna Duarte Ribeiro*

anailuj95@yahoo.com.br

*Universidade Federal Fluminense – UFF, Volta Redonda/RJ, Brasil

** Faculdade Sul Fluminense, Volta Redonda/RJ, Brasil

Resumo

A acessibilidade e mobilidade das pessoas com deficiências a locais públicos e privados está limitada por inúmeras barreiras físicas e culturais oriundas da inadequação destes espaços, a falta de civismo e a inclusão das pessoas com deficiências (PcDs) a esses locais. Diversos estudos identificam quais as variáveis estruturais e ambientais que influenciam na acessibilidade aos espaços públicos e privados. Esta pesquisa aplicou um questionário a uma amostra de PcDs da cidade de Volta Redonda no estado do Rio de Janeiro para avaliar a percepção relacionada a acessibilidade fornecida pelos locais públicos e privados. Logo, apresenta-se o perfil demográfico dos PcDs entrevistados, além dos resultados de testes de associação aplicados às variáveis apontadas pelos PcDs como garantidoras de acessibilidade. Os resultados demonstram que 86% dos PcDs estavam insatisfeitos com a acessibilidade a locais privados ocasionados pela infraestrutura interna do local e o despreparo dos atendentes. Assim, 41% dos PcDs manifestaram insatisfação quanto à acessibilidade aos locais públicos devido à infraestrutura externa e vias de acesso a estes locais. Finalmente, demonstra-se que ambos locais devem melhorar o atendimento ao público e a infraestrutura para facilitar a acessibilidade e inclusão dos PcDs visto que 76,29% dos entrevistados requer suporte para locomoção.

PALAVRAS CHAVE: Acessibilidade; Mobilidade; Ambiente urbano; Deficiência.

Resumen

La accesibilidad y movilidad de las personas con discapacidad a lugares públicos y privados está limitada por numerosas barreras físicas y culturales derivadas de la inadecuación de estos espacios, la falta de espíritu cívico y la inclusión de personas con discapacidad (PwDs) en estos lugares. Varios estudios identifican qué variables estructurales y ambientales influyen en la accesibilidad a los espacios públicos y privados. Esta investigación aplicó un cuestionario a una muestra de personas con discapacidad de la ciudad de Volta Redonda en el estado de Río de Janeiro para evaluar la percepción relacionada con la accesibilidad que brindan los lugares públicos y privados. Por tanto, se presenta el perfil demográfico de las PwD entrevistadas, además de los resultados de las pruebas de asociación aplicadas a las variables definidas por las PwD como garantes de accesibilidad. Los resultados muestran que el 86% de las personas con discapacidad estaban insatisfechas con la accesibilidad a lugares privados provocada por la infraestructura interna del lugar y la falta de preparación de los asistentes. Así, el 41% de las personas con discapacidad expresó su descontento con la accesibilidad a los lugares públicos debido a la infraestructura externa y las vías de acceso a estos lugares. Finalmente, se muestra que ambas ubicaciones deben mejorar el servicio público y la infraestructura para facilitar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad, ya que el 76,29% de los encuestados requieren apoyo para la movilidad.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad; Movilidad; Ambiente urbano; Deficiencia.

Abstract

The accessibility and mobility of people with disabilities to public and private places is limited by numerous physical and cultural barriers arising from the inadequacy of these spaces, the lack of civism, and the inclusion of people with disabilities (PwD) to these places. Several studies identify which structural and environmental variables influence accessibility to public and private spaces. This research applied a questionnaire to a sample of PwDs in the city of Volta Redonda in Rio de Janeiro to assess the perception related to accessibility provided by public and private places. Therefore, the PwDs profile is characterized and an association test is applied to different variables defined by the PwDs as a guarantee of accessibility. The results demonstrate that 86% of PwDs were unsatisfied with the accessibility to private places due to the internal infrastructure and the unpreparedness of the attendants. Thus, 41% of PwDs expressed dissatisfaction with accessibility to public places due to the external infrastructure and access routes. Finally, it is shown that both places should improve public service and infrastructure to facilitate accessibility and inclusion of PwDs since 76.29% of respondents require mobility support.

KEYWORDS: Keywords: Accessibility; Mobility; Urban environment; Deficiency.

1. Introdução

De acordo com a Lei 10.098 de 2000, a pessoa com deficiência possui impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e que em interação com outras barreiras

externas, obstruem a sua participação plena e efetiva nos diversos espaços e atividades sociais, não sendo possível garantir a igualdade de condições para eles (Brasil, 2000).

Apesar da definição apresentada na lei, o conceito por trás do termo “deficiência” está em constante evolução, tendo caráter multidimensional, uma vez que sua origem se deu através de uma construção social (Marques, 2007).

Esse conceito não se limita ao atributo biológico como muitos assumem, mas se refere à interação entre a pessoa e as barreiras ou elementos facilitadores presentes no ambiente, nas atitudes, na provisão de acessibilidade e as tecnologias assistivas (Maior, 2017). A definição de pessoa com deficiência (PcD) supera as leis tradicionais que se baseiam no aspecto clínico da deficiência; assim, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade considerando-as como atividades desempenhadas por indivíduos que apresentam alterações funcionais e estruturais no seu corpo e/ou mente (Farias & Buchalla, 2005).

Fatores atrelados ao ambiente e ao meio físico-estrutural impedem o desenvolvimento pleno dos PcDs (Fregolente, 2008). Assim, (Cambiaghi&Carletto, 2016) demonstram que os projetos de infraestrutura urbana devem considerar as limitações dos PcDs e assim facilitar a acessibilidade e mobilidade.

Portanto, garantir a inclusão social para o livre desenvolvimento dos PcDs se faz indispensável pois eles também participam dos espaços públicos (Fregolente, 2008). A inclusão social dos PcDs depende das políticas de acessibilidade e mobilidade estipuladas pelo governo, só assim é possível criar condições para que os projetos de infraestrutura e construção sejam inclusivos (Senado Federal, 2015). Outros fatores como a conscientização e o bom senso da população civil são fundamentais na garantia da inclusão social dos PcDs (Ferreira, 2012).

Em vista das diversas limitações de acessibilidade vivenciadas pelos PcDs e a influência que tem a adequação estrutural dos locais públicos e privados nestas limitações, a presente pesquisa investiga qual a percepção que os PcDs da cidade de Volta Redonda (RJ) têm, quanto a acessibilidade a locais públicos e privados na área urbana desta cidade.

A pesquisa é considerada inédita uma vez que abrange uma lacuna científica ainda não abordada na região Sul Fluminense, além de permitir caracterizar aspectos demográficos desta população visto que o último censo foi feito em 2016. Além disso, esta pesquisa consulta diretamente a opinião dos PcDs quanto as variáveis que influem na acessibilidade a estes locais e usa de análises de associação entre estas variáveis, fato que imprime ainda mais ineditismo neste tipo de pesquisa.

A pesquisa utilizou questionários estruturados aplicados a uma amostra de PcDs da cidade de Volta Redonda. As informações coletadas foram analisadas através de estatística descritiva, teste de associação entre variáveis para determinar os fatores que os PcDs consideram ter maior relevância na acessibilidade a locais públicos e privados da cidade. A pesquisa destaca que a população PcD de Volta Redonda corresponde a indivíduos acima dos 45 anos (51%); assim, pelo menos 20% dos PcDs possuíam deficiências de caráter neurológico além de traumatismos raquimedulares.

Em soma, encontramos que 41% dos PcDs estão insatisfeitos em relação às condições de acessibilidade a locais públicos, e 86% aos locais privados; assim, os fatores promotores desta

insatisfação no caso dos locais privados, foram atrelados à infraestrutura externa (55%), enquanto que o (53%) foram atrelados à infraestrutura interna para o caso dos locais privados. Finalmente, os resultados apontam a necessidade de pesquisas futuras aprofundarem no estudo das variáveis que tem a maior influência na mobilidade e locomoção dos PcDs.

2. Revisão Bibliográfica

2.1. Tipos de deficiência

Diversos modelos teóricos têm sido adotados para definir o conceito de deficiência, uma vez que pode ser abordado através múltiplos enfoques (Mitra, 2006).

O principal modelo internacional que define o conceito de deficiência corresponde à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF proporciona uma linguagem unificada e padronizada para descrever os domínios da saúde do ser humano, agrupando diferentes definições atreladas a estes domínios de saúde, entre eles a Funcionalidade como o termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; e a Incapacidade, sendo o termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação do indivíduo (OMS, 2008).

Nesta linha, (Brault, 2012) categoriza os tipos de deficiências dos indivíduos em três domínios diferentes: comunicativo, mental e físico. Por outro lado, (Grönvik, 2007) apresenta cinco tipos de definições, que dependem de um critério de análise específico, sendo eles: (1) o funcional, que tem como critério adjacente à ausência de restrições das funções do corpo, (2) o relativo, que tem como critério as barreiras físicas e intelectuais impostas pelo entorno, (3) o social, que tem como critério as barreiras conceituais impostas pela sociedade, (4) o administrativo, que tem como critério os juízos legais e médicos que declaram a incapacidade ou deficiência do indivíduo, e por último (5) o subjetivo, que contempla a auto definição e auto concepção dos indivíduos como deficientes.

Segundo o Decreto nº 5.296/2004 da legislação brasileira, os diferentes tipos de deficiência estão categorizados como: deficiência física, auditiva, visual, mental (atualmente intelectual, função cognitiva) e múltipla. Assim, a deficiência física pode ser considerada como uma deficiência completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano.

As deficiências também estão atreladas à incapacidade por elas causadas, sendo elas: incapacidades temporárias e/ou incapacidades permanentes (Amiralian et al., 2000). Portanto, as primeiras correspondem aos casos em que os PcDs apresentam uma deficiência que prevalece por certo período de tempo, sendo possível eliminar ou reduzir as limitações por ela causadas. Enquanto que, a incapacidade permanente corresponde à limitação duradoura que pode ser tratada e mitigada, porém representará sempre uma limitação para o indivíduo que a possui (Pagliuca et al., 2007).

A terminologia utilizada atualmente para designar um indivíduo que possui limitações de qualquer cunho é “pessoa com deficiência”, pois a intensão é desviar o foco da limitação e sim conscientizar a respeito da ausência de uma habilidade que restringe a livre execução de uma tarefa em determinado tipo de atividade (American Psychological Association, 2019).

2.2. Conceito de mobilidade e acessibilidade

A CIF define a mobilidade do indivíduo dentro dos domínios que ele tem sobre uma certa atividade e a sua capacidade de participação social. Nesta definição, ela usa uma lista que engloba um qualificador de desempenho e a capacidade motriz do indivíduo para se desenvolver num ambiente habitual (OMS, 2008).

No contexto de desempenho e de capacidade, a mobilidade urbana pode ser compreendida como a facilidade de deslocamento dos indivíduos num ambiente público ou privado usando-se de diferentes vias e meios de deslocamento. Uma cidade com boa mobilidade urbana proporciona às pessoas um deslocamento confortável e seguro (Alsnih & Hensher, 2006). Segundo (Musselwhite & Haddad, 2010), a acessibilidade é definida na literatura como o conjunto de condições e possibilidades na estrutura urbana, que permitem a locomoção segura e independente em espaços públicos e privados, possibilitando ao PcD o direito de ir e vir a todos nos lugares que ele precisar.

O Plano de Mobilidade Urbana – PlanMob (SeMob - Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana, 2015) apresenta os conceitos de acessibilidade e mobilidade de forma articulada, defendendo que a construção das cidades sustentáveis será o produto de políticas que proporcionem acesso amplo e democrático aos espaços urbanos.

Nas últimas décadas, com o advento da fase da inclusão, se entende que a acessibilidade extrapola o meio físico ou arquitetônico, já que outros tipos de barreiras do tipo estrutural podem resultar em limitantes para atuação dos indivíduos da sociedade (Sasaki, 2005); assim, (Zajac, 2016) justifica que a adequação da infraestrutura urbana, limita notoriamente o desenvolvimento pleno e a inclusão das pessoas com deficiências nos espaços públicos e privados.

2.3. A inclusão da população PcD

Para o cumprimento das disposições constitucionais referentes à integração da pessoa com deficiência nos diferentes âmbitos sociais e civis, foi instituída a lei nº 7.853 de 1989, que garante o direito à inclusão na educação e no mercado de trabalho, criminalizando práticas discriminatórias (Brasil, 1989). A Norma Brasileira 9050 de 2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas visa promover que os ambientes públicos e privados proporcionem as condições necessárias para garantir a plena mobilidade do indivíduo com deficiência, de forma autônoma e segura para esta população (Agência Brasileira De Normas Técnicas, 2004).

A garantia de acessibilidade para a população deficiente também é tratada nas Leis 10.048 e 10.098/2000 e no Decreto 5296/2004, nelas se regulamentam as prioridades de atendimento às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (idosos, gestantes) e estabelece normas para a promoção da acessibilidade desta população (Brasil, 2000, 2004). Existe também o estatuto de inclusão da pessoa com deficiência (Lei 13.146/2015), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social (Brasil, 2015).

Outro marco para os direitos da pessoa com deficiência diz respeito à capacidade relativa prevista no Código Civil Brasileiro, a qual teve seus dispositivos alterados em 2016 ao retirar do status de absolutamente incapaz a pessoa com deficiência tal como mencionado no primeiro código civil (Lei nº 3.071/1916) (Escobar, 2016). Assim, no início de 2016 com a entrada em vigor a Lei nº 13.146/2015, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, além da modificação do segundo código civil brasileiro em 2002, geraram-se garantias para os portadores de deficiência de todos os tipos, e deixou-se claro que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa (Brasil, 2002, p. 406).

2.4. Desafios de mobilidade e acessibilidade enfrentados pelos PcDs

Muitos são os desafios encontrados pelas pessoas com deficiências (PcDs) no desenvolvimento das atividades diárias, especialmente nos ambientes urbanos e espaços em que a arquitetura e infraestrutura desconsidera os elementos mínimos que garantem a acessibilidade desta população (Sze&Christensen, 2017). Como agravante a esta problemática, soma-se o desconhecimento da população não deficiente quanto às condições mínimas de acessibilidade e mobilidade exigidas por lei para os estabelecimentos públicos e privados, o que torna a visão da sociedade indiferente às dificuldades cotidianas afrontadas pelos PcDs nos diferentes espaços urbanos (Abir&Hoque, 2011).

Nesta ótica, (Puime, 2013) classifica os espaços urbanos em três tipos: (I) espaços públicos de livre acesso, representados pelas avenidas, ruas, praças e parques; os espaços públicos com restrição de acesso, que se referem a prefeituras, fóruns, hospitais, instituições de ensino públicas, locais esses que apesar de públicos, a circulação de pessoas é controlada e restrita; (II) os espaços privados, de uso exclusivo de quem possui o local, sedo eles residências, lojas comerciais, instituições de ensino particular e shoppings. Por último, (III) os espaços privados acessíveis ao público, em que o acesso apenas é permitido mediante condições pré-determinadas como pagamento de ingresso ou despesas pela utilização do espaço.

Segundo (Alves & Archimedes, 2009) os principais problemas de mobilidade urbana nas cidades são os congestionamentos, conflitos entre diferentes modos de transportes, redução na segurança para pedestres, eliminação das áreas verdes visando ampliar espaços para circulação e estacionamentos de veículos, despreocupando-se das vias de circulação para os pedestres.

Nesta linha, (Barbosa, 2015) identificou que os indivíduos com deficiência se sentem limitados devido aos problemas supracitados, comprometendo a sua mobilidade e acessibilidade, situação que agrava o desenvolvimento destes indivíduos em espaços urbanos.

2.5. Estudando a acessibilidade

(Cambiaghi&Carletto, 2016) afirmam que, para a construção de um projeto de infraestrutura urbana, deve ser considerada a diversidade de usuários que farão uso do espaço, analisando aspectos como: fisionomia, idade e destreza motriz. Uma das dificuldades encontradas para a determinação do nível da acessibilidade no contexto dos espaços sustentáveis segundo (Machado & Lima, 2015) se deve à subjetividade dos métodos existentes para a sua avaliação.

Nesta linha (Guedes & Silva, 2017) propõem um método de cálculo do índice de acessibilidade para edificações através do percentual de itens que atendem aos critérios de acessibilidade em áreas urbanas exigidos pela NBR 9050 de 2004.

Apesar de existirem no Brasil leis orgânicas e normas técnicas como a Lei nº 10.048/2000 e a ABNT-9050 que garantam a mobilidade dos indivíduos com deficiências, problemas de sinalização (Pizzinatto, Bressan, & Guedes, 2015) e de adequação da infraestrutura urbana (Siqueira et al., 2009) ainda não são suficientes para garantir a acessibilidade em locais públicos e privados.

(Fregolente, 2008; Barbosa, 2015; Pizzinatto et al., 2015) estudaram a percepção e as dificuldades de acessibilidade dos PcDs a diferentes espaços públicos, demonstrando a insatisfação dos PcDs em relação à facilidade de locomoção em áreas e espaços urbanos. Já (Keppe, 2007) avaliou a qualidade das calçadas e travessias destinadas aos portadores de deficiência física através de um índice composto por quatro variáveis, demonstrando a insatisfação dos usuários respeito ao estado e conservação destes instrumentos.

Adicionalmente (Venter et al., 2002) analisou os problemas de acesso e mobilidade vivenciados por pessoas com deficiência físico-motora no transporte público urbano (ônibus e metrô). O estudo conclui que existem grandes lacunas quanto a acessibilidade fornecida por estes meios de transporte aos deficientes motrizes.

Por último, (Ferreira, 2012) afirma que a ausência de sensibilidade por parte de profissionais e de políticas de inclusão do governo, impedem a consideração de um novo perfil populacional que contemple as particularidades e necessidades das pessoas com deficiências.

3. Metodologia

3.1. Objetivo da pesquisa

Estabelecer qual a percepção das pessoas com deficiência (PcDs) quanto a acessibilidade fornecida pelos estabelecimentos públicos e privados da cidade de Volta Redonda (RJ). Além de estudar as relações existentes entre as variáveis que incidem na percepção de acessibilidade dos entrevistados que acessam a estes locais.

3.2. Abordagem e ferramenta de coleta

Foi adotado o método de pesquisa exploratório com descrição quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida através de um questionário estruturado contendo 39 perguntas, das quais 29 foram questões abertas e 10 fechadas. O questionário caracterizou variáveis demográficas dos deficientes motores e a sua percepção quanto acessibilidade fornecida por locais públicos e privados. O questionário contou com duas seções de perguntas. A primeira seção caracterizou variáveis demográficas dos PcDs, e seus hábitos de mobilidade no espaço urbano, a segunda seção estudou percepção quanto acessibilidade fornecida por locais públicos e privados.

3.3. População, amostragem e coleta de dados

A população PcD declarada pelo censo de 2010 para a cidade de Volta Redonda correspondeu a 16.551 indivíduos o que corresponde a aproximadamente 6,4% dos 257.803 habitantes (IBGE, 2010). Para calcular a amostra optou-se por um erro de 10% e um nível de confiança de 95%. Devido à população ser finita, e o universo ser pequeno (abaixo dos 100mil indivíduos), além disso foi considerado um Split (heterogeneidade nas respostas) de 50% considerando que os eventos seguem uma distribuição binomial:

$$p(X = k) = \binom{n}{k} * p^k * (1 - p)^{n-k}$$

Onde (p) é a probabilidade de verificar corretamente o fenômeno estudado (ser uma pessoa com deficiência) e (q) a probabilidade complementar. A seguir a Tabela 1 mostra os tamanhos das amostras considerando a população a ser estudada.

Tabela 1. Determinação do tamanho da amostra considerando um nível de confiança de 95% e um valor (p) conhecido

População	Nível de confiança =95%					
	Erro amostral= +/- 3%		Erro amostral= +/- 5%		Erro amostral= +/- 10%	
	Split 50/50	Split 80/20	Split 50/50	Split 80/20	Split 50/50	Split 80/20
100	92	87	80	71	49	38
250	203	183	152	124	70	49
500	341	289	217	165	81	55
750	441	358	254	185	85	57
1.000	516	406	278	198	88	58
2.500	748	537	333	224	93	60
5.000	880	601	357	234	94	61
10.000	964	639	370	240	95	61
25.000	1.023	665	378	243	96	61
50.000	1.045	674	381	245	96	61
100.000	1.056	678	383	245	96	61
1.000.000	1.066	678	383	245	96	61
100.000.000	1.067	683	384	246	96	61

Fonte: (Weber &Pérsigo, 2017)

Considerando o tamanho da população PcD de 16.551, o *Split* de 50%, erro de 10% e nível de confiança de 95%, selecionou-se a partir da Tabela 1 uma amostra de 95 indivíduos a serem entrevistados.

Para seleção das amostras e aplicação dos questionários, assumiram-se como pontos de aplicação dos questionários a Associação de Pais e Amigos Deficientes Físicos de Volta Redonda (APADEFI) e o Centro Municipal de Reabilitação Física (CEMURF). O critério de escolha destes dois locais deveu-se que ambos são institutos de caráter público e governamental que prestam serviços médicos direcionados ao tratamento e reabilitação de indivíduos PcDs na cidade de Volta Redonda e que utilizam o Sistema Nacional de Regulação de Saúde - SISREG.

3.4. Coleta, consolidação e análise de dados

Foram aplicados questionários *in-loco* em dois locais: APADEFI e CEMURF. Os questionários foram preenchidos automaticamente usando o *Google forms*®. O intervalo de aplicação dos questionários foi de setembro a outubro de 2018. Uma vez aplicados os questionários, os resultados foram exportados para *Excel*®. As respostas fechadas foram analisadas quantitativamente nas categorias predefinidas para cada uma; enquanto que, as perguntas abertas foram categorizadas antes da sua quantificação e análise. Posteriormente, foi realizada uma análise de associação entre as variáveis estudadas em cada uma das perguntas usando o software *SPSS*®.

3.4.1. Análises de associação entre as respostas - dados categóricos

A presença de dados categóricos coletados através do questionário possibilitou a análise das variáveis das perguntas através de índices de associação. Assim, optou-se pelo teste Qui-quadrado que tem por finalidade avaliar a associação entre duas variáveis X e Y; ou seja, verifica se as variáveis são independentes a partir da estatística de uma tabela de contingência (tabela formada por linhas e colunas de acordo com a quantidade de categorias de cada variável e a frequência de cada um) (SIEGEL, 2012). Logo, foi utilizado um nível de significância de 5% e as hipóteses testadas são:

H_0 : não há associação entre as variáveis (São independentes)

H_1 : há associação entre as variáveis (São dependentes)

Para identificar a intensidade da associação entre as respostas, foi utilizado o Coeficiente *V de Cramer*, sendo um parâmetro utilizado para tabelas que não são 2x2. Esse coeficiente complementa o Teste Qui-quadrado ao indicar a magnitude da associação existente entre as variáveis apresentada por este último teste.

O valor do coeficiente de *V de Cramer* encontra-se no intervalo [0,1], onde 0 representa a não associação entre as variáveis e 1 a máxima associação entre elas. Entretanto, Cohen (1988) propõe os níveis de associação representados na Tabela 2.

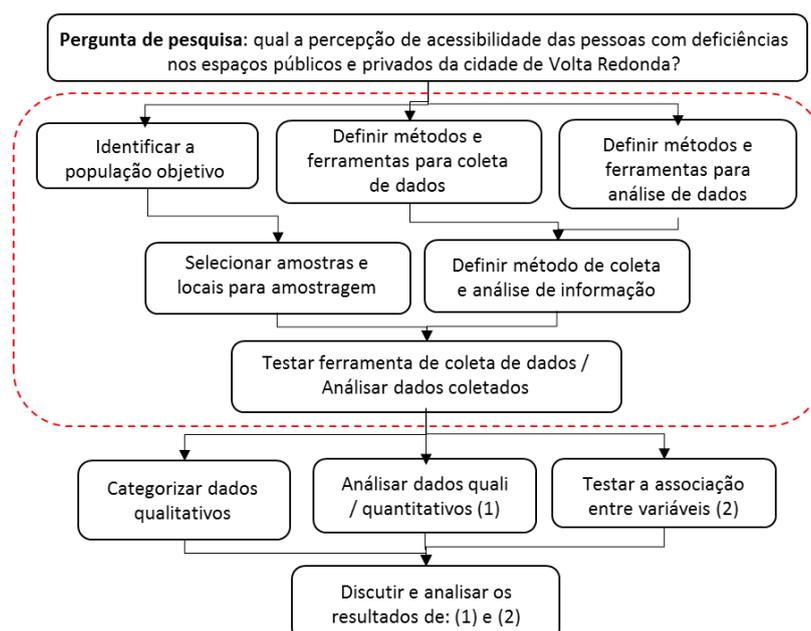
Tabela 2. Níveis de associação - coeficiente V de Cramer

Magnitude do efeito	Valor de <i>V de Cramer</i>
Pequena	0,1
Média	0,3
Grande	0,5

3.4.2. Fluxograma da pesquisa

O fluxo metodológico do desenvolvimento da pesquisa pode ser representado sucintamente pela Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da pesquisa



4. Resultados e Discussões

4.1. Caracterização demográfica da população PcD

A primeira seção do questionário foi dirigida ao mapeamento de características demográficas dos PcDs. A partir da Tabela 3 são consolidadas as principais informações demográficas da amostra estudada:

Tabela 3. Caracterização dos PcDs entrevistados

Característica	Faixa de respostas	Frequência	%
Tipo de deficiência – segundo incapacidade	Permanente	76	78%
	Temporária	21	22%
Local	Volta Redonda – Local	89	92%
	Cidadesvizinhas < 40 km	8	8%
Gênero	Feminino	44	45%
	Masculino	53	55%
Idade	Até 14 anos	11	11%
	De 15 a 24 anos	12	12%
	De 25 a 34 anos	9	9%
	De 35 a 44 anos	14	14%
	De 45 a 54 anos	22	23%
	De 55 a 64 anos	14	14%
Renda per-capita	Acima de 64 anos	15	15%
	Menos de 1 salário mínimo	2	2%
	De 1 a 2 salários	7	7%
	De 3 a 4 salários	1	1%
	De 5 a 6 salários mínimos	0	0%
	Mais de 7 salários mínimos	1	1%
Escolaridade	Não responde	86	89%
	Ensino Fundamental	57	59%
	Ensino Médio	21	22%

Ensino Técnico	3	3%
Ensino Superior	15	15%
PósGraduação	1	1%

Foi encontrado que 8% dos PcDs residem em cidades vizinhas a Volta Redonda, 5% na cidade Barra Mansa (a 8 Km), 2% na cidade de Pinheiral (a 11 km), 1% em Barra do Piraí (a 33 km). A APADEFI e o CEMURF atendem usuários da rede pública de saúde encaminhados através do sistema SisReg – DATASUS sendo preciso atender usuários de cidades vizinhas.

Observa-se que as faixas etárias com maior representatividade correspondem aos indivíduos acima dos 45 anos, concentrando aproximadamente 51% do total de respondentes. Neste grupo de 45 anos em diante, a população que compreende as faixas dos 55 até 64 anos mostrou a maior representatividade (27% do total geral).

Quanto a classificação por tipo de deficiência, a Tabela 4 mostra o consolidado dos PcDs por tipo deficiências de acordo a especialistas técnicos da APADEFI.

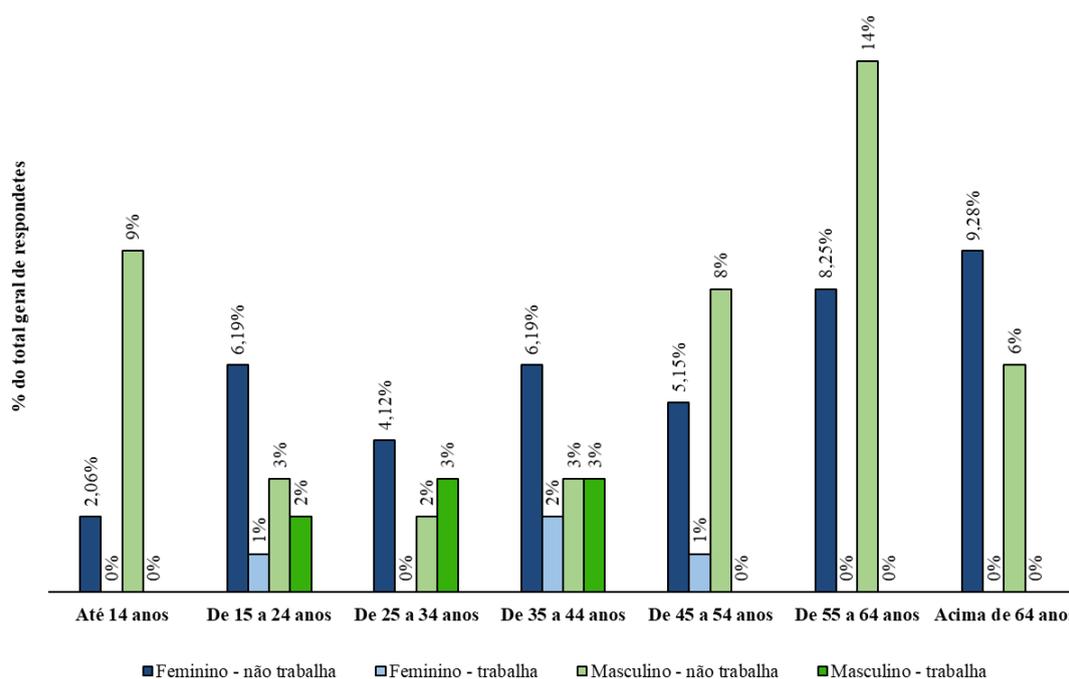
Tabela 4. Tabela com o número de deficientes por tipo de deficiência

Tipo de deficiência	Contagem	%
Deficiêncianeuroológica	36	34%
Traumatismoraquimedular e neurológico	17	23%
Circulatória	15	3%
Trauma ortopédico	9	15%
Problemasneurológicosecundários	9	10%
Bactéria/coqueluche	7	6%
Visuais	2	6%
Inflamatória; deformidade; reumatológica	1	2%
Psiquiátrica	1	2%
Total	97	

Além dos dados da Tabela 4, evidencia-se que pelo menos 78% do número total de pessoas que frequentam ambos os centros de atenção e reabilitação correspondem a pessoas com deficiências permanentes; Além disso, mais de 50% deles tem acima de 35 anos e o 59% de todos os PcDs consultados só possuem ensino fundamental. Além disso, os resultados demonstram que as deficiências em sua maioria envolvem traumas cerebrais, ou problemas/deficiências de caráter neurológico.

Adicionalmente, os entrevistados mencionaram o custo dos procedimentos de reabilitação médica como um dos fatores mais limitantes na melhora da sua qualidade de vida. Assim, a 2 resume o número de PcDs economicamente ativos, ou seja aqueles que desempenham algum trabalho remunerado. A estatística foi dividida em faixas etárias, buscando caracterizar o perfil ocupacional desta população e contrastá-lo com a renda per-capita já mostrada na Tabela 3.

Figura 2. Percentual dos PcDs que desempenham trabalhos remunerados divididos por faixa etária



A Figura 2 mostra que a maior concentração de pessoas economicamente ativas situa-se entre os 35 e 44 anos de idade, sendo 2,1% de mulheres PcD trabalhando – e 3,1% de homens PcDs trabalhando. Destaca-se que a proporção de homens e mulheres PcD que não desempenham atividades remuneradas totaliza 40 das 44 mulheres e 45 dos 53 homens. Isto sugere a baixa expressividade e participação dos PcDs em trabalhos remunerados, implicando numa alta dependência financeira de terceiros.

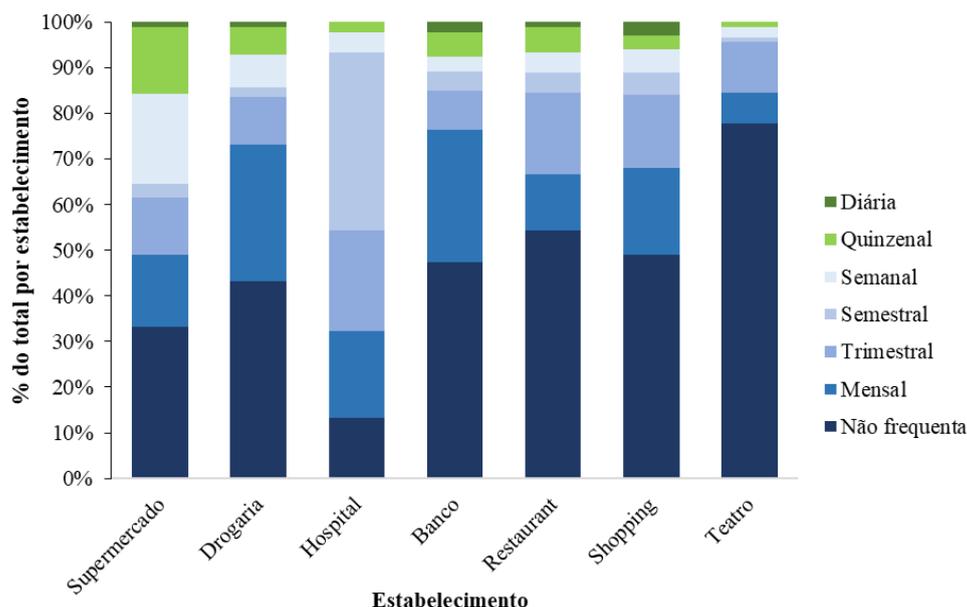
Do total geral, destaca-se que a população PcD que desempenha trabalho remunerado correspondia a pessoas entre os 15 e 44 anos – 11,34% do total dos PcDs. Nesta faixa, 82,6% possuíam uma deficiência permanente enquanto que 17,3% possuíam alguma deficiência temporária; em contrapartida 1,03% dos PcDs que desempenhavam atividades remuneradas tinham mais de 45 anos de idade.

A pesquisa encontrou que 87,66% dos entrevistados declararam não realizar atividades economicamente remuneradas devido às incapacidades causadas pelas deficiências. Nesta linha, perguntou-se para esta parcela a respeito da deficiência que causou dita incapacidade. Portanto, as deficiências físicas permanentes representaram 71% das causas; enquanto que 29% corresponderam a deficiências temporárias como atrofias, acidentes, fraturas, lesões ortopédicas graves, onde o indivíduo consegue-se reabilitar através de tratamento e terapias.

4.2. Locais frequentados pelos PcDs

Os PcDs foram consultados respeito aos lugares e os estabelecimentos que eles comumente frequentam para realizar as suas atividades básicas e/ou lazer. Assim a Figura 3 mostra o consolidado das respostas enquanto aos locais visitados por eles e a sua frequência.

Figura 3 – Estabelecimentos frequentados pelos PcDs.



Os resultados demonstram que os PcDs frequentam lugares que lhes permitem satisfazer necessidades básicas como: atenção médica em centros hospitalares, suprimento de medicamentos em drogarias e centrais bancárias (considerando caixas eletrônicos); embora, estes deslocamentos acontecem uma vez ao mês ou não acontecem - 30% do total de PcD – uma vez eles são auxiliados por terceiros para suprir ditas necessidades. A proporção de PcDs que declaram se deslocar unicamente a cada quinze dias, uma vez ao mês ou a cada três meses, demonstra as limitações de movimentação autônoma por parte desta população.

4.3. Necessidade de auxílio para locomoção

Uma vez identificado que a maioria das limitações de acessibilidade aos espaços públicos e privados da cidade se devem a problemas de autonomia na locomoção, os PcDs foram questionados a respeito das ferramentas e meios de auxílio usados para seu deslocamento. Logo, encontrou-se que 43,33% usam cadeiras de rodas, sendo que 40% são cadeiras de acionamento manual e apenas 3,33% são cadeiras motorizadas. A proporção de cadeirantes corresponde a 56% do total de pessoas que sofrem de deficiências permanentes (76 pessoas no total), em detrimento de 6 pessoas que usam cadeira de rodas devido algum tipo de deficiência temporária. Outros 28 deficientes, tanto temporários como permanentes, manifestaram usar outros mecanismos de auxílio à locomoção como o caso de bengalas, muletas e órteses.

Assim, este tipo de aparelhos e mecanismos de auxílio à locomoção demanda que os diferentes espaços de circulação na cidade possuam uma infraestrutura apropriada para cadeirantes e pessoas com motricidade limitada, oferecendo rampas de acesso, calçadas niveladas, faixas de pedestres sinalizadas, louças antiderrapantes, etc.

4.4. Transporte urbano e vagas de estacionamento para PcDs

O principal meio usado pelos PcDs para locomoção até lugares tanto públicos como privados corresponde a carros convencionais. Aproximadamente 68% dos PcDs asseguraram que estes veículos não contam com adaptação ergonômica ou funcional que facilite o seu uso por parte deste tipo de população. Pelo menos 41% dos PcDs possuem carro particular, enquanto que 24% usam de serviços de transporte particulares como taxi ou aplicativo de transporte personalizado. Em contrapartida, somente 13% deles usam transportes públicos adaptados e destinados à população PcD como o caso Transporte do Cidadão e Vans da secretaria de saúde de Volta Redonda.

Aos PcDs proprietários de automóveis (41% do total) indagou-se a respeito da dificuldade para encontrar vagas destinadas a PcDs nas áreas urbanas frequentadas por eles. Assim, 39% asseguraram que as vagas não são respeitadas pela comunidade, outro 30% asseguraram que o número de vagas disponíveis na cidade é limitado, 6% asseguram que as vagas estão mal sinalizadas, dificultando a sua identificação e acesso, enquanto que 25% deles comentam que é difícil esclarecer a causa.

4.5. Percepção de acessibilidade na cidade de Volta Redonda

Visando avaliar a percepção da acessibilidade por parte dos PcDs em espaços urbanos da cidade de Volta Redonda, selecionaram-se diferentes estabelecimentos de caráter público e privado por eles frequentados, sendo eles:

Locais privados: bancos, supermercados, restaurantes, shopping e cinema.

Locais públicos: hospitais, postos de saúde, bibliotecas, faculdades e prefeitura.

O principal destaque das análises atreladas a ambos os tipos de estabelecimentos foi que 76,29% dos PcDs declararam necessitar de suporte e/ou auxílio contínuo para se deslocarem desde seus domicílios até lugares como lojas, restaurantes, supermercados, farmácias, prefeituras, hospitais e centros de saúde.

Dentre as análises de associação descritos na metodologia, foram selecionadas aquelas variáveis que explicam a percepção de acessibilidade a espaços públicos e privados por parte dos PcDs. O critério de seleção foi através dos índices de associação com $p - valor < 5\%$.

4.5.1. Percepção da acessibilidade a estabelecimentos públicos e privados

Aqui foi usada como variável principal de associação, a variável de estudo 1: dificuldade de acesso a estabelecimentos privados devido à falta de adequação desses locais para o recebimento e atendimento de PcDs. Assim, ela foi associada com as variáveis 2 até 6.

Portanto, a associação da variável 1 com a variável 2: precisar de auxílio/acompanhante para realizar as atividades diárias de rotina. Gerou um $p - valor = 0,044$, ou seja, há associação entre ambas variáveis, já que o nível de significância é de 0,05. Para avaliar o grau de associação entre elas, foi

calculado o valor de V de Cramer = 0,253, indicando que existe uma magnitude média de associação entre ambas variáveis.

Assim, pode-se inferir que a dificuldade de acessibilidade a estabelecimentos privados está associada à necessidade ou indisponibilidade de auxílio/acompanhamento contínuo dos PcDs por parte de terceiros.

Nesta mesma linha de análise, apresentam-se na Tabela 5 os p -valores e V de Cramer que determinam as associações e as magnitudes de associação entre a variável 1 e as variáveis estudadas.

Tabela 5. Medidas de Associação - Dificuldade de acesso em estabelecimentos privados (Variável 1) com outras variáveis relevantes.

Variável	Associação da variável 1 com as demais variáveis	p -valor	V de Cramer
2	Você precisa de acompanhante para realizar as suas atividades diárias?	0,044	0,253
3	Tem dificuldade em encontrar vagas reservadas à deficientes físicos?	0,018	0,288
4	Você tem ou já teve dificuldades de acesso a estabelecimentos públicos como Prefeitura, Secretarias Municipais, Postos de Saúde, Fórum, etc.	0,030	0,235
5	Já precisou andar no meio de vias públicas, junto aos automóveis, devido à inadequação das calçadas?	0,007	0,319
6	Quais os estabelecimentos mais frequentados por você? – Drogarias/farmácias	0,019	0,353

A variável 1 mostra uma associação com a variável 3 (dificuldades para encontrar vagas reservadas à deficientes físicos), de forma que a acessibilidade dos PcDs a locais privados também se deve à indisponibilidade de vagas para deficientes.

Em seguida, a variável 3 que estuda as dificuldades para encontrar vagas exclusivas para deficientes físicos em estabelecimentos públicos e privados também está associada à variável 1. Neste caso, o p -valor sugere que a restrição dessas pessoas para acessarem a locais privados está sendo influenciado pela ausência de vagas de estacionamento que deveriam ser garantidas por lei.

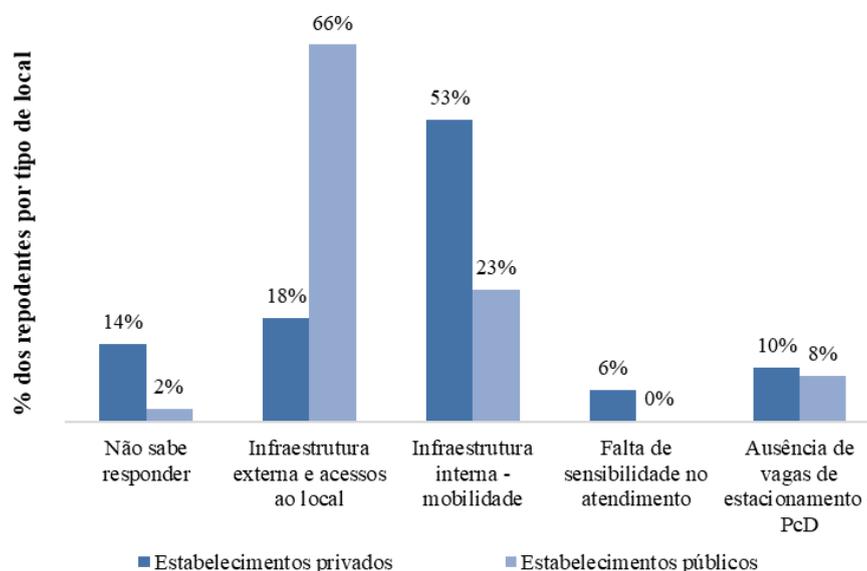
A Tabela 5 indica que a associação com o maior valor V de Cramer = 0,353 acontece entre a variável 1 com a variável 6, tendo as drogarias como um dos locais mais frequentados pelos PcDs permitindo inferir que a incidência das dificuldades de acessibilidade acontecem nestes locais apesar deles receberem uma alta circulação de pessoas.

Já a associação entre a variável 1 e a variável 5 com o valor de V de Cramer = 0,319 demonstra que os PcDs consideram o estado das calçadas que dão acesso a esses locais como uma das maiores dificuldades de acessibilidade a espaços privados, demandando de auxílio para acessar esses lugares. Adicionalmente, os resultados que medem a existência de associação entre a variável 1 e 4, permitem inferir que os PcDs estão insatisfeitos quanto ao acesso a locais privados e locais públicos, independentemente da intensidade de associação.

Nesta linha, foi avaliada a satisfação dos PcDs em relação à acessibilidade a locais públicos e privados na cidade de Volta Redonda, usando de uma escala numérica de 0 a 10, sendo 0 totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito. Assim, 71 das 95 pessoas entrevistadas (73% dos respondentes) demonstraram insatisfação quanto à acessibilidade tanto em locais públicos quanto privados.

Adicionalmente, pode-se mencionar que as dificuldades dos PcDs para acessar a ambos tipos de estabelecimentos está dividida da seguinte forma: 41,9% dos entrevistados asseguraram ter vivenciado algum tipo de limitação ao acessarem locais públicos, em contrapartida aos estabelecimentos privados onde a insatisfação foi de 86,4%; entre alguns desses locais podem ser citados os locais de alimentação (praças de alimentação e restaurantes), de moda e beleza, de saúde, cultura e entretenimento, bancos, lojas diversas e de ensino. Através da Figura são identificadas as principais limitações de acessibilidade a locais públicos e privados elencadas pelos PcDs.

Figura 4. Dificuldades de acessibilidade por tipo de estabelecimento



A Figura 5 demonstra que os problemas de mobilidade e acessibilidade de ambos locais se devem à infraestrutura interna e externa; portanto, para os estabelecimentos privados existem limitações relacionadas a banheiros não adaptados, corrimãos, calçadas estreitas em frente ao local, cadeiras não adequadas para PcDs, elevadores e rampas internas com inclinação inapropriada.

Em contrapartida para os estabelecimentos públicos, as limitações estavam atreladas à infraestrutura externa, por exemplo, corrimãos das rampas de acesso na entrada principal, escadarias muito íngremes, calçadas desiguais, com falhas e muito lisas.

Em função das problemáticas de acessibilidade aos locais públicos por parte dos PcDs, foi avaliada a existência de associação entre a variável 7 “Você tem ou já teve dificuldades de acesso a um estabelecimento público (Prefeitura, Secretarias Municipais, Postos de Saúde, Fórum, etc.)?” da Tabela 6, com a variável 9 “Você tem ou já teve dificuldades de acesso em vias públicas (praças, parques, calçadas, etc.)?” da Tabela 6; portanto, o *p-valor* de 0,018 e o valor *V de Cramer* comprovaram a associação entre ambas, permitindo inferir que as dificuldades de acessibilidade e mobilidade não são exclusivas das vias públicas (calçadas e ruas) e que também podem ser vivenciados no interior de locais públicos.

Tabela 6. Medidas de Associação - Dificuldade de acesso em estabelecimentos públicos (Variável 7) com outras variáveis relevantes.

Variável	Associação da variável 7 com as demais variáveis	<i>p-valor</i>	<i>V de Cramer</i>
8	Tem dificuldade em encontrar vagas reservadas à deficientes físicos?	0,046	0,252
9	Você tem ou já teve dificuldades de acesso a vias públicas (praças, parques, calçadas, etc.) pela falta de adequação ao recebimento a deficientes físicos?	0,018	0,288

Em ambos locais (públicos e privados) foram mencionados como causas que inibem a acessibilidade e a mobilidade: à ausência de vagas de estacionamento para os PcDs, à ausência de calçadas niveladas e espaçosas, além de rampas de acesso e corrimãos. Pode-se argumentar que no caso dos estabelecimentos privados estas causas devem-se à falta de projetos de infraestrutura inclusivos que considerem os PcDs. Assim, os serviços oferecidos pelos locais privados se tornam indiretamente mais seletivos, apesar da existência de normas e mecanismos de promoção à inclusão e defesa dos direitos dos PcDs quanto acessibilidade e mobilidade.

A pesquisa também mostrou que 98% dos entrevistados estavam insatisfeitos quanto ao estado e a manutenção das vias públicas, especialmente as calçadas de pedestres, regularidade das calçadas, escadarias, rampas, sinalização, etc. Dentre as dificuldades mais destacadas pelos entrevistados está a falta de disponibilidade de vagas exclusivas para estacionamento, sendo agravada pela negligência no uso e a quantidade limitada de vagas especialmente no centro da cidade.

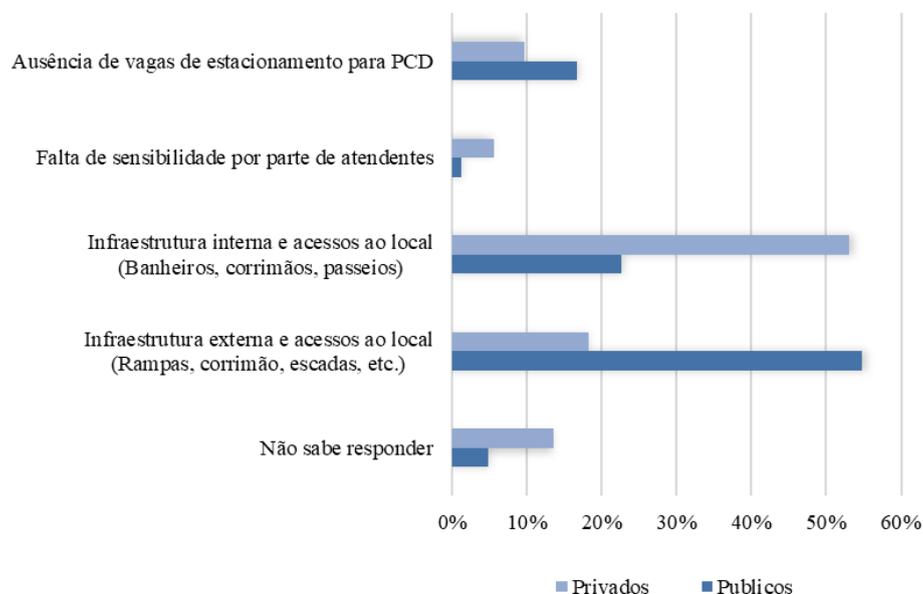
4.6. Fatores que afetam a acessibilidade a locais públicos e privados

Identificaram-se outros tipos de locais e estabelecimentos tanto públicos e privados frequentados por PcDs que não foram mencionados antes, entre eles: os bancos, estabelecimentos que prestam serviços de saúde, serviços de ensino, centros de lazer e estética, os quais seriam considerados como estabelecimentos privados. Por outro lado, foram elencados estabelecimentos públicos como prefeituras, secretarias municipais, postos de saúde, fórum e Detran.

Assim, 86,4% dos respondentes manifestaram ter percebido ou vivenciado alguma dificuldade de acessibilidade em lugares privados em detrimento de 42,9% dos estabelecimentos públicos, em ambos casos os percentuais foram altos.

Nesta mesma linha, os PcDs foram questionados a respeito dos principais limitantes para acesso em ambos tipos de estabelecimentos. De modo que a Figura mostra a distribuição destas respostas.

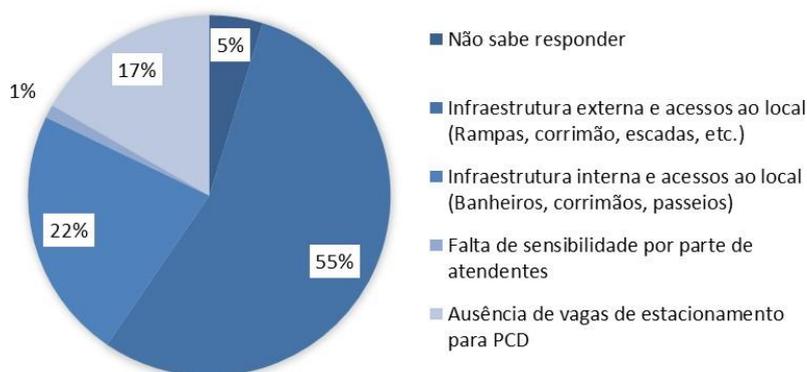
Figura 5. Principais fatores que limitam a acessibilidade a lugares públicos e privados



A Figura 5 mostra que as principais limitações de acessibilidade são a infraestrutura interna e externa para ambos os tipos de estabelecimentos. Para os estabelecimentos privados 55% das limitantes corresponderam à infraestrutura interna, enquanto que para os locais públicos a maior limitante com 53% foi a infraestrutura externa e acessos ao local. Desta forma, infere-se que estabelecimentos públicos como prefeituras, postos de saúde, entre outros, fornecem maiores condições de acessibilidade interna ao PcD em comparação com os estabelecimentos privados. Portanto, vê-se a necessidade que os devidos organismos de regulamentação e fiscalização monitorem adequação dos estabelecimentos públicos e privados.

Adicionalmente, questionou-se aos PcDs sobre quais os fatores eles consideram que afetam a acessibilidade fornecida pelas vias de trânsito dos pedestres, considerando a possibilidade de acesso a locais de diversa índole, tanto públicos como privados. Assim, a Figura 2 apresenta as respostas consolidadas.

Figura 2. Principais fatores que incidem na acessibilidade em vias públicas



A Figura 2 mostra que as limitações da acessibilidade (deslocamento e circulação) nas vias públicas correspondem a infraestrutura das vias, contendo aproximadamente 89% das reclamações manifestadas. Assim, as calçadas irregulares e os postes no meio das calçadas são as irregularidades que mais dificultam a circulação e desenvolvimento dos pedestres dos PcDs, além da possibilidade de acessar a locais comerciais.

5. Conclusões

- I. A população PcD da cidade tem idade avançada, pelo menos 52% dos PcDs de Volta Redonda tem mais de 45 anos; enquanto que 29% dos PcDs tem entre 55 e 69 anos. Estas pessoas não desempenham atividades economicamente remuneradas devido às condições restritivas causadas pela deficiência além da sua avançada idade. A condição de deficiência permanente demonstrou que pelo menos 71% destas pessoas estão aposentadas por invalidez.
- II. Dos PcDs desta cidade, pelo menos 39% correspondem a pessoas com deficiências neurológicas e deficiências oriundas de traumatismos raquimedulares, além de problemas neurológicos secundários e psiquiátricos.
- III. O deslocamento dos PcDs fora dos seus domicílios é pouco frequente e acontece para locais que fornecem serviços que suprem necessidades básicas: aquisição de medicamentos, atendimento médico, alimentação, financeiro, convívio social e religioso.
- IV. Os PcDs enfrentam grandes limitações de acesso a locais tanto públicos como privados; 41,9% deles estão insatisfeitos com as garantias de acessibilidade oferecidas pelos locais públicos, já 86% deles acusam o mesmo para o caso dos locais privados. Assim, os principais limitadores de acessibilidade estão atrelados à infraestrutura externa no caso dos locais públicos (aproximadamente 55%) e a infraestrutura interna no caso dos locais privados (aproximadamente 53%). Pelo menos, 76,29% dos PcDs declararam necessitar de suporte e/ou auxílio contínuo para se deslocarem tanto em vias públicas como em ambientes privados, esta limitação advém da ausência de condições de infraestrutura e sinalização pública e privada que facilitem a identificação, localização e o deslocamento pleno dos PcDs.

- V. A acessibilidade em diversos locais públicos e privados da cidade de Volta Redonda não é plenamente garantida; assim, demonstrou-se que a acessibilidade dos PcDs depende da conjuntura da iniciativa pública e privada, promovida inicialmente pela intervenção do governo para legislar, projetar e garantir as condições mínimas de participação e inclusão dos PcDs nestes.

6. Referências

Abir, A. K. M., & Hoque, M. S. (2011). A study on mobility problem of disabled people in Dhaka city. Proceedings of the 4th Annual Paper Meet and 1st Civil Engineering Congress, December 22-24, 2011, Dhaka, Bangladesh.

Agência Brasileira De Normas Técnicas. ABNT 9050:2004—Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos., (2004).

Alsnih, R., & Hensher, D. A. (2003). The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 37(10), 903–916. [https://doi.org/10.1016/S0965-8564\(03\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S0965-8564(03)00073-9).

Alves, P., & Archimedes, R. (2009). Mobilidade e Acessibilidade Urbanas Sustentáveis: A Gestão da Mobilidade no Brasil. CONGRESSO DE MEIO AMBIENTE DA ASSOCIAÇÃO DE UNIVERSIDADES GRUPO DE MONTEVIDÉU – AUGM. Recuperado de <http://www.ambiente-augm.ufscar.br/uploads/A3-039.pdf>.

American Psychological Association. (2019). Choosing Words for Talking About Disability. Recuperado 6 de outubro de 2019, de Disabilities—Publications and Resources website: <https://www.apa.org/pi/disability/resources/choosing-words>.

Barbosa, A. S. (2015). Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: Um estudo em blogs. urbe. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 8(1), 142–154. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.008.001.AO03>.

Brasil. LEI No 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989., Pub. L. No. 7.853 (1989).

Brasil. LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000—Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências., Pub. L. No. 10.048 (2000).

Brasil. LEI No 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002—Institui o Código Civil. , Pub. L. No. 10.406 (2002).

Brasil. LEI No 10.098, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2000— Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências., Pub. L. No. 10.098 (2000).

Brasil. DECRETO No 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004. , Pub. L. No. No 5.296 (2004).

Brasil. LEI No 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). , Pub. L. No. 13.146 (2015).

Brault, M. (2012). *Americans With Disabilities: 2010—Household Economic Studies*.

Cambiaghi, S., &Carletto, A. C. (2016). Desenho Universal—Um conceito para todos. Recuperado de: https://www.maragabrilli.com.br/wp-content/uploads/2016/01/universal_web-1.pdf.

Cohen, J. (1988) - *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Escobar, L. (2016, março 24). A alteração mais importante ocorrida do código civil nos últimos anos [Blog]. Recuperado 6 de outubro de 2019, da alteração mais importante ocorrida do código civil nos últimos anos website: <https://www.pontodosconcursos.com.br/artigo/13779/lauro-escobar/a-alteracao-mais-importante-ocorrida-do-codigo-civil-nos-ultimos-anos>.

Farias, N., &Buchalla, M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *The International Classification of Functioning, Disability and Health: Concepts, Uses and Perspectives*, 8(2), 187–193.

Ferreira, N., V. (2012). Accesibilidad para personas con discapacidad en una unidad de salud de la familia. *Rev. Eletrônica Gestão Saúde* 04, 1031–1044

Fregolente, R. (2008). Caracterização da acessibilidade em espaços públicos. A ergonomia e o desenho universal contribuindo para a mobilidade de pessoas portadoras de necessidades (Dissertação, Universidade Estadual Paulista). Recuperado de https://www.faac.unesp.br/Home/PosGraduacao/Design/Dissertacoes/rosana_fregolente.pdf

Garghetti, F., Gonçalves Medeiros, J., &Nuernberg, A. (2013). Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 0(10), 101–116.

Gasparotto, L. P. R., Falsarella, G. R., &Coimbra, A. M. V. (2014). As quedas no cenário da velhice: Conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 201–209. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100019>.

GRÖNVIK, L. (2007). Definitions of Disability in Social Sciences. *Acta UniversitatisUpsaliensis*.

Guedes, V. N., & Silva, A. F. A. da. (2017). Avaliação das condições de acessibilidade em edificações públicas de serviço de assistência social em Recife-PE. *Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades*, 5(29). <https://doi.org/10.17271/2318847252920171518>.

IBGE. (2010). Panorama por municípios—Brasil /Rio de Janeiro / Volta Redonda. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/volta-redonda/panorama>.

Jesus, M. De, & Miranda, C. (2008). Inclusão escolar e deficiência visual: Trajetória e processo. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 3(1), 2–22. <https://doi.org/10.21723/riaee.v3i.2678>.

Keppe Junior, C.L.G., 2007. Formulação De Um Indicador De Acessibilidade Das Calçadas E Travessias. *Pós. Rev. do Programa Pós-Graduação em Arquitetura e Urban. da FAUUSP* v.15, 144–161.

Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *Journal of Social Psychology*, 138(1), 13–25. <https://doi.org/10.1080/00224549809600349>.

Machado, M. H., & Lima, J. P. (2015). Avaliação multicritério da acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida: Um estudo na região central de Itajubá (MG). *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 7(3), 368–382. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.007.003.AO08>.

Magagnin, R., Ribeiro, R., & Pires, B. (2016). As diferentes percepções sobre os problemas de mobilidade urbana em uma cidade brasileira de médio porte: a visão dos especialistas e da população de Jundiaí (SP – BRASIL). *Pluris 2016 - CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável*, (7). Recuperado de <http://www.pluris2018.com/pt>.

Maior, I. (2017). Movimento político das pessoas com deficiência: Reflexões sobre a conquista de direitos – Inclusive – Inclusão e Cidadania. Recuperado 5 de outubro de 2019, de Inclusive—Inclusão e cidadania website: <https://www.inclusive.org.br/arquivos/30808>.

Marques, R. T. (2007). O conceito revolucionário de Pessoa com Deficiência. *SMACIS - Secretaria Municipal de Acessibilidade e Inclusão Social*.

Mitra, S. (2006). The Capability Approach and Disability. *JOURNAL OF DISABILITY POLICY STUDIES*, 16(4), 236–247.

Musselwhite, C., & Haddad, H. (2010). Mobility, accessibility and quality of later life. *Quality in Ageing and Older Adults*, 11(1), 25–37. <https://doi.org/10.5042/qiaoa.2010.0153>

Peranzoni, V. C. (2012). A evolução do (pre)conceito de deficiência. *Revista Educação Especial*, 0(0), 15–20. <https://doi.org/10.5902/1984686X5253>.

OMS, 2008. Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Atividades e Participação Fatores Ambientais. *Organização Mundial de Saúde* 1–217.

Pizzinatto, E., Bressan, L., & Guedes, M. (2015). Mobilidade e Acessibilidade Urbana. Segundo Seminário Nacional de Construções Sustentáveis, 2, 1–7. Recuperado de <https://www.imed.edu.br/Uploads/Mobilidade%20e%20Acessibilidade%20Urbana.pdf>.

Pletsch, M. D. (2015). Deficiência múltipla: Formação de professores e processos de ensino-aprendizagem. *Cadernos de Pesquisa*, 45(155), 11–27. <https://doi.org/10.1590/198053142862>

Puime, E. (2013). Diferenças entre espaço público, privado e acessível ao público. Recuperado 6 de outubro de 2019, de Artigos—JusBrasil website: <https://emiliopuime.jusbrasil.com.br/artigos/112339069/diferencas-entre-espaco-publico-privado-e-acessivel-ao-publico>.

Sasaki, R. (2005). Inclusão: Acessibilidade no lazer, trabalho e educação. *Inclusão: Acessibilidade no lazer, trabalho e educação*, 1–9.

SeMob - Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana. (2015). PlanMob. Recuperado de <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSE/planmob.pdf>

Senado Federal. (2015). Estatuto da Pessoa com Deficiência. Recuperado de <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/513623/001042393.pdf>.

SIEGEL, S. (2010). *Estatística não paramétrica*. Editora McGraw Hill do Brasil, São Paulo.

Siqueira, F. C. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S. da, Piccini, R. X., Thumé, E., & Tomasi, E. (2009). Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: Um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 39–44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>.

Sze, N. N., & Christensen, K. M. (2017). Access to urban transportation system for individuals with disabilities. *IATSS Research*, 41(2), 66–73. <https://doi.org/10.1016/j.iatssr.2017.05.002>.

Weber, A. F., & Pérsigo, P. (2017). *Pesquisa de Opinião Pública—(Recurso eletrônico): Princípios e exercícios*. Recuperado de <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/13135/E-book%20POP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Zajac, A. P. (2016). City Accessible for Everyone – Improving Accessibility of Public Transport Using the Universal Design Concept. *Transportation Research Procedia*, 14, 1270–1276. <https://doi.org/10.1016/j.trpro.2016.05.199>.

Zaslavsky, C., & Gus, I. (2002). Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79(6). <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002001500011>.

Recebido em 19/07/2021

Aceito em: 16/05/2022

Endereço para correspondência:

Nome Euler Sánchez Ocampo

Email eulersanchez@id.uff.br



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)