

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO**

**ACESSIBILIDADE DA PESSOA PORTADORA DE**  
**DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS SERVIÇOS HOSPITALARES:**  
**AValiação DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS**

**FORTALEZA**

**2004**

**ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO**

**ACESSIBILIDADE DA PESSOA PORTADORA DE  
DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS SERVIÇOS HOSPITALARES:  
AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de pesquisa: Assistência participativa em Enfermagem: Clínico-Cirúrgica em situação saúde-doença.

Projeto de pesquisa: Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: um estudo das condições físicas e de comunicação.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lorita Marlena Freitag Pagliuca.

Projeto financiado pelo Ministério da Saúde e FUNCAP.

FORTALEZA

2004

## **ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO**

### **ACESSIBILIDADE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS SERVIÇOS HOSPITALARES: AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de pesquisa: Assistência participativa em Enfermagem: Clínico-Cirúrgica em situação saúde-doença.

Projeto de pesquisa: Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: um estudo das condições físicas e de comunicação.

APROVADA EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Namie Okino Sawada  
Universidade Federal de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Regina S. Kerr Pontes  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes  
Universidade federal do Ceará do Ceará



*A você, minha amiga, que sempre repleta de sonhos e encantos transmite às pessoas a alegria do existir, testemunhando a beleza da vida, independente das formas de caminhar. E a todos aqueles que conseguem alcançar seus ideais, e são capazes até mesmo de realizar belíssimas obras de arte com os pés e com a boca.*

*“Como portadores de necessidades especiais, estamos na luta pelo direito de ir e vir.*

*Não aceitamos mais a exclusão, pois na difícil arte de viver, querer é preciso. O mais importante é acreditar que tudo é possível, quando se crê no ser maior que é Deus”.*

“A crescente conscientização mundial para os valores da pessoa humana, embora esporadicamente negados, exigirá, sem dúvida, a adequação dos serviços de saúde aos direitos da mesma”.

Mezomo

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita misericórdia acolhe a todos. É o primeiro a amar homens e mulheres independentemente de suas limitações. É inclusivo, faculta a liberdade de opção, e possibilita a cada pessoa exercer sua cidadania e trilhar seu caminho, conforme o desenvolvimento do seu potencial e de seus limites para caminhar.

À minha mãe, mulher simples e frágil, aparentemente, mas, forte e guerreira, nas horas em que se sente instigada pelas intempéries da vida, busca força e coragem do nada. Jamais se dá por vencida antes de chegar ao fim de uma batalha.

Ao meu pai, por ter sido muito presente em minha vida durante trinta e três anos e ter intuído em mim valores éticos e morais indispensáveis para um caminhar saudável. Com ele aprendi que a âncora da vida está no respeito humano.

Ao meu marido, que em sua simplicidade sabe amar, respeitar, ser amigo, companheiro. Grande parceiro, cúmplice, colaborador e co-autor de todas as atividades científicas e cotidianas desenvolvidas no período de quinze anos de convivência.

Aos meus irmãos, minhas irmãs, meus sobrinhos e minhas sobrinhas, que num enorme emaranhado fazem uma tessitura de sentimentos: às vezes se comportam como meu pai ou minha mãe, em outros são todos meus filhos e algumas vezes assumem o papel genealógico. Esta rede familiar permite a inclusão da esperança, do amor, da vontade de crescer, e assim superar rapidamente os contratemplos dos nossos caminhos.

À minha orientadora Professora Doutora Lorita, pessoa que aprendi a gostar, admirar e respeitar por ser comprometida, amiga, ética, sensível, exemplo de profissional dedicando todo o tempo, paciência e conhecimento necessário, cuidadosamente, para transformar cada encontro num momento de crescimento, numa verdadeira demonstração de amor e compromisso social.

Ao Professor Paulo César, pelo exemplo e compromisso, não apenas com a profissão, mas com a pessoa e com a sociedade.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela acolhida, sinergia, competência profissional, amizade, carinho e conhecimento, sempre aprendizes, sempre educadores e sempre professores: Almerinda, Ana Fátima, Ana Martins, Dalva, Fátima Maciel, Glória, Grasiela, Josefina, Marcos Vinicius, Neiva, Tanara, Thelma, Vera e Violante.

Ao Deputado Federal Padre José Linhares Ponte, exemplo de educador, como grande incentivador e motivador rumo aos caminhos dos conhecimentos.

Ao Sr. Luís Antônio Gouveia, diretor de formação profissional do SENAC-CE e à Sra. Maria Mátima Mendes, gerente administrativa do SENAC - Sobral, que numa perfeita parceria possibilitaram minha liberação, para participação efetiva nesse curso.

Aos colegas e companheiros. Sem planejar, fomos permitindo sutilmente o partilhar das alegrias, dos conhecimentos, das preocupações e assim formamos um elo de amizade com: Alix, Emília, Fátima, Ingrid, Letícia, Márcia, Míria, Neudson, Sônia, Suêuda, Vilani e Vitória.

Aos colegas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que contribuíram para a minha inclusão no mundo do conhecimento científico, por compreenderem que a educação é um dos pilares para a vida de cada pessoa na busca do caminho do saber. Todos eles considero eternos professores: Ana Virgínia, Auzeni, Cibelle, Eliani, Izabelle, Lucilane, Maristela, Rosemiro e Socorro Dias.

Aos companheiros de trabalho, irmãos e irmãs da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Sobral, às Filhas de Santana dessa Instituição, coordenadas por Irmã Dorotéia, ao Abrigo Sagrado Coração de Jesus, coordenado por Irmã Socorro, à Equipe Administrativa, nas pessoas do Sr. Manoel Valério de França e da Sra. Maria Linhares.

Ao Departamento de Recursos Humanos, representado por Assunção Silva Rodrigues, e ao Departamento de Enfermagem, que imbuídos do espírito de fraternidade constituem uma família, à época do estudo formada por 54 profissionais. Por impossibilidade de mencionar todos, agradeço à colega de todas as horas, Maria de Fátima Marcelino, em nome da qual me reporto a quantos fazem a enfermagem desta casa.

Aos principais colaboradores desta pesquisa, por autorizarem a realização do estudo: Dr. Júnior, Dr. Disraele, Dr. Bringel, e Enfermeiras Fátima Marcelino, Célia, Gracimar e Isalena.

Ao meu sobrinho Carlinhos, que conseguiu se superar, vencer o cansaço, dobrar ou triplicar seu tempo para contribuir numa tarefa árdua e aparentemente interminável, digitando textos inacabáveis.

Ao Marcos Evangelista, pela colaboração durante a coleta de dados, empenhando-se, milimetricamente, em momentos extras na sua jornada de trabalho, para que os dados não deixassem dúvidas, ao me acompanhar mensurando todos os itens solicitados pelo instrumento da pesquisa.

Ao Gustavo, que sempre atento e disponível zelava pela qualidade das fotografias, nas idas e vindas ao campo, em busca da realidade.

Ao órgão de fomento Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP), pelo apoio financeiro.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a vitória de mais uma batalha, muito obrigada.



## RESUMO

O projeto de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará denominado *Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação* tem por objetivos identificar as barreiras arquitetônicas que dificultam ou impedem o acesso do portador de deficiência (PDF) aos serviços básicos de saúde e aos hospitais gerais e estudar as dificuldades de comunicação entre estas pessoas e membros da equipe de saúde. A participação nesse projeto despertou-me para o tema e originou esta dissertação, cujos objetivos são mapear as condições arquitetônicas de acesso do portador de deficiência física aos serviços hospitalares na cidade de Sobral-CE e identificar as barreiras arquitetônicas internas e dos hospitais para a mobilidade física das PDFs. O referencial teórico apóia-se na Lei nº 7.853, de 24/10/1989, a qual estabelece normas que asseguram o exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e sua efetiva integração social. O estudo é quantitativo e utilizou instrumento de coleta de dados tipo cheque-lista elaborado consultando em conformidade com a lei. Foram incluídos nele os quatro hospitais gerais da cidade, e a coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2004. Alguns destes foram documentados fotograficamente. A análise estatística constatou, no referente às áreas adjacentes aos hospitais, a ausência de faixas para pedestres (100%) e de rebaixamento de meio-fio em pontos estratégicos (75%); obras públicas e particulares desprotegidas de tapumes (100%); calçadas que não estão livres de buracos e desnivelamento (100%); avenidas livres de buracos (50%); placas de sinalização de trânsito visíveis (75%); o percurso para a instituição está sinalizado (100%); mas não há semáforos em pontos estratégicos (100%). Quanto ao acesso aos hospitais, possuem rebaixamento de guias (75%); ausência de estacionamento para PDF demarcado com Símbolo Internacional de Acesso (100%); há rampas de acesso (100%); escadaria sem corrimão (50%); as portas possuem a largura ideal (100%); as de vai-e-vem não têm visor (100%). Segundo mostram as características internas dos hospitais, as áreas de circulação possuem obstáculos (100%); o piso das rampas externas não são antiderrapante (100%); as rampas e escadas internas dispõem de corrimão (50%), mas fora do padrão legal. Um hospital tem apenas um pavimento, enquanto os outros três contam com treze escadas internas com degraus; os balcões atendem à legislação (80%) e os assentos públicos também (33%). Os bebedouros e os telefones não são acessíveis (97.5%); Conclui-se que há barreiras arquitetônicas no percurso casa/hospital, no acesso direto ao hospital e nas suas dependências internas. A legislação vigente que garante o acesso do portador de deficiência física aos serviços de saúde está sendo desrespeitada, numa evidência de desconhecimento e descaso do serviço público, bem como dos profissionais da saúde que são co-responsáveis na garantia do exercício da cidadania desta população.

Descritores: 1. estruturas de acesso. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Qualidade de assistência à saúde, acesso e avaliação.

## ABSTRACT

The search plan of the Nursing Department of the Federal University of Ceará called: *accessibility of physically and/or sensorial deficient people to health care*: the object of physical conditions and communication study is to point out any architectonic obstacles making difficult or obstructing any physically deficient people (pdp) to access basic health cares and general hospitals and study the communication problems amongst such people and health caring team members. My participation in such a plan called my attention to such a theme and gave rise to this dissertation, the objects of which are to map the architectonic conditions for the physically deficient people to access any hospital cares in the city of Sobral-CE and point out any internal architectonic obstacles and also in the hospitals for the physical move of PDPs. The theoretical system of reference is based on Law No. 7,853, dated 10/24/1989, which sets up rules to ensure the exercise of individual and social rights of physically deficient people and the effective social integration thereof. Such study is quantitative and used an instrument of data collection of check-list type made by consultation under law. Four general hospitals of the city were included in such study and data collections were performed in the month of May 2004. Some of them have been documented on photos. The statistic analysis found out in connection with the areas around hospitals that there no crosswalks (100%) and lowering of curb at strategic points (75%); public and private works with no fence made of planks (100%); pavements with holes and unlevellings (100%); avenues with no holes (50%); visible transit signs (75%); the way going to the institution is signaled (100%), but there are no traffic lights at strategic points (100%). Concerning access to hospitals, there is no lowering of curbs (75%); there is no parking area for PDPs signaled with the International Access Symbol (100%); there is sloping roadway (100%), flight of stairs with no handrail (50%); doors are well sized (100%); swing doors has no appropriate visors (100%); the inner features of the hospitals show that the transit areas have obstacles (100%); the pavement on the outer sloping roadways are non skid. (100%); the inner sloping roadways and stairs have handrails available (50%) but not in compliance with the lawful standard. One of the hospitals has one floor but the other three ones have three inner stairs; counters are in accordance with legislation (80%) and the public seats as well (33%). Drinking places and telephones are not accessible (95.5%) It was concluded that there are architectonic obstacles in the way from house to hospital, in the direct access to hospital in the inner rooms thereof. The legislation in force assuring the physically deficient people to access the health care has not been complied with. This means that the public service has obviously not been aware of such legislation and has been negligent. The health caring professionals who are also responsible for assuring the citizenship of such portion of population to be exercised have been negligent as well.

Writers 1. Structure of access. 2. Access to the work of health 3. Quality of assistance to health, access and appraisalment.

## **LISTA DE FIGURAS, FOTOGRAFIAS E TABELAS**

### **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 Exemplo de ambiente adequado para deficiente físico, 40
- Figura 2 Exemplo de sinalização vertical em espaço interno, 40
- Figura 3 Símbolo Internacional de Acesso, 42
- Figuras 4 e 5 Posto de atendimento, 55
- Figura 6 Adequação da altura de bacia, 62
- Figura 7 Transferência frontal, 62
- Figura 8 Adequação de instalações sanitárias, 63
- Figura 9 Acessórios sanitários, 64
- Figura 10 Transferência lateral, 65
- Figura 11 Transferência frontal, 65
- Figura 12 Lavatório, 66
- Figura 13 Mictório e barras, 67
- Figura 14 Barras para boxe e chuveiro, 67
- Figura 15 Sinalização, 68
- Figura 16 Medidas de acesso do cadeirista, 69
- Figura 17 Espaço para cadeira de rodas em fileiras intermediárias, 69
- Figura 18 Assento para pessoa portadora de deficiência, 71

### **LISTA DE FOTOGRAFIAS**

- Fotografia 1 Acesso ao Hospital Nossa Senhora das Graças, 30
- Fotografia 2 Construção sem proteção por tapume vizinha ao hospital, 34
- Fotografia 3 Calçada em volta do hospital, sem rebaixamento de meio-fio e com obstáculos por todo o percurso, 35
- Fotografia 4 Avenidas de acesso a um dos hospitais, 38
- Fotografia 5 Demonstrativo de escadas sem corrimão, 44
- Fotografia 6 Acesso ao prédio por rampa, 45
- Fotografia 7 Imagem de corredor de um dos hospitais em estudo, 46
- Fotografia 8 Rampa de acesso interno, 48
- Fotografias 9,10 e11 Balcões em postos de atendimento, 56

Fotografia 12 Assentos ambulatoriais, 57

Fotografia 13 Bebedouros, 58

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Distribuição do número de hospitais segundo a situação das avenidas de acesso no percurso casa/hospital. Sobral - CE, maio de 2004, 30

Tabela 2 Distribuição do número de hospitais segundo o acesso das pessoas portadoras de deficiência física ao prédio. Sobral - CE, maio de 2004, 39

Tabela 3 Distribuição do número de hospitais segundo o acesso ao interior do prédio. Sobral - CE, maio de 2004, 43

Tabela 4 Distribuição do número de hospitais segundo as condições de circulação vertical no interior do prédio e de acesso por rampa. Sobral - CE, maio de 2004, 48

Tabela 5 Distribuição do número de hospitais segundo à situação do corrimão da rampa - Sobral - CE, maio de 2004, 49

Tabela 6 Distribuição do número de escadas internas, segundo a situação de acesso. Sobral -CE, maio de 2004, 51

Tabela 7 Distribuição do número de setores dos hospitais segundo o mobiliário existente. Sobral - CE, maio de 2004, 54

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO,	14
1.1	Situando o tema,	14
1.2	Emergindo o tema,	17
2	REVISÃO DE LITERATURA,	19
2.1	Conceituando a acessibilidade da PDF,	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO,	23
4	METODOLOGIA,	25
4.1	Aspectos éticos da pesquisa,	27
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS,	29
6	CONCLUSÕES,	73
7	REFERÊNCIAS,	80
	ANEXOS,	89

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Situando o tema

O homem é um ser especial. Cada pessoa possui características, comportamentos individualizados e peculiares. De alguma forma, no entanto, as diferenças não são tão evidentes e por isso se tornam aceitas e pouco questionadas. Por razões diversas estas diferenças em determinado indivíduo podem se apresentar tão acentuadas que venham a prejudicá-lo em sua mobilidade física, a exemplo dos portadores de deficiência física. Tais diferenças chegam a causar impasses de acesso a locais importantes para a resolução de seus problemas, ou dificuldade para a sua comunicação com as pessoas detentoras de características físicas consideradas normais pela sociedade, pois a imagem que o senso comum tem acerca dos portadores de deficiência física é de alguém não enquadrado nos padrões de normalidade (FRANÇA; PAGLIUCA, 2002).

Talvez por razões culturais, na sociedade capitalista a estética e a condição socioeconômica das pessoas são mais relevantes do que as questões éticas, ou mesmo as de conhecimento, sendo mais representativas e valorizadas pela sociedade do que o reconhecimento do ser humano como pessoa. Nenhum ser humano é igual ao outro, quer seja do ponto de vista físico, biológico, psíquico, espiritual, quer seja cultural ou social.

Urge as pessoas conhecerem melhor seu semelhante com vistas a ampliar a compreensão de que os valores humanos vão além das possíveis deficiências.

De acordo com os arts. 3º e 4º do capítulo I do Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura, função psicológica, fisiológica e/ou anatômica capaz de ocasionar incapacidade para o desempenho das atividades do ser humano. Quanto à deficiência física, é compreendida como alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo humano, causadoras de comprometimento das funções físicas, e apresentadas em forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com

deformidade congênita ou adquirida, excetuado-se más-formações estéticas e as que não geram dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

As PDFs são amparadas por lei federal, a qual estabelece os direitos das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2003). Tais informações possibilitam e favorecem a luta de vários segmentos da sociedade, na busca do direito de serem incluídos socialmente, vencendo as discriminações, a exemplo das ocorridas de forma mais rigorosa e gritante com as mulheres, com os negros, com os sem-terra e com os portadores de deficiência. Na compreensão de Godoy et al. (2000), ter uma limitação não significa diminuir os direitos e deveres da pessoa, ela é cidadã e faz parte da sociedade como as demais.

Mesmo em face dos esforços e da existência da legislação vigente, conforme se percebe, as instituições e os profissionais parecem ainda não estarem preparados para o atendimento às PDFs, e desrespeitam até a acessibilidade destas pessoas aos serviços de saúde. Ao se falar em acessibilidade, está se enfatizando a possibilidade e a condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços mobiliários e equipamentos urbanos das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoas deficientes e/ou com limitações (GODOY et al., 2000).

Quando houver real sensibilização da sociedade, os portadores de deficiência poderão vivenciar o verdadeiro exercício de cidadania conferido por lei, o direito de ir e vir sem barreiras arquitetônicas impeditivas do acesso para realizarem atividades básicas que conduzem à realização e satisfação do ser humano. Entre a satisfação das pessoas, incluem-se os valores éticos de respeito ao ser humano, que precisa viver dignamente, independente de suas limitações como pessoa idosa, obesa, diferenciada, e tem direito a acesso aos hospitais quando acometido por patologias para as quais se exigem cuidados e atendimentos específicos.

Segundo Carraro (1997, p. 20), Florence Nightingal à sua época já dizia: “À enfermagem cabe o cuidado ao doente e que a medicina tratava a doença”. Florence se referia à enfermagem como a arte de cuidado aos doentes e sua preocupação era extensiva também aos familiares e às pessoas saudáveis, o que significa na contemporaneidade a promoção da saúde tão discutida e almejada por quantos trabalham na área.

Para Florence Nightingal, a enfermagem deve manter o paciente nas melhores condições possíveis, de modo que a natureza possa atuar sobre ele. Apesar de viver em momentos e realidades anteriores à nossa, Nightingal conseguiu perceber claramente o cuidado de enfermagem de forma ampla, com vistas a evitar que grupos de pessoas deixem de ser assistidos em suas necessidades. No seu livro intitulado *Notes on nursing*, é possível evidenciar a preocupação da autora com as pessoas portadoras de deficiência, pois este é destinado de modo especial às mulheres e às mães de família, a quem denominou de enfermeiras do lar, por ter aos seus cuidados as crianças, os velhos, os doentes e incapazes (CASTRO, 1989).

Estas afirmações conduzem a reflexões sobre a prática da enfermagem na qual muitas vezes acredita-se estar cuidando adequadamente, mas, no entanto, não se atenta para a relevância de pontos fundamentais relacionados, por exemplo, à acessibilidade das PDFs nos serviços hospitalares. Assim, barreiras ocorrem pela inexistência de rampas, sinalização apropriada para facilitar a comunicação das PDFs, espaços corretos entre os mobiliários das unidades de internação e banheiros com ambientes construídos adequadamente, capazes de favorecer a mobilidade das pessoas, e atender às suas necessidades.

Em relação à estrutura física e arquitetônica, dentro de uma visão reflexiva, Massari (2004) aponta alguns problemas, como: a localização inadequada dos mobiliários urbanos e do rebaixamento do meio-fio; as obras no espaço público; as mesas e cadeiras de bar em calçadas; as portas e os elevadores estreitos; as jardineiras com saliências; as escadarias; a falta de corrimão nas escadas; a ausência de rampas; as ruas e calçadas estreitas; os declives acentuados; os pisos esburacados e/ou escorregadios; os desníveis nas calçadas; a vegetação em lugares inadequados; as placas e letreiros em locais inconvenientes; a falta de placas de advertência, de sinalização de pisos, de botoeiras, de *start* nos semáforos; a altura inadequada de maçanetas nos interfones, telefones, interruptores e tomadas de energia; a falta de estacionamento; a ausência de banheiros públicos e de transportes coletivos apropriadas para deficientes físicos.

A crítica da autora demonstra um novo olhar, possibilitando, dentro de uma visão futurista, conduzir a novas reflexões e ao despertar dos grupos de profissionais e de gestores e, quem sabe, da sociedade como um todo, ao reconhecer a urgente necessidade de compreender melhor o portador com limitações físicas e assim agregar-se à causa destas pessoas, contribuindo para a superação das barreiras existentes para acessibilidade ao serviço hospitalar.



## 1.2 Emergindo o tema

Na minha trajetória profissional vivenciei experiência com pessoas portadoras de deficiência física, tanto na assistência hospitalar como na docência, em cursos de auxiliares, de técnicos e de graduação em enfermagem e também nas comunidades, em trabalhos voluntários. Entretanto, conviver com estas pessoas não me sensibilizou e nem me conduziu a reflexão sobre as dificuldades que podiam encontrar em seu dia-a-dia, talvez porque despendessem esforços para superar as limitações e assim minimizar as diferenças que pudessem transparecer para a comunidade na qual vivem e para a sociedade de modo geral. Mas estas pessoas têm direito a tratamento adequado, não de forma discriminadora, mas de respeito, para facilitar seu acesso e mobilização em qualquer lugar onde precisem ir, ao trabalho, às escolas, aos hospitais e às instituições em geral. Um olhar cuidadoso voltado para as PDFs permitirá aos profissionais perceberem a complexidade e as dificuldades enfrentadas por esta clientela, em todos os locais pelos quais devem transitar. Isso, então, me levou a refletir sobre a mobilidade destas pessoas, particularmente quando em situação de doença, pois os hospitais não são planejados para facilitar o acesso e a mobilidade das PDFs.

Minha inserção no mencionado projeto de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará se deu quando ao participar da coleta de dados realizada por este projeto nos serviços básicos de saúde na cidade de Sobral percebi que apesar de trabalhar na área hospitalar ainda não havia despertado para a problemática da acessibilidade e mobilidade das PDFs a estes serviços. Surgiu assim a inquietação de pesquisar sobre o tema nos hospitais da cidade de Sobral, pois, a meu ver, o estudo pode contribuir para eliminar as barreiras arquitetônicas que dificultam a acessibilidade e mobilidade dos usuários aos serviços disponíveis no âmbito hospitalar. Além disso, suas contribuições emergem para a assistência, ensino e extensão, seja no campo da enfermagem, como em outras áreas das ciências da saúde e humanas, e, até mesmo, para o campo da engenharia, arquitetura e paisagismo.

No âmbito da assistência, o estudo poderá contribuir para a utilização de uma nova abordagem do processo assistencial dos profissionais de saúde, na busca da promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.

No âmbito do ensino, contribuirá para esclarecer e conscientizar educadores e educandos acerca dos fatores ambientais e comportamentais que imputam às PDFs obstáculos ao acesso de cuidados de saúde e melhor qualidade de vida.

Em relação à extensão, a beneficência do estudo possibilitará o envolvimento dos profissionais e graduandos com as questões pertinentes ao cuidado às PDFs, numa visão ampla da importância da implementação de ações aptas a minimizar as barreiras arquitetônicas e da comunicação interpessoal. Os resultados subsidiarão uma visão crítico-sociocultural e não apenas biológica, no intuito de favorecer mudanças positivas de comportamento em face das questões pertinentes ao campo de reabilitação e integração social das PDFs.

Ante o exposto, e por reconhecer os direitos legítimos e legais das PDFs, de acessibilidade e integração social, os objetivos deste estudo são os seguintes:

- ✓ Mapear as condições arquitetônicas de acesso do portador de deficiência física aos serviços hospitalares;
- ✓ Identificar as barreiras arquitetônicas internas e das adjacências hospitalares para a mobilidade física das PDFs.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Conceituando a acessibilidade da PDF

Ao pesquisar a acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física, compreende-se que esta acessibilidade não diz respeito, apenas, ao espaço físico; envolve todo um contexto de ambiente, como as edificações, os transportes e o acesso aos meios de comunicação, como, por exemplo, rádio, televisão, e até mesmo à participação como cidadão. Esta acessibilidade é definida como sendo a possibilidade e a condição de alcance para utilizar com segurança e autonomia os espaços mobiliários, os equipamentos urbanos, as edificações, os transportes e os sistemas dos meios de comunicação das pessoas portadoras de deficiência ou com sua mobilidade reduzida (GODOY et al., 2000).

Compreende-se o acesso não somente conforme mencionado; nele se inclui também a participação, o direito à cidadania, o direito de voz e vez, enfim, acesso a tudo que contribui para o crescimento do ser humano, incluído o direito à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho.

Segundo estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em tempos de paz, 10% da população dos países desenvolvidos são constituídos por pessoas com algum tipo de deficiência, e nos países em desenvolvimento este percentual sobe para 12 a 15% da população. Desta, 20% são de deficientes físicos. Esta deficiência física é considerada como todo comprometimento do aparelho locomotor, compreendendo os sistemas: ósteo-articular, muscular e nervoso. Ademais, quando estes sistemas são afetados por doenças ou lesões isoladamente ou em conjunto poderá surgir a limitação física de variados graus e gravidades (BRASIL, 2003).

Os números mostram a necessidade de reflexões urgentes sobre o existir das pessoas com algum tipo de deficiência. O intuito é evitar serem estas pessoas discriminadas ou excluídas, mas, sim, tratadas como normais em todo o contexto, desde o apoio da família e da sociedade como um todo, aos aspectos de qualidade de vida e de auto-estima. Para isso acontecer, faz-se necessário o envolvimento social, pois não basta existir apenas a lei sobre a PDF. É, preciso, principalmente, haver compromissos sociais, morais, éticos, de respeito à

vida do outro e às diferenças. “Devemos celebrar as diferenças, buscar as semelhanças, e negociar melhor saúde para todos” (COBB, 1998, p. 46).

Quando houver consciência política e social, e se compreender que deficiência não constitui motivo para se discriminar alguém, dificultar sua vida ou até mesmo ignorá-lo, pois o ser humano, independente das limitações, é um ser completo, capaz de pensar, de interagir, de ser produtivo, muitas barreiras serão superadas. Mesmo se faltarem habilidades e destreza física, o intelecto pode atuar mais decisivamente; se a saúde mental estiver comprometida, é possível encontrar meios de superar o sofrimento existencial. Independentemente das aparências ou dificuldades que possa apresentar, o ser humano foi construído à imagem e semelhança de Deus e como tal é essencialmente perfeito.

Portanto, é preciso ver além do físico, da aparência, descobrir o potencial, a vocação, a capacidade de cada ser humano. Identificar que tipo de contribuição cada um pode oferecer, respeitar os limites individuais, criar oportunidades de conquista com vistas a possibilitar-lhe ser produtivo a despeito das limitações é uma meta a ser perseguida. Isso envolve desde o carinho que recebe, à inclusão social, ao direito e à liberdade para participar daquilo que julga importante para sua vida e para sua realização, como direito à saúde, facilidade nos acessos aos ambientes públicos e privados, livres de barreiras arquitetônicas ambientais, assim descritas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004, p. 2): “Impedimento da acessibilidade, natural ou resultante de implantações arquitetônicas ou urbanísticas”. Desta forma, as pessoas, deficientes ou não, têm o direito de acessibilidade, tanto na área do lazer, como da educação, da cultura, da religião, dos serviços hospitalares.

Como denuncia a OMS, somente 2% das pessoas portadoras de deficiência têm assistência especializada, pública ou privada. Esta afirmação demonstra o predomínio da falta de atenção ou mesmo de percepção e de envolvimento dos profissionais de saúde para com as pessoas portadoras de deficiência física. Tal falha talvez não seja apenas dos profissionais de saúde, mas, principalmente, do próprio sistema do país. Trata-se de uma situação que envolve decisões macro e políticas nos âmbitos federal, estadual e municipal. A conscientização é uma forma de contagiar e sensibilizar a sociedade; reflete-se nas ações e decisões dos profissionais de todas as áreas, pois ter saúde envolve todo o contexto do ser humano (BRASIL, 2003).

Dos 98% da população de PDFs que os dados mostram não ter acesso à saúde talvez boa parte seja constituída por brasileiros e brasileiras ávidos por dias melhores, quando os governantes desenvolverão e apresentarão à população em geral programas de saúde especializados e eficazes, facilitando o acesso das pessoas, repensando as estruturas arquitetônicas de forma planejada. Particularmente, no caso das PDFs, a instituição de saúde deve ser acessível para esta clientela.

Apesar de todas as dificuldades, há conquistas, como, por exemplo, a Lei nº 7.853/89, que promove integração social e define punições. O art.8º desta lei determina punição criminal, com reclusão de um a quatro anos e multa em caso de recusa, suspensão ou cancelamento sem justa causa de inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer grau, público, privado ou qualquer que seja a instituição de ensino. Assim como negar emprego a estas pessoas, deixar de prestar assistência médico-hospitalar, deixar de cumprir ordem judicial ou mesmo retardar ou frustrar esta ordem. Apesar da legislação, ainda se percebe pouca preocupação com a acessibilidade destas pessoas aos serviços de saúde hospitalar. Para avaliação de qualidade hospitalar, o contexto do hospital é considerado sobre a aplicabilidade e sobre a não aplicabilidade da missão, do compromisso com a comunidade, dos aspectos políticos, sociais e financeiros. A autora fala também sobre o hospital do futuro e enfatiza que o administrador deve focalizar o gerenciamento para o contínuo aperfeiçoamento do trabalho em equipe, participativo, com raciocínio estatístico e práticas humanizadas da ciência médica (CEARÁ, 2001).

Parece haver necessidade de reivindicações por parte da sociedade no intuito de sensibilizar os poderes públicos e os gestores dos hospitais para adequar as estruturas arquitetônicas com vistas a melhor atender às necessidades de acesso das PDFs a estes serviços, pois a legislação, por si só, ainda não obteve respostas eficazes para esta demanda. Para haver operacionalização de certas medidas, é preciso haver inicialmente sensibilização, conscientização do que deve ser feito a favor da sociedade. Isso mostra que as pessoas com dificuldades em comum precisam se organizar em busca dos seus direitos.

Na opinião de Carraro (1997), a pós-modernidade tem tratado o homem como objeto dos cuidados de enfermagem de forma dicotomizada, por partes isoladas e compartimentalizadas. Ao refletir sobre a afirmativa da autora, pode-se imaginar que esta é capaz de contribuir para os especialistas perceberem as pessoas além das deficiências e,

assim, assisti-las integralmente. Mas o atendimento deve ser diferenciado e especializado, considerando cada homem e cada mulher como ser humano, independente de seu físico ou mente. Dessa forma os profissionais de enfermagem poderão refletir sobre aspectos não convencionais do cuidado com o ser humano, como, por exemplo, a questão da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência aos serviços hospitalares.

As PDFs têm direitos e deveres assegurados pela XV Constituição da República, a qual, em seu art. 5º, estabelece que é livre a locomoção no Território Nacional em que as pessoas, em tempo de paz, podem entrar, permanecer e sair (BRASIL, 2003). Se há o direito legal à mobilidade e à acessibilidade dentro do país, as PDFs possuem os mesmos direitos de todos os brasileiros e brasileiras; cabe-lhes, porém, lutar para conquistar os meios para exercitar estes direitos, para garantir e assegurar melhor qualidade de vida. A qualidade de vida de uma população está subordinada à disponibilidade de consumo dos bens, à satisfação das necessidades individuais e coletivas, preservando-se o meio ambiente, respeitando-se os valores físicos, espirituais e morais. Esses aspectos socioeconômicos e humanos devem espelhar o modelo de saúde posto em prática por determinada sociedade, modelo este que deve associar o rápido progresso científico a uma programação aplicável (UFC, 2004).

Para as instituições de saúde promover a satisfação e qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência é necessário desenvolver o espírito solidário e a sensibilidade, mas também cumprir as leis que garantem os direitos destas pessoas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referencial teórico a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dada a relevância da lei para âncora desta pesquisa, optou-se por apresentá-la na íntegra, em anexo (Anexo A), para melhor compreensão do estudo. A lei dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional dos interesses coletivos ou difusos das PDFs, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências (BRASIL, 2004).

Desta forma, o Presidente da República estabeleceu normas para assegurar a integração social por meio do exercício dos direitos individuais e sociais, embasadas no respeito à dignidade e na justiça social, possibilitando às PDFs acesso à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social; amparo à infância e à maternidade, ou seja, direitos necessários ao ser humano para que possa viver dignamente. Assim, a lei contempla basicamente todas as áreas indispensáveis à inclusão social das PDFs, e cria oportunidades negadas durante muitos anos, pois o homem, ao longo do tempo, vem mostrando caráter discriminatório com qualquer pessoa que apresente diferença de padrões preestabelecidos.

Portanto a lei visa garantir ações institucionais voltadas a suprir discriminações e preconceitos de qualquer espécie. Segundo determina, deve haver compromisso e obrigação nacional, a cargo do poder público e da sociedade, para cumprir o que é preconizado, no âmbito da educação, da saúde, da formação profissional e do trabalho, dos recursos humanos, do incentivo à pesquisa, das edificações e do desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionado com as PDFs. Todas as conquistas das PDFs, por meio da lei, são consideradas relevantes, pois na área da educação se inclui no sistema educacional educação especial acessível às PDFs, desde a educação infantil ao ensino superior.

Houve também inserção da educação especial nas escolas públicas e privadas e nas unidades hospitalares, quando o pré-escolar se mantiver hospitalizado por período igual ou superior a um ano. É direito das PDFs, igualmente ao de outros educandos, ter acesso gratuito a material escolar, a merenda escolar e bolsas de estudo, bem como a se matricular

normalmente em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares, integrando-se no sistema regular de ensino.

Quanto à acessibilidade na área da saúde, as PDFs possuem por lei a garantia de ter acesso à promoção da saúde e receber visita domiciliar e atendimento médico diferenciado por meio de programas de saúde específicos. Para tal se faz necessário o desenvolvimento de programas com a participação da sociedade como forma de integração social, contemplando a promoção das ações preventivas, desde o planejamento familiar, o aconselhamento genético, o parto e puerpério, a nutrição da mulher e da criança, a identificação e o controle da gestante e do feto de alto risco, a imunização, controle das doenças metabólicas e seu diagnóstico, até o encaminhamento precoce das doenças causadoras de deficiência, recebendo quando necessário tratamento adequado (BRASIL, 2003).

As PDFs deverão ter acesso à rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, bem como a tratamento adequado nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. De acordo com esta lei, art. 8º, inciso IV, se constitui crime punível, com reclusão de um a quatro anos e multa, recusar, retardar ou dificultar de alguma forma o acesso da PDF ao serviço de saúde, negligenciando assistência médico-hospitalar e ambulatorial, quando possível, a essas pessoas.

O objetivo da lei é promover acesso das PDFs não somente aos serviços de saúde, mas a todos os locais e serviços que visem prestar qualquer atendimento às pessoas de um modo geral, para a promoção da qualidade de vida, quer seja na promoção da saúde, na prevenção das doenças, ou para a interação social, no intuito de proporcionar o crescimento e o desenvolvimento do ser humano.



## 4 METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo que, segundo Gauthier et al. (1998), deve ser utilizado no caso de estudo exploratório para o conhecimento aprofundado de determinado problema ou objeto de pesquisa. É utilizado também quando os estudos prevêem análise ocupacional ou de desempenho, verificação da relação tempo e movimento, qualidade do desempenho profissional e estrutura ambiental.

As observações e os testes quantitativos tornam os conceitos mais precisos e dão mais informações sobre os fenômenos. A medida contribui igualmente para a constante busca da objetividade por parte do cientista (MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Como afirma Leopardi (2001, p. 67), “na pesquisa quantitativa o interesse está em fatos objetivamente detectados e observáveis, seja em sua produção, seja em seu desenvolvimento”.

### LOCAL

O estudo foi realizado nos hospitais de Sobral, situada na Região Norte do Estado do Ceará, distante 240 km de Fortaleza. A cidade possui a quinta maior população do Estado, e está localizada no sertão. Tem clima quente, conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km<sup>2</sup>, está colocada entre os vinte primeiros municípios cearenses em dimensão territorial e ocupa o terceiro lugar em renda *per capita*. O referido município tem experimentado avanço socioeconômico nos últimos dez anos, com instalação de empresas e com êxodo rural significativo. No setor saúde constitui referência para a Zona Norte do Estado, sendo considerado um Pólo Assistencial da Região (DIAS, 2001).

Sobral conta com expressivo desenvolvimento na educação, em virtude do raio de ação da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que vem ampliando seus cursos, e absorve demanda de toda a Região Norte e de outras regiões do Estado e do País. Consideram-se estes aspectos importantes também para o desenvolvimento do setor saúde por

compreender que à medida que existem na cidade cursos na área da saúde, como enfermagem e medicina, por exemplo, promove-se o crescimento das categorias profissionais em busca de novos conhecimentos científicos e melhoram-se, conseqüentemente, as práticas assistenciais e docentes. Enfim, há um ganho qualitativo dos profissionais e da comunidade, que requer assistência qualificada e especializada, tanto na rede básica, como na hospitalar.

## **UNIVERSO DO ESTUDO**

O universo do estudo foi constituído pelos hospitais da cidade de Sobral. Segundo a portaria nº 2.224, a nova classificação dos serviços de saúde hospitalar baseia-se no número de leitos, na complexidade de serviços, no perfil assistencial, ordenando-os, de acordo com suas características, em hospitais de porte I, II, III e IV. As instituições detentoras de 20 a 49 leitos são classificadas como de porte I; as de 50 a 149 leitos, de porte II; as de 150 a 299 leitos, de porte III; as de 300 leitos ou mais, de porte IV (MERCADO ... , 2003).

Neste contexto classificatório dos serviços hospitalares, a cidade de Sobral apresenta o seguinte perfil:

1. Hospital geral, de porte IV, atualmente conta com 313 leitos, é de caráter filantrópico, mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), com instituições diversas e com particulares.
2. Hospital geral, de porte II, particular, conveniado com o SUS. Atende a vários convênios e a particulares, e conta com 142 leitos.
3. Hospital especializado, de porte II, conta com 55 leitos, de caráter filantrópico, mantém convênio com o SUS, com outras instituições e com particulares.
4. Hospital geral, de porte I, atende pacientes conveniados com a UNIMED e conta com 35 leitos. Destes, seis são destinados a atendimentos de parturientes encaminhadas pelo SUS.

Os hospitais em estudo foram denominados de Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Sagrado Coração de Jesus e Nossa Senhora de Fátima. A opção pela denominação se deu após observar que estas instituições mantêm devoção aos referidos santos.

## COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2004. Utilizou-se um formulário do tipo cheque-lista (Anexo D), discriminando as condições ideais de acesso estabelecidas na lei para avaliar a acessibilidade e mobilidade das PDFs aos hospitais selecionados, quanto às barreiras arquitetônicas internas e de suas adjacências. As unidades como centro cirúrgico, sala de recuperação pós – anestésica, unidade de terapia intensiva, berçário ou unidade de neonatologia, não fizeram parte da amostra, pois o acesso a estes locais é restrito e dificilmente as pessoas irão transitar livremente por eles. Geralmente quando isso ocorre é por necessidade de atendimentos ou tratamentos específicos, obedecendo a protocolos de cada serviço.

O instrumento foi adaptado do modelo de projeto de pesquisa intitulado *Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação.*

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados estatisticamente, após agrupamento em categorias do tipo estrutura arquitetônica, móveis, equipamentos, sinalização, entre outras. A análise optou pela correlação entre os tipos de serviços hospitalares e a frequência de ocorrências que dificultam o acesso da PDF. Além da análise estatística, foram utilizadas ilustrações por meio de fotografias e de figuras padronizadas pela NBR 9050 (ABNT, 2004), objetivando registrar a arquitetura interna e das adjacências referentes à acessibilidade aos hospitais em estudo e fundamentar os padrões arquitetônicos. Nas fotografias, não consta identificação de pessoas ou serviços.

Para melhor compreensão dos leitores, as fotografias e figuras estão intercaladas no texto, após a apresentação das tabelas.

### 4.1 Aspectos éticos da pesquisa

A investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: autonomia, que implica o

consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de forma que a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeito à sua autonomia e defendê-los em face da vulnerabilidade. Respeito aos preceitos da beneficência – a pesquisa deverá prevenir riscos, promover benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Não maleficência - garantir que os danos previsíveis serão evitados. Justiça e equidade – a pesquisa deverá ter relevância social, oferecer vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização de ônus para estes, garantindo igualdade nas considerações dos interesses envolvidos, e conservando o sentido de sua destinação sociohumanitária. Estes princípios básicos visam assegurar os direitos e deveres relacionados ao respeito à comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2004).

Os participantes do estudo tiveram a garantia do anonimato e conhecimento sobre os objetivos do trabalho, e foram esclarecidos de que poderiam desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo. Ao concordarem em participar do estudo assinaram um termo de autorização de livre consentimento (Anexo B). Este estudo, por fazer parte do projeto de pesquisa *Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e ou sensorial aos serviços de saúde*: estudo das condições físicas e de comunicação possibilitou ser a coleta realizada com vistas a alimentar o banco de dados do projeto e desta dissertação. O referido projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE).

No campo de pesquisa, solicitou-se autorização por escrito (Anexo B) ao Presidente da Comissão Científica do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora e aos diretores administrativos dos demais hospitais. A coleta dos dados foi precedida de um comunicado às diretoras de enfermagem e às enfermeiras responsáveis pelas unidades e serviços envolvidos na pesquisa.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo quatro hospitais da cidade de Sobral, Ceará, compreendendo o universo deste tipo de instituição no município. Os resultados foram obtidos por meio de um formulário tipo cheque-lista (Anexo D), para mapear as condições arquitetônicas de acesso da PDF aos serviços hospitalares e avaliar as barreiras arquitetônicas internas e das adjacências dos hospitais, tendo-se como referências as condições ideais estabelecidas na legislação.

Optou-se por apresentar a análise e discussão dos resultados em forma de tabelas, além de ilustrações por meio de fotografias e de figuras preconizadas pela NBR 9050 (ABNT, 2003). É feito o mapeamento das condições arquitetônicas das avenidas de acesso da PDF no percurso casa/hospital, avaliando a existência de faixas para pedestres, rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas, obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção, calçadas de no mínimo 1,50m de largura, livres de obstáculos que impeçam ou dificultem o trânsito da PDF, avenidas e calçadas livres de buracos e de desnivelamentos, existência de placas de sinalização de trânsito em locais visíveis, além de sinalização indicativa do percurso para a instituição hospitalar e de semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando.

No momento seguinte estuda-se a situação de acesso ao prédio e ao seu interior, incluídos aspectos da via pública. São observadas condições de circulação vertical, englobando acesso por rampa, corrimão da rampa, acesso por escada fixa e o mobiliário. As instalações sanitárias são avaliadas quanto à área de manobra, de transferência e de aproximação da bacia sanitária, e ainda, lavatórios, mictórios, chuveiros na área de internação, localização de espaços e assentos em salas/auditórios. Segundo verificou-se, não existe a identificação com Símbolo Internacional de Acesso nos estacionamentos, nas portas de entradas, das saídas, nas rotas de fuga, nos elevadores e nas instalações sanitárias.



Fotografia 1 Acesso ao Hospital Nossa Senhora das Graças

Neste hospital há necessidade de rampa apenas para adentrar no prédio, pois não existem escadas e rampas internas, por constar de apenas um pavimento.

As tabelas aqui mostradas contemplam itens comuns aos quatro hospitais. Mas por inexistência de escadas e rampas para acesso interno do prédio em um dos hospitais, a análise e a discussão destes resultados revelam a situação de acesso por escada fixa em apenas três deles. Quanto à situação do mobiliário constante das unidades de cada hospital, foi discutida e analisada considerando os serviços selecionados para o estudo. Para discussão e análise dos aspectos relativos a elevadores, instalações sanitárias, localização de assento em salas e auditórios, portas de entradas, saídas e rotas de fuga existentes, não foram elaboradas tabelas.

Tabela 1 Distribuição do número de hospitais segundo a situação das avenidas de acesso no percurso casa/hospital. Sobral - CE, maio de 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Faixas para Pedestres	-	4
Rebaixamentos de meio-fio em pontos estratégicos	1	3
Obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção	-	4
Calçadas livres de obstáculos.	1	3
Calçadas livres de buracos e desnivelamentos	-	4
Calçadas com largura mínima de 1,50m	3	1
Avenidas livres de buracos	2	2
Placas de sinalização de trânsito em locais visíveis	3	1
Sinalizações indicativas do percurso para a instituição hospitalar	4	-
Semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando	-	4

De acordo com as normas, as faixas de circulação nos passeios e calçadas devem estar ligadas ao leito carroçável por meio de rebaixamentos de guias, com rampas nos passeios ou quaisquer outros meios de acessibilidade, de forma que, onde se verificar o fluxo intenso de usuários, onde houver circulação acima de 21 pedestres por minuto, deve-se manter a garantia de rebaixamentos de meios-fios do lado mais distante do cruzamento, com vistas à segurança dos transeuntes. Onde não existir faixas de travessia de pedestre demarcadas, deverá fazer-se contato com órgão de trânsito, com jurisdição sobre a via pública, para a localização de rampas adequadas à circulação de PDF.

As calçadas devem ser livres de obstáculos e ter largura mínima de 1,50m para circulação de duas cadeiras de rodas. As placas de sinalização e outros instrumentos que tenham projeção sobre a faixa de circulação devem situar-se à altura de 2,0m do piso. Nas travessias de pedestres onde houver semáforo, deve ser previsto dispositivo sonoro para atendimento aos portadores de deficiência visual (ABNT, 2003).

As avenidas de acesso à PDF no percurso de casa até os hospitais da cidade de Sobral não atendem às determinações da legislação. Conforme o art. 70 da Lei nº 16.719/01 e o Código de Ética da Construção Civil, para conceber e executar o planejamento e a urbanização das vias públicas é necessário promover a acessibilidade das PDFs ou portadores de mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

Como mostra a tabela, não existem faixas para pedestres, e isto dificulta o acesso destes clientes aos hospitais. A PDF, portanto, precisa estar atenta ao atravessar a avenida, pois a falta deste recurso de segurança no trânsito aumenta o risco para acidentes. A existência de faixas desta natureza funciona como alerta para os motoristas, motociclistas, ciclistas e pedestres, e constitui um instrumento educativo no trânsito. Em virtude do crescimento e desenvolvimento das cidades, exigem-se novas decisões político-administrativas, extensivas às PDFs. É necessário que a PDF tenha garantia de qualidade de vida e bem-estar, com acessibilidade e atendimento às necessidades humanas básicas. O bem-estar humano inclui: “Uma vida prolongada, conhecimento, liberdade política, segurança pessoal, participação cumulativa e direitos humanos garantidos” (PEREIRA, 2000, p 62).

Medidas simples como faixas para pedestres nas proximidades dos hospitais ou sinalizações e semáforos, conforme preconiza a legislação, são essenciais para a população,

principalmente para as pessoas portadoras de alguma limitação física. A acessibilidade traduz uma das principais aspirações das PDFs, mas, por não pensar na vida social e nos direitos dessas pessoas, os espaços públicos sempre foram construídos para as pessoas ditas “normais” (CARNEIRO et al., 2003).

Consoante indica a tabela 1 só há rebaixamento de meio-fio em um dos hospitais; nos demais, o rebaixamento existe apenas nas portas de entrada. Este resultado é compatível com os verificados em 2003 nas cidades de Sobral e de Fortaleza. Encontraram-se travessias sem sinalização, guias de meio-fio sem rebaixamento, ruas, avenidas e calçadas com pavimentação irregular, assim como semáforos sem botoeiras, nas proximidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (VASCONCELOS, 2003). O rebaixamento de meio-fio é de grande valia para as pessoas portadoras de limitações físicas, por facilitar o acesso em locais importantes para alcance de objetivos. Ao realizar mapeamento da via pública das Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza-Ceará, somente 29,6% destas possuíam rebaixamento de meio-fio, enquanto apenas 7,4% ofereciam percurso livre de obstáculos (SILVA, 2003).

Estes resultados apontam para a escassez dos recursos de acesso da PDF aos serviços de saúde; revelam o descaso do Município e do Estado relacionado à acessibilidade de pessoas com limitações físicas. O Estado de São Paulo, por meio do Decreto Estadual nº 33.824, de 21 de setembro de 1991, determinou que as edificações públicas, instalações e mobiliários deveriam se adequar às normas da NBR 9050 (ABNT, 2003). Desse modo, as construções, ampliações e reformas só podem ser autorizadas se incluírem a adequação para as PDFs. Em 3 de março de 1995, a Lei Estadual nº 9.086 “determina aos órgãos da Administração Direta e Indireta a adequação de seus projetos, edificações, instalações e mobiliários ao uso de pessoas portadoras de deficiências (SÃO PAULO, 2004). Pelo Decreto 33.824, acredita-se na possibilidade de garantia de direitos das PDFs nas instituições públicas e privadas, embora o despertar para a realidade ainda seja distante, principalmente em virtude da ausência de um olhar reflexivo sobre o respeito às diferenças. É preciso, porém, a conscientização da sociedade, de forma que profissionais da saúde, da arquitetura, políticos, gestores conheçam e pratiquem as leis; enfim, percebam a era da inclusão como um momento novo, no qual as PDFs fazem parte do processo de desenvolvimento social, e estão contribuindo em todos os setores sociais e exercitando suas potencialidades.



A conscientização quanto aos aspectos de uma arquitetura a serviço de todos, sem discriminação, deve se iniciar na formação do arquiteto. Em todos os lugares deve haver espaço para todas as pessoas, particularmente para as PDFs, pois todas elas são diferentes, assim como suas limitações e a capacidade de superação. Por conseguinte, ainda é tempo de resgatar o ser humano, independente de sua forma física como sujeito e objeto da arquitetura (LASCIO; SOUZA, 2004). Compreende-se a necessidade de mesclar aspectos culturais, profissionais e políticos, porquanto a marca da política não aparece somente na presença inevitável da ideologia, mas, sobretudo, no processo de formação de sujeitos críticos e criativos, encontrando no conhecimento a arma mais potente de inovar para fazer história (DEMO, 1998).

A política está cada vez mais presente na vida do homem como instrumento de conquistas e mudanças, ao permitir o envolvimento direto e indireto das pessoas consideradas normais e das diferentes. Existem, todavia, fatores estimuladores do descrédito pessoal. Entre estas constam a etnia, a precariedade econômica, a crença religiosa, a limitação, a incapacidade física ou sensorial, as quais funcionam como atributos pessoais para assegurar o lugar que o indivíduo ocupa; entretanto o lugar social do indivíduo é passível de estabilização ou estranhamento caso ele venha a perder suas referências (FRANÇA, 2004).

Assim é possível compreender que na prática ainda não superamos as dificuldades de aceitação e compreensão da individualidade e até mesmo da originalidade de cada pessoa como ser único. Os poderes públicos, por exemplo, são exercidos por pessoas cujas dificuldades são semelhantes às nossas. Mas, por se tratar de pessoas públicas e representantes do povo, têm mais responsabilidades. Reduzir as desigualdades ante a impossibilidade de eliminá-las deve ser o objetivo central de toda política pública (NUNES et al., 2001). Portanto, devemos lutar para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços hospitalares, tanto do ponto de vista arquitetônico quanto de atendimento, no sentido de abrir a porta de entrada a cada vez que um novo atendimento for necessário para resolver problema de saúde. Que este ponto de entrada seja de fácil acesso (STARFIELD, 2002).

Estas reflexões apontam para as responsabilidades dos profissionais de saúde, até mesmo como cidadãos, ao identificar situações passíveis de causar dificuldade, reivindicando dos responsáveis a adoção de medidas adaptativas que facilitem e possibilitem o acesso das PDFs.



Fotografia 2 Construção sem proteção por tapume vizinha ao hospital

Medidas simples como rebaixamento de meio-fio, por exemplo, são de grande significado para as pessoas portadoras de limitações físicas permanentes ou temporárias. Ao analisar as obras públicas e particulares, segundo constatado, estas não foram protegidas por tapumes, e muitas vezes invadem o espaço público. Conforme a fotografia 2, não se observa o uso deste recurso de segurança na construção civil nas proximidades dos hospitais na cidade em estudo. Isso fragiliza a segurança dos trabalhadores sujeitos a quedas e acidentes, e dos pedestres em geral, bem como põe em risco os imóveis e bens situados nas proximidades da obra.

Esta situação revela o desconhecimento dos empresários e profissionais da construção civil relacionado à legislação vigente, ou ainda o descaso quanto a medidas preventivas de acidentes. Representa também a negligência dos órgãos competentes para a fiscalização e cumprimento da legislação, pois as leis 8.212 e 8.213, ambas de 1991, determinam a obrigatoriedade de proteção coletiva onde houver riscos de quedas de trabalhadores ou de projeção de materiais, de forma que as instalações de proteção na periferia da edificação devem ser providenciadas a partir do início das construções, fechando-se com tela, instalada entre as extremidades, a qual só poderá ser retirada quando a vedação da periferia até a plataforma imediatamente superior estiver concluída (ARAÚJO; BENITO; SOUZA, 2002).

Consoante se percebe, aquilo que deveria ser uma luta dos trabalhadores, dos construtores e da comunidade, é banalizado, como se não implicasse a prevenção de acidentes e a preservação da vida. Como afirma Cotrim (2001), a sociedade é guiada pela busca de um determinado bem, correspondendo aos anseios dos homens que a organizaram.

Desta forma, o homem como ser social precisa obter a colaboração de outros no sentido de complementação para aquilo sobre o qual ainda não despertou. Daí a importância do convívio social na família e na comunidade, pois a ação da comunidade a fortalece e ao se descobrir potente e capaz elabora o próprio projeto de vida (PEDROSA, 2002).

Ao observar a fotografia 2, percebe-se a inviabilidade de locomoção pela calçada, impedindo que as pessoas usuárias de cadeiras de rodas, de muletas ou bengalas a utilizem. A análise da tabela 1 evidencia que três dos hospitais em estudo apresentam calçadas com obstáculos, nenhuma está livre de buracos e desnivelamentos. A Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, preconiza em seu art. 4º que os logradouros, sanitários e edifícios de uso público terão normas de construção (BRASIL, 2004). A legislação favorece a acessibilidade da PDF aos serviços públicos, e normatiza todos os meios que viabilizem a locomoção de pessoas com dificuldades. Cabe, portanto, às autoridades, aos profissionais e aos cidadãos de um modo geral despertar para a importância desta legislação, minimizar as barreiras arquitetônicas, e viabilizar o acesso das PDFs aos hospitais, e uma vez que “o Brasil é um país de deficientes, finalmente sabemos quantos somos e onde estamos” (HECK, 2002, p. 1). O Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) contabilizou 24,6 milhões de pessoas portadoras de pelo menos uma deficiência, e identificou 14,5% da população brasileira como portadora de alguma deficiência. No Estado do Ceará havia àquela época 617.006 deficientes, enquanto no município de Sobral este número totalizou 134.508 pessoas portadoras de deficiência física, por tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente e falta de membro ou de parte dele (IBGE, 2000).



Fotografia 3 Calçada em volta do hospital, sem rebaixamento de meio-fio e com obstáculos por todo o percurso

De acordo com esta fotografia, as condições apontadas ferem a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989, que garante o acesso da PDF aos serviços de saúde, e a funcionalidade das edificações e das vias públicas. Assim os obstáculos devem ser removidos para permitir o acesso destas pessoas a edifícios e logradouros (BRASIL, 2004). Para ser cumprida a lei há necessidade de se implementar o processo educativo formal e despertar a consciência de cidadania nas pessoas em geral. Rotineiramente observam-se, em especial nas grandes cidades, como São Paulo, buracos, desníveis, raízes de árvores, carros estacionados e outros obstáculos que dificultam o trânsito de pedestres (ACESSIBILIDADE..., 2004).

Ao transpor esta realidade para as ruas de acesso aos hospitais, é comum encontrar comércios informais nas calçadas ou estacionamentos indevidos de motocicletas, de automóveis e de bicicletas, ocupando o espaço por onde as pessoas portadoras ou não de deficiência deveriam transitar. As calçadas ocupadas indevidamente dificultam principalmente o acesso de quem precisa se locomover por meio de cadeiras de rodas, de muletas, de bengalas ou mesmo de pessoas com dificuldade de locomoção, como, por exemplo, obesas e idosas.

Nenhum dos hospitais em estudo é circundado por calçadas livres de buracos e ou de desnivelamentos, embora tenham surgido alguns indícios a favor das pessoas portadoras de limitação após a ONU ter instituído o ano de 1981 como o Ano Internacional do Portador de Deficiência. Isso trouxe avanços à luta pela integração destas pessoas em todo o mundo. Alguns realizaram mais, enquanto outros, menos. Em nosso país é preciso avançar na educação e promover o crescimento de fato e de direito. Como afirma Freire (1996), a educação é a alavanca do progresso. Por meio da educação o ser humano pode se apropriar do conhecimento, abrir novos caminhos e despertar um olhar crítico e construtivo.

O ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Essa complexidade tem sido desintegrada na educação por meio das disciplinas, impossibilitando o aprendizado sobre o significado deste ser (MORIN, 2001).

Pode-se considerar que a complexidade humana é responsável pelas desigualdades entre estabilidade e instabilidade, conforme a leitura de mundo de cada pessoa. Para isso ressalta-se a importância da educação no processo de desenvolvimento da liberdade

e da solidariedade humana, cultivando valores que dignificam o próprio homem na medida em que aprende a ser livre (LINARD; BRITO, 2003).

Ao conquistar a liberdade, o homem pode vislumbrar mecanismos que viabilizem o alcance de seus ideais, superando barreiras e minimizando dificuldades. Segundo aponta a tabela 1, em um dos hospitais a calçada encontra-se livre de obstáculos. Independentemente da abordagem para a facilidade de acesso, é relevante diante do quadro de dificuldades presentes em nossa realidade. A ausência de calçada adequada gera insegurança e dificuldade de locomoção das PDFs para chegar ao local de atendimento, ainda que conduzidas de carro, de maca ou de cadeira de rodas. Ao projetar os espaços devem-se considerar as condições de acessibilidade para os usuários, sendo mais específico os problemas de acessibilidade das PDFs. A remoção das barreiras arquitetônicas representa um importante passo para a integração dos deficientes nos diversos setores da vida humana (MACÊDO, 2003).

A legislação preconiza calçadas com largura de 1,50m. Esta largura é de fundamental importância para a livre circulação das cadeiras de rodas. Isso quando as calçadas não têm buracos ou outros obstáculos. Parece ser cultural a presença de obstáculos em calçadas de hospitais, sejam barracas de comidas ou de outros produtos. Conseqüentemente, dificulta-se a circulação de pedestres, e os obriga a utilizar o leito das avenidas e a disputar espaço com os veículos.

Dos quatro hospitais, em dois as avenidas circunvizinhas não estão esburacadas. Este dado é um demonstrativo das dificuldades encontradas em Sobral referente a algumas providências de ordem pública, e embora a cidade venha recebendo atenção nos assuntos de saneamento e urbanização, esta atenção não é extensiva às áreas estratégicas de acesso a dois hospitais.

Três dos hospitais são contemplados com placas de sinalização de trânsito em locais visíveis, possibilitando orientação aos usuários e minimizando os riscos de acidentes. Em quatro deles existe sinalização indicativa do percurso, a qual funciona como guia para as pessoas que buscam atendimento médico hospitalar. É motivador encontrar algum sinal favorecedor de acesso da PDF ao serviço hospitalar. Isso representa uma forma de cuidar da pessoa. Portanto, em caso de inexistência, este deve ser reivindicado por profissionais de saúde que diariamente transitam pelos mesmos espaços. O cuidado humano deve contemplar

todos os aspectos relacionados ao homem, e o profissional de saúde deve ter papel decisivo nas resoluções de problemas referentes à capacidade, aptidões e grau de deficiência das pessoas cuidadas (UFC, 2004).

Entretanto, o cuidado como objeto de trabalho da enfermagem requer um olhar holístico. Tal olhar requer um aprendizado constante, um relacionamento com profissionais de outras áreas. A aprendizagem em equipe é uma forma de absorver conhecimentos em atividades praticadas em grupo (BONALS, 2003), com vistas a partilhar ensinamentos considerados essenciais por engendrar as ações (SANZ, 2003).

Desse modo, o não exercício do aprendizado em grupo ou individual gera o desconhecimento, a falta de informações e o descumprimento da legislação, pois as pessoas não adquirem a capacidade de ampliar sua visão de mundo. Como afirma Ide e Dominico (2001), a enfermagem, a exemplo de outras ciências, por estar aderida a certezas, a normas e a regras, tem dificuldade em conviver com o novo. Ante esta realidade, o que ocorre geralmente é uma fragmentação e compartimentalização do conhecimento aplicado a práticas estanques. Nestas, cada profissional se percebe em determinada área do conhecimento, sem compreender que cuidar do outro não significa cuidar apenas do seu corpo, mas também da sua alma, pois o homem é corpo e alma (CREMA, 1999). Assim, no contexto da acessibilidade dos portadores de limitação, os profissionais precisam compreendê-los em sua totalidade humana, afetiva, social, motora, corporal e cognitiva (RABELO, 1998).



Fotografia 4 Avenidas de acesso a um dos hospitais

Nas proximidades dos hospitais inexistem semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando, localizados à altura de 0,80m, e 1,20m, conforme recomendado pela NBR 9050 (ABNT, 2003). Nesta área o trânsito costuma ser intenso, principalmente pela quantidade tanto de ambulâncias provenientes de outros municípios como de outros veículos que trafegam pelas ruas de acesso aos hospitais. Neste caso, o motorista terá sempre a preferência, e deixará os pedestres à margem, o que pode ocasionar mais dificuldades às PDFs.

Ao observar as condições das avenidas nas proximidades de um dos hospitais em estudo, constata-se a ausência de pavimentação. Isto as torna mais esburacadas, irregulares e mal conservadas. O acesso é desconfortável para qualquer pessoa, independente do tipo de transporte utilizado. Como indicam a fotografia e a avaliação local, a sociedade é construída para a exclusão do deficiente, o qual se obriga a travar lutas incessantes, como, por exemplo, trabalhar com as situações já existentes no respeitante à inclusão ambiental, e ao mesmo tempo tentar eliminar as barreiras arquitetônicas nos prédios já construídos e garantir a construção de novos prédios adequados ao deficiente (FERREIRA, 1999). Para esta inclusão ocorrer em curto prazo, urge uma reconstrução da nossa cultura, que talvez por influência da sociedade capitalista, na qual o dinheiro vale mais que a necessidade psicológica cresce desumanizadamente. O indivíduo inexistente e a impessoalidade percorre todas as instituições (FONTES, 2002).

Tabela 2 Distribuição do número de hospitais segundo o acesso ao prédio das pessoas portadoras de deficiência física. Sobral - CE, maio de 2004.

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
A via pública de acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o trajeto obedecendo à inclinação transversal máxima da calçada	1	2
Possui estacionamento privativo para PDF devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso, número de vagas e vagas demarcadas	-	4
Os corredores de circulação e entrada de estacionamento possuem setas indicativas no sentido do deslocamento com o Símbolo Internacional de Acesso encaminhando para as entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis	-	4
O percurso da vaga até a entrada do edifício é livre de obstáculos	-	4

A NBR 9050, de acordo com a ABNT (2003), fixa padrões e critérios para proporcionar às PDFs condições adequadas e seguras de acessibilidade autônoma a edificações, espaços mobiliários e equipamentos urbanos, e preconiza que o acesso de

veículos a estacionamentos e garagens deve ser sinalizado pelo Símbolo Internacional de Acesso, acompanhado de seta indicativa do sentido de deslocamento. As vagas devem ser demarcadas com linha contínua, na cor branca sobre o pavimento e ter o Símbolo Internacional de Acesso pintado no piso junto à vaga. A circulação para a pessoa portadora de deficiência ambulatoria deve ser sinalizada por meio de faixa de 1,20m de largura e 0,80m de altura, pintada em amarelo, complementada por rebaixamento de guias e passeios.

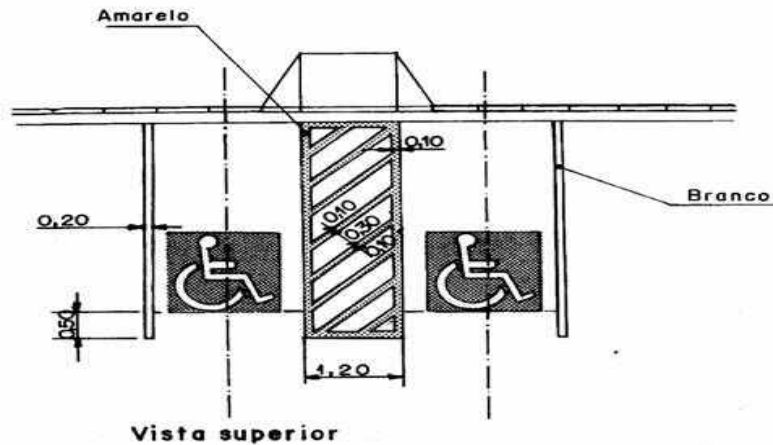


Figura 1 Exemplo de ambiente adequado para deficiente físico

Fonte: ABNT, 2003.

Em caso de sinalização horizontal, a vaga deve ser demarcada com linha branca contínua sobre o pavimento e ter o Símbolo Internacional de Acesso pintado no piso. As vagas em espaço interno devem ser identificadas com placas verticais.



Figura 2 Exemplo de sinalização vertical em espaço interno

Fonte: ABNT, 2003.



Quanto ao acesso das PDFs aos hospitais de Sobral, conforme se constatou em um hospital inexistente rebaixamento de guia por todo o trajeto da calçada. Isso impossibilita as pessoas circularem livremente em cadeiras de rodas, usando muletas ou outros instrumentos de apoio à locomoção. Assim medidas de acessibilidade para tornar os espaços livres de barreiras arquitetônicas e de obstáculos garantem às pessoas o direito de circular livremente, e promove autonomia por libertá-las da dependência total ou parcial de terceiros.

A autonomia significa um valor conquistado e garantido pelo compromisso e pela competência (PASSOS, 2002). Essa autonomia facilita a locomoção dos deficientes e colaboradores e minimiza seus esforços. Nos mencionados hospitais, não foi encontrado estacionamento privativo para PDF, portanto, inexistente delimitação com o Símbolo Internacional de Acesso, de número de vagas demarcadas, assim como corredor de circulação, entrada de estacionamento ou outro item que caracterize a intenção de definir estacionamento privativo para estes clientes. Isso requer maior atenção dos profissionais, das pessoas em geral e das PDFs no sentido de se organizarem em busca dos direitos adquiridos legalmente, mas não legitimados na prática. Como enfatiza Nutbeam (1998), estruturas organizacionais podem causar impactos diretos e indiretos na saúde das pessoas.

Compreendem-se estruturas organizacionais a partir da organização de grupos de pessoas com os mesmos interesses, na luta pelas mesmas causas e pelos mesmos objetivos, utilizando a espontaneidade e a criatividade como força propulsora do progresso humano (MORENO, 1992). Com base nessas premissas, percebe-se a possibilidade de ancorar-se na legislação, para viabilizar reservas de vagas destinadas a veículos que transportem PDF nas proximidades dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, com as especificações de desenho traçado de acordo com as normas técnicas vigentes, obedecendo a um espaço adicional de circulação mínima de 1,20m de largura e 0,80 de altura (ABNT, 2003).

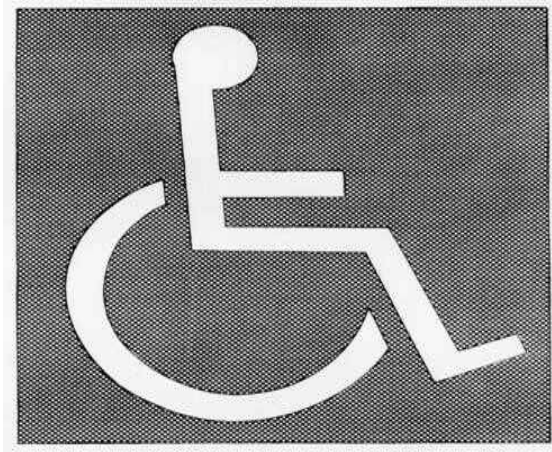


Figura 3 Símbolo Internacional de Acesso

Fonte: ABNT, 2003.

Durante o estudo não foi encontrado o Símbolo Internacional de Acesso orientado para entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis nas áreas hospitalares. Apenas uma das instalações sanitárias de um dos hospitais que dispõem deste recurso para PDF usava este símbolo.

Nos hospitais em estudo inexistente esta demarcação por não haver o estacionamento, conforme discutido. Desta forma, as edificações, os serviços, os profissionais e as organizações são excludentes. Assim, as pessoas com limitação podem se sentir marginalizadas e desestimuladas a procurarem os serviços de saúde, uma vez que pouco é construído especificamente para elas. Para evitar esta situação, é necessário haver entendimento sobre a pessoa, com o objetivo de encontrar o caminho de uma resposta aceitável para muitos problemas (PALÁCIOS; PEGORARO, 2001).

Esta reflexão sugere mudanças de comportamento e de cultura. Para mudar a cultura de que as pessoas não apresentam os mesmos padrões é preciso incluir os diferentes, e respeitar os limites de cada ser humano, pois a maneira de ser, de pensar, de sentir e de agir de um povo, tudo o que somos retrata a cultura do nosso grupo social. Nossas crenças, valores e costumes são a alma da nossa cultura (NEUMANN; NEUMANN, 1999). Portanto, mudança de comportamento requer mudança de crenças e de valores que elevem e promovam o ser humano e, ao mesmo tempo, possibilitem oportunidades iguais, pois a riqueza da vida é construída pela diversidade.

Tabela 3 Distribuição do número de hospitais segundo o acesso ao interior do prédio. Sobral - CE, maio de 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Por escadaria sem corrimão	2	2
Por escadaria com corrimão	1	3
Por rampa de acesso para PDF	3	1
Áreas de circulação possuem portas com largura livre de 0,8m	4	-
Portas dos tipos vai-e-vem, dotadas de visor vertical	-	4
Portas de correr possuem trilhos rebaixados	1	3
Pisos possuem superfície regular, estável, firme e antiderrapante	-	4
Áreas de circulação coletiva com no mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos	-	4

Os corrimãos devem ser construídos de materiais rígidos, firmemente fixados às paredes ou barras de suportes, para serem utilizados com segurança. Devem permitir boa empunhadura e deslizamento. Preferencialmente de seção circular entre 3,5cm e 4,5cm de diâmetro, deixando-se 4cm no mínimo entre a parede e o corrimão, prolongando-se pelo menos 0,30m antes do início e após o término da rampa ou escada. O acabamento das extremidades do corrimão deve ser recurvado, fixado ou justaposto à parede. A altura do corrimão deve ser de 0,92m do piso. Para rampas e opcionalmente para escadas devem ser instalados em duas alturas, a 0,70m e 0,92m do piso. Os corrimãos laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas ou rampas. As portas do tipo vai-e-vem devem ter visor com largura mínima de 0,20m, com a face inferior situada entre 0,40m e 0,90m do piso e a face superior no mínimo a 1,50m.

O visor deve estar localizado entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças. Em portas de correr, os trilhos ou guias inferiores não devem se projetar acima da superfície do piso. O piso deve ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante, sob qualquer condição climática. As áreas de circulação devem ser dimensionadas, assegurando-se uma faixa de circulação livre de obstáculos. Nas áreas de circulação recomenda-se a utilização de faixas de piso com textura e cores diferenciadas para facilitar a identificação do percurso pelas pessoas portadoras de deficiências auditivas. Sempre que houver mudança de inclinação ou de plano, o piso deve ter tratamento diferenciado para facilitar a identificação destas transições (ABNT, 2003).



Fotografia 5 Demonstrativo de escadas sem corrimão

Segundo evidencia a tabela 3, em um dos hospitais o acesso se dá por escada com corrimão, enquanto nos outros dois considerou-se o item de avaliação escadaria com corrimão negativo por não atender aos padrões preconizados pela legislação. Em um dos hospitais a escada possui corrimãos unilaterais; no outro existem no seu interior dez escadas para acesso às unidades, mas, destas, cinco são usadas eventualmente pelos pacientes. Sua maior utilização é por funcionários em serviço ou pelo público em busca de solucionar questões relacionadas à busca de documentos, como, por exemplo, atestado de óbito ou outros de seus interesses, como xerox de prontuários, ou ainda por ocasião de encontros e reuniões científicas direcionadas a pacientes com patologias específicas, como diabetes, hipertensão, entre outras.

Destas escadas, quatro possuem corrimãos que não atendem às normas técnicas da ABNT e uma não o possui. Das cinco utilizadas necessariamente pelos pacientes, todas têm como proteção as paredes bilaterais. Em apenas um dos hospitais o acesso ocorre por meio de escadaria com corrimão, facilitando a mobilização da PDF e proporcionando segurança aos usuários em geral. As instituições de qualquer ordem são responsáveis pela segurança de seus usuários. Da mesma forma, os hospitais, pois onde existe vida humana há necessidade de regras e normas que definam e regulamentem a convivência entre as pessoas. Ao serviço de enfermagem cabe responder pelas ações preventivas, organizacionais e de administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes (PASSOS, 2002). Nestes cuidados preventivos, estão os cuidados com as escadarias, incluindo larguras ideais dos batentes e dos espelhos, piso antiderrapante, corrimão de ambos os lados, de acordo com as normas técnicas.



Fotografia 6 Acesso ao prédio por rampa

Em três dos hospitais em estudo o acesso ao interior do prédio ocorre por rampa, e em um destes existem sete rampas. Destas, uma não possui corrimão, e três delas têm como proteção as paredes bilaterais. Outra possui grades bilaterais e a outra, grade unilateral, tendo como proteção a parede do lado oposto. Uma das rampas dispõe de corrimão bilateral por toda a extensão, mas não possui curvatura e nem prolongamento no início e no final da rampa. São inúmeras as dificuldades das instituições mantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em adequar estruturas e edificações antigas, uma vez que o sistema previdenciário foi sempre retratado pelas crises financeiras. Assim, as medidas reparadoras destas crises recaem sobre os hospitais. Por exemplo, a crise econômica das décadas de 80 a 90 desencadeou a constituição do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que ao propor um plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da assistência social sugere medidas racionalizadoras, sobretudo na área hospitalar (ANDRADE, 2001).

Medidas como estas criam dificuldades e possibilidades para o não investimento de recursos de segurança e facilidade de acesso. Em outro hospital existem duas rampas. A rampa externa para acesso de veículos e uma calçada em forma de rampa ao lado para pedestres, cuja proteção unilateral é a parede do muro, localizada a partir do portão de entrada dos funcionários, conduzindo ao serviço de pronto-atendimento. Internamente existem duas rampas que possuem a proteção bilateral das paredes. O outro hospital conta com três rampas. Como visto, a segurança das PDFs apresenta-se fragilizada. A falta de corrimão instalado de ambos os lados compromete a mobilidade dos usuários de muletas,

bengalas, aumenta os riscos de queda por falta de apoio, e pode ocasionar acidentes ou dificuldades para os clientes, e até mesmo para os não portadores de deficiência ao buscarem atendimento, ou por ocasião de visitas esporádicas.

Em todos os hospitais deste estudo existem rampas de acesso para PDF ligando a calçada ao setor de recepção do hospital. Como mostra a fotografia 6, as rampas comprometem a mobilidade das PDFs, pela declividade e pela presença de obstáculos na área, como motocicletas e bicicletas. Esse fato requer orientação e medidas educacionais para conscientizar as pessoas sobre a utilização dos locais específicos, até mesmo numa postura de respeito, pois um espaço não pode ser preenchido por mais de um corpo. Assim, obrigatoriamente, o trânsito de grande número de pessoas não pode ser disputado por objetos obstruindo o trânsito.

Ao observar a rampa de acesso percebe-se que se mostra íngreme, com piso irregular e ausência de corrimão de ambos os lados. Existe apenas uma grade lateral unilateral na parte mais acentuada. O acesso da PDF em cadeiras de rodas só será possível com auxílio de outras pessoas com certa habilidade para transportá-la cuidadosamente e com segurança. Isso compromete o exercício dos plenos direitos individuais e sociais das PDFs e sua efetiva integração social, garantidos pela Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 (BRASIL, 2004).

Nos hospitais em estudo não se encontrou sinalização com o Símbolo Internacional de Acesso, o que sugere a desatenção com este grupo social, mas em todos eles existem portas com largura livre de 0,80m, favorecendo o livre trânsito de pessoas em cadeiras de rodas. Não foram encontradas portas do tipo vai-e-vem dotadas de visor vertical. O visor tem a finalidade de facilitar a visibilidade de pessoas ou objetos que possam estar do lado oposto; pode evitar acidentes comuns como abalroamentos, atropelamento de pessoas ou objetos, capazes de gerar outros transtornos e prejuízos em maior ou menor complexidade como, por exemplo, quebra de materiais e riscos para acidentes. Apenas um hospital possui portas de correr com trilhos rebaixados para o livre tráfego de cadeiras de rodas.

Piso com superfície regular, estável e firme foi encontrado em todos os hospitais, enquanto piso antiderrapante não foi encontrado, pois os hospitais utilizam

modelos convencionais de pisos. O piso, porém, deve ser antiderrapante em qualquer situação, seco ou molhado.



Fotografia 7 Imagem de corredor de um dos hospitais em estudo

Quanto às áreas de circulação coletiva, nenhum hospital preenche totalmente a exigência da lei, pois embora possuam a largura mínima de 1,20m exigida, não estão livres de obstáculos como lixeiras, bebedouros e mobiliários. Às vezes o corredor não tem lixeira, por exemplo, mas possui um banco ou um bebedouro. A fotografia 7 mostra os obstáculos encontrados com maior frequência nos corredores.

A presença de obstáculos nestes locais interfere no cuidado de enfermagem, por dificultar o trânsito da equipe em serviço, porquanto estes espaços são muitas vezes transformados em salas de espera. Assim, além dos diversos elementos encontrados, existe também o aglomerado de pessoas, impedindo o livre trânsito das PDFs e da equipe, pois para cuidar é necessário ambiente adequado, confortável e seguro para os pacientes, para os familiares e equipe de trabalho. O cuidado acompanha o ser humano durante todo o seu ciclo vital, do nascimento à morte. Representa zelo, dedicação, responsabilidade e envolvimento com o outro no suprimento de suas necessidades humanas básicas, como, por exemplo, a acessibilidade (PIANUCCI, 2004).

O ambiente é, portanto, de fundamental importância para a assistência de qualidade e acessibilidade aos serviços. Cabe aos profissionais de enfermagem orientar e reivindicar condições de livre acesso no intuito de minimizar os obstáculos e empecilhos ainda muito fortes na cultura dos hospitais pela presença de mobiliários postos em locais

inadequados. Para a transformação desta prática será necessário planejamento e organização. Como enfatizam Wyse, et al. (2003), sem perceber, planejamos e improvisamos as coisas que realizamos no nosso dia-a-dia.

Tabela 4 Distribuição do número de hospitais segundo as condições de circulação vertical no interior do prédio e de acesso por rampa - Sobral –CE, maio de 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Rampa	3	1
Escada	3	1
O acesso possui inclinação máxima capaz de minimizar esforços da PDF	1	3
O piso é antiderrapante	2	2

Ainda de acordo com as normas, as rampas devem ser construídas junto às faixas de pedestres demarcadas e alinhadas com o extremo da faixa de pedestre, do lado mais distante do cruzamento. A largura mínima é de 1,20m, mas o recomendável é de 1,50m. A declividade desta rampa não pode exceder a 12,5%. O ponto mais baixo da rampa externa deve ficar com uma saliência de 1,5m junto ao meio-fio, em relação ao piso do estacionamento, para orientação da pessoa portadora de deficiência sensorial visual. Deve existir patamares no início e final de cada segmento, e ter 1,20m na direção do movimento. A largura mínima das escadas é de 1,20m. Nas áreas de circulação o fluxo principal não deve ser usado para degraus e escadas fixas com espelhos vazados ou com pisos salientes em relação ao espelho (ABNT, 2003).

De acordo com a análise, apenas três hospitais necessitam de escadas em seu interior, como consta na tabela 4. Quanto à inclinação máxima destinada a minimizar o esforço das PDF, existe em apenas um dos hospitais, enquanto nos demais a inclinação requer maior esforço.



Fotografia 8 Rampa de acesso interno



O piso da rampa em dois hospitais é antiderrapante, e em dois é constituído de materiais que podem provocar escorregões e quedas, por serem industriais ou de cimento. Isto significa insegurança para as pessoas, pois, consoante preconizado pela NBR 9050 (ABNT, 2003), o piso deve ser antiderrapante e continuar sendo, mesmo com o uso prolongado, independente de estar seco ou molhado. Segundo observado, nos hospitais são utilizados materiais de usos convencionais, como pisos industriais, granito, mármore, cerâmicas de superfícies lisas, cimento, nas escadas e rampas, demonstrando insensibilidade, desconhecimento ou desinteresse em relação aos portadores de limitações e às pessoas em geral.

Há urgência de sensibilização das autoridades e dos dirigentes quanto às necessidades comuns a qualquer ser humano, no intuito de viabilizar estruturas adequadas para mobilização das pessoas com limitações temporárias ou definitivas, pois é comum na rotina dos hospitais a presença de pessoas de idades variadas, de forma que cada pessoa, a seu tempo, independente de deficiência ou não, poderá apresentar fragilidades específicas em determinada fase da vida. Por isso, é relevante promover mudanças de posturas éticas e pensamentos progressistas voltados a contribuir prioritariamente para a transformação das idéias e sentimentos com vistas a alcançar a mudança estrutural e física das dependências dos hospitais, dos serviços de saúde e de todos os locais por onde as PDFs precisam circular. O progresso do pensamento humano trouxe consigo a superação das classificações puramente extrínsecas e simplistas, buscando em maiores horizontes um sentido e uma compreensão mais ampla e profunda (ARISTÓTELES 1982).

Tabela 5 Distribuição do número de hospitais segundo à situação do corrimão da rampa.  
Sobral - CE, maio de 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
O corrimão da rampa é de material rígido	2	2
Firmemente fixado	2	2
Instalado de ambos os lados da escada ou da rampa	1	3
A altura é de 0,92m do piso	2	2
Está afastado 0,4m da parede	2	2
Prolonga-se pelo menos 0,30 m antes do início e término da rampa ou escada, sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão	-	4

Em dois dos hospitais em estudo, o corrimão da rampa é de material rígido firmemente fixado à altura de 0,92m do piso e afastado 0,4m da parede. Nos demais as

rampas não têm corrimão; portanto, não atendem aos itens de segurança relacionados ao corrimão da rampa. Em um dos hospitais a rampa possui corrimão unilateral no acesso ao interior do prédio. No Hospital Nossa Senhora Auxiliadora existem seis rampas internas sem corrimãos. Uma delas apresenta grades de proteção bilateral, outra se encontra livre de qualquer proteção, enquanto quatro rampas são protegidas pelas paredes das unidades. Todas possuem piso antiderrapante.

No Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, existe uma rampa interna com corrimão bilateral e duas sem corrimão. No Hospital Sagrado Coração de Jesus, existe uma rampa interna sem corrimão, tendo como proteção as paredes. A outra rampa de acesso é formada pela calçada que liga a entrada à recepção. Em um dos hospitais os corrimãos estão instalados de ambos os lados da rampa, mas não se prolongam por no mínimo 4cm antes do início e término da escada ou da rampa, sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão. Percebe-se, portanto, a necessidade de readequação para possibilitar a locomoção das PDF.

A pessoa que usa muleta ou bengala de um lado utiliza a mão contra lateral para ajudar na subida e na descida da rampa ou da escada. Nos hospitais pesquisados, como em outros, existem deficiências arquitetônicas. Estas podem ser atribuídas a falhas na arquitetura. Por outro lado, ao longo dos tempos ocorreram reformas destas estruturas. Mas até mesmo o hospital construído na década de 90 apresenta irregularidades neste item, o que de certa forma conduz a algumas hipóteses, tais como: pouca divulgação da legislação; não absorção de que as pessoas portadoras de deficiência têm o direito garantido da inclusão social; as próprias PDFs ainda não estão conscientes de seus direitos, pois na verdade é difícil compreender algumas transformações que ocorrem subitamente. A humanidade em sua história vive paradoxos e ambigüidades entre compartimentos de cuidado e não cuidado. Por meio das guerras, por exemplo, e dos progressivos e sofisticados arsenais para uso dos militares, torna-se responsável pela dizimação de pessoas (WALDOW, 1999). O normal até bem pouco tempo era a negação da existência das PDFs. Elas não eram expostas na comunidade a não ser como meio de obter recurso para ajudar no orçamento familiar por piedade e compaixão, o que significava uma prática antiética, de desrespeito e exploração do ser humano. A virada do final do século XX propiciou um momento novo a essas pessoas excluídas, a possibilidade de se desvelarem, de demonstrarem seus potenciais em todos os espaços sociais, no trabalho, na educação, no esporte, no lazer, enfim, manifestarem-se e vivenciarem todos os seus direitos de ser humano.

Os seres humanos são capazes de se revelar a si mesmos e aos outros e criar espaços públicos adequados à condição humana originária da pluralidade, que só na ação pode se manifestar e ser reconhecida (OLIVEIRA, 2001). Quando o poder público se compromete em legislar a favor de alguns segmentos sociais, cria também o campo para o empoderamento destes segmentos em busca da força interior apta a remover obstáculos visíveis e invisíveis, utilizando-se dos argumentos disponíveis aos enfrentamentos necessários. Assim as PDFs estão se fortalecendo dia-a-dia e a qualquer momento irão conquistar seus espaços indispensáveis à vida .

Após discutir os itens relacionados aos corrimãos, se passará à tabela 6, a partir da qual serão discutidas todas as escadas internas de acesso em apenas três hospitais em estudo, em face da inexistência de escadas internas em um dos hospitais. Esta discussão contemplará medidas do patamar, do piso, do espelho, tipo de piso e corrimãos, conforme o preconizado pela legislação.

Tabela 6 Distribuição do número de escadas internas segundo a situação de acesso. Sobral-CE, maio de 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA			
	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Patamar de 1,20m quando houver mudança de direção ou desnível superior a 3,25m	1	< 1	12	92
Degraus têm piso de no mínimo 0,28m	13	100	-	-
Degraus têm piso de no máximo 0,32 m	13	100	-	-
Degraus têm espelho de no mínimo 0,16m	13	100	-	-
Degraus têm espelho de no máximo 0,18m	13	100	-	-
Degraus possuem piso antiderrapante	5	38	8	62
Corrimão de material rígido	6	40	7	60
Corrimão firmemente fixado	6	40	7	60
Corrimão instalado de ambos os lados da escada	6	40	7	60
Corrimão afastado 0,4m da parede	6	40	7	60
Corrimão a 0,92m do piso.	6	40	7	60
Corrimão prolongado pelo menos 0,30m no início e término da escada	-	-	13	100

A tabela 6 trata do acesso interno por escadas fixas que interligam as unidades dos três hospitais que possuem escadas internas. Como ressaltado um dos hospitais não contempla este item da pesquisa.

O acesso por escada fixa foi analisado nos três hospitais, verificando-se as medidas do patamar da escada, medidas máxima e mínima dos degraus, tipo de piso, tipo de corrimão, fixação, instalação, afastamento da parede, altura e prolongamento.

Segundo aponta o estudo, nos três hospitais existem treze escadas de acesso interno. Em todas elas os degraus possuem piso de no mínimo 0,28m e de 0,32m no máximo, e espelho de 0,16m no mínimo e de 0,18m no máximo, ou seja, atendem a 100% das exigências legais. Seis escadas possuem corrimão de material rígido, firmemente fixado, instalado de ambos os lados, afastado 0,4m da parede e localizado a 0,92m do piso, isto é, satisfazem a 40% da exigência preconizada pela NBR 9050. No Hospital Nossa Senhora Auxiliadora existe corrimão de material rígido e firmemente fixado em apenas quatro das dez escadas. No Hospital Sagrado Coração de Jesus, há corrimão de ambos os lados em uma das escadas e na outra ele localiza-se unilateralmente. Quanto ao Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, a escada não possui corrimão de material rígido e firmemente fixado em nenhum dos lados. Existe apenas uma grade lateral.

O corrimão instalado de ambos os lados, com prolongamento de pelo menos 30cm no início e término da escada, é considerado fator de apoio para as pessoas que utilizam escadas. Estes, quando existem, estão localizados apenas unilateralmente, o que não atende a uma parcela das pessoas, pois em qualquer lugar do planeta a probabilidade de deficiência é de 3% a cada criança que nasce (CARNEIRO, et al., 2003).

O piso antiderrapante foi encontrado em cinco escadas, e corresponde a 38% das exigências preconizadas pela legislação. Mas o mais comum são escadas com pisos convencionais, tipo mármore, granito e outros não recomendados para área hospitalar. Apenas em um dos hospitais a escada possui patamar de 1,20m a cada mudança de direção ou em desnível superior a 0,35m. A presença desse item de segurança possibilita as manobras necessárias à locomoção de acesso aos próximos degraus. O Decreto Estadual nº 33.823, de 21 de setembro de 1991, visa implantar e implementar projetos e medidas de atendimento às necessidades básicas das PDPs nas áreas da saúde, de acordo com a legislação nacional que as inclui em todos os níveis sociais (SÃO PAULO, 2004). Em nenhuma das unidades hospitalares o corrimão prolonga-se por pelo menos 0,30 m do início e final da escada.

Conforme observado, ainda há muito a se conquistar, pois em doze itens avaliados apenas quatro correspondem a 100% das exigências legais e propiciam segurança às pessoas que transitam por essas escadas. Quer sejam pessoas deficientes ou não, pois o preconizado pela legislação visa preservar a integridade física dos usuários de forma geral. Ademais, a cidade produz a exclusão social, quando não facilita a mobilidade de ir e vir, e impede o real sentido da cidadania. A sociedade capitalista tem como premissa básica a produção do capital, quase sempre geradora de desigualdades (MASSARI, 2004).

Isso leva a refletir sobre a condição dos hospitais. Estes, conforme a complexidade, a estrutura organizacional e arquitetônica, podem ser considerados verdadeiras cidades, até mesmo pelo contingente de pessoas a circular nestas instituições. Assim como as cidades são exclusivistas, os hospitais também o são. Talvez essa realidade venha a se transformar em curto prazo, porquanto, apesar de se ter encontrado apenas 33% dos itens das exigências legais para utilizar as escadas com segurança, podem-se perceber algumas preocupações por parte das autoridades e organizações de nosso país, que vêm legislando e favorecendo a transformação das opiniões, das crenças, da cultura, com vistas a sensibilizar a sociedade e as pessoas de modo geral.

Entre as leis pode-se mencionar a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), cujo capítulo I, art. 1º e inciso IV tratam da habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e da promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 2004). A questão da habilitação e da reabilitação é papel já definido dentro das funções dos profissionais de saúde como um todo. Já existem áreas específicas, voltadas à promoção, do crescimento do ser humano, de forma legítima, com direito à integração e conseqüentemente à participação. Mas para o exercício e cumprimento da legislação exige-se atitude, e não apenas o conhecimento. Além disso, a formação profissional em áreas específicas requer o envolvimento do “ser”, ser sensível, ser compreensível, bom: “O homem que não compreende o outro é infeliz e mau”, afirma Charboneau (1986, p. 17).

Isso significa praticar o bem, criar condições viáveis para o exercício da cidadania, da dignidade. Compreender a situação do outro em busca de motivação e sensibilização no intuito de alcançar meios ideais para solução das dificuldades encontradas pelas PDFs deverá estar inserido no papel do profissional.

De acordo com Silva (2000), ser profissional é ser capaz, é fazer a avaliação da necessidade do paciente percebida por ele próprio e das que ele muitas vezes não percebeu. Assim

as PDFs fazem parte da nossa clientela e é preciso vê-las como pessoas presentes no nosso dia-a-dia, dependentes dos nossos cuidados, principalmente após ter percebido claramente ser indispensável mais atenção a essas pessoas. É urgente a necessidade de adequação dos hospitais, para promover e facilitar a acessibilidade, tanto das PDFs, como das pessoas em geral. Em nossa sociedade, muitas pessoas, por motivos diversos, apresentam características diferentes dos padrões de normalidade que estamos acostumados. O ser humano não foi programado para atender a um modelo específico, para obedecer rigorosamente a um controle de qualidade sobre medidas.

Quando uma estrutura é planejada dentro dos padrões técnicos preconizados pela legislação, proporciona certo empoderamento ao usuário por possibilitar a este autonomia na busca de seus direitos, e promover a superação de barreiras próprias da deficiência, desenvolvendo a auto-estima ao minimizar as diferenças dentro de um padrão eficaz para qualquer pessoa, independente da deficiência.

Tabela 7 Distribuição do número de setores dos hospitais segundo o mobiliário existente.  
Sobral –CE, maio de 2004

ITENS	1		2		3		4		TOTAL	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Balcões e mesas têm altura de 0,80m do piso	16	5	8	1	4	1	4	1	80%	20%
Assentos têm profundidade de 0,40m e instalados a 0,46m do piso	6	15	5	4	2	3	-	5	33%	67%
Bebedouros instalados a 0,80m do piso	-	21	1	8	-	5	-	5	2,5%	97,5%
Telefones instalados entre 0,80m e 1,20m do piso	1	20	-	9	-	5	-	5	2,5%	97,5%
Botoneiras entre 0,80m e 1,20m do piso	-	21	-	9	2	3	-	5	5%	95%
Assentos ambulatoriais com espaço frontal de 0 a 0,60m	3	18	8	1	2	3	-	5	33%	67%

1 - Hospital Nossa Senhora Auxiliadora

2 - Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

3 - Hospital Sagrado Coração de Jesus

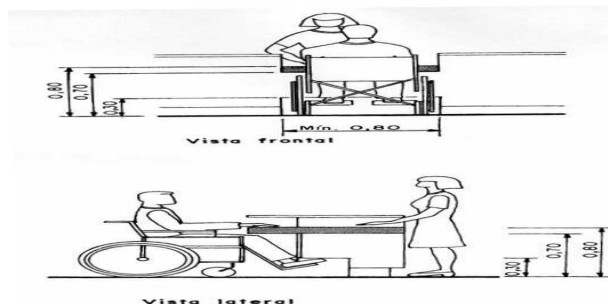
4 - Hospital Nossa Senhora das Graças

Os balcões de atendimento devem permitir aproximação frontal de pelo menos uma cadeira de rodas, e ser instalados a 0,80m do piso, com altura livre mínima de 0,70m deste. Quanto aos telefones para PDF, devem atender aos requisitos de acessibilidade e permitir sua utilização nos casos de deficiência ambulatoria e sensorial auditiva parcial. É preciso haver no mínimo 5% dos telefones instalados pela concessionária, por tipo, ou seja, local e DDD. Assim, sempre que houver um conjunto de telefones de uso público, pelo menos um deles deve atender a estas exigências legais.

Em relação aos bebedouros, devem permitir a aproximação da cadeira de rodas e ser acessível à bacia. As bicas e os comandos devem estar a uma altura de 0,80m do piso. Os dispositivos de acionamento devem permitir a operação manual e deve ser do tipo alavanca. É facultativo o uso de barras para apoio de pessoas com mobilidade reduzida nas pernas, para evitar assim que se apoiem diretamente nos bebedouros. Os bancos devem ser providos de encosto, ter profundidade de 0,45m e ser instalados a uma altura de 0,46m do piso (ABNT, 2003).

Ao analisar a situação dos mobiliários disponíveis nas unidades em estudo dos quatro hospitais, segundo se percebe, as barreiras são mais evidentes do que as facilidades possíveis de existir no dia-a-dia da PDF. Isso corrobora a necessidade de luta na busca do reconhecimento social para vencer o medo do futuro (FRANÇA, 2004).

Tal realidade requer ainda amplas discussões da população para conquistar conhecimento, informação e organização de classe. No caso, as PDFs em parceria com outros segmentos, em prol da legitimação dos mecanismos legais para uma sociedade mais justa e inclusiva de fato e de direito. A tabela 6 aponta fatores de forte referência para a acessibilidade das PDFs nas unidades em estudo dos quatro hospitais. Entre os pontos positivos, os balcões e as mesas atendem à altura de 0,80m do piso em 32(80%) unidades, conforme preconizado pela legislação.



Figuras 4 e 5 Posto de atendimento

Como dificuldades de acesso, sobressaem balcões protegidos por grades, com a finalidade de preservar a integridade física dos funcionários daquela área contra violências físicas advindas de clientes usuários de substâncias como álcool ou drogas ou ainda de pessoas agressivas, ansiosas por solucionar seus problemas rapidamente e de forma prioritária. As grades foram adotadas com objetivo de promover segurança, mas podem proporcionar constrangimento e distanciamento entre os usuários e os prestadores de serviço. Ademais, encontram-se balcões com padrões diferentes, conforme mostram as fotografias.



Fotografias 9,10 e11 Balcões em postos de atendimento

Independentemente dos tipos de barreiras encontradas nos serviços, elas provocam distanciamento, inacessibilidade e intimidação. O aspecto físico do hospital, incluídas as diversas formas de acesso, é importante para as pessoas que buscam compreensão, alívio da dor e respostas para suas dificuldades. Más condições de acesso podem molestar gravemente os usuários, e constituir obstáculos para algumas medidas de humanização (MEZOMO, 2001). A acessibilidade da PDF ao serviço hospitalar representa uma forma de atendimento humanizado, considerando-se que o Ministério da Saúde vem preconizando a humanização hospitalar como um meio de otimizar o atendimento à saúde. Assim, humanizar passa pela acessibilidade.

Em prosseguimento à análise dos mencionados hospitais, a padronização de bancos de uso público encontrado não corresponde ao preconizado pela legislação. Segundo



esta, eles devem ser providos de encosto, ter profundidade de 0,45m e estar instalados a uma altura de 0,46m do piso. Deve também ser reservado um espaço frontal ao assento de 0,60m, com vistas a favorecer a circulação da PDF por esses espaços, livre de riscos passíveis de causar acidentes ou qualquer tipo de transtorno. No referente aos espaços livres entre os assentos ambulatoriais, com espaço frontal de 0,6m, treze unidades (32%) respeitaram esta exigência. Tal dado foi compatível com o padrão dos assentos ambulatoriais de uso público. Percebe-se, portanto, a necessidade de mais esclarecimentos e conscientização social de que o momento atual é inclusivo e não mais de exclusão.



Fotografia 12 Assentos ambulatoriais

No entanto, ainda existem os assentos de uso público tradicional, embora a eliminação das barreiras arquitetônicas tenha tido profunda repercussão na década de 60 nas universidades americanas. Surgiram, então, na arquitetura, engenharia, urbanismo, desenho industrial e áreas afins os conceitos de desenho adaptável, desenho acessível e desenho universal projetado pelo movimento da inclusão que prevê que ambientes, meios de transportes e utensílios sejam projetados com vistas à utilização por todos, indistintamente (CARNEIRO et al., 2003).

Em relação aos bebedouros, 39 não atendem às medidas preconizadas de 0,80m do piso. Por se tratar de suportes para garrações, estão a uma altura de 0,45m, ou seja, são acessíveis às pessoas de um modo geral. Neste caso, as dificuldades não são ocasionadas pela altura, mas por outros fatores, como a inexistência de porta-copos e de copos. Esses impasses podem ser considerados de fácil resolução, e talvez isso ocorra por não se perceber os problemas quando eles não nos atingem. Entre os bebedouros, um atende às medidas

preconizadas por lei, mas a inacessibilidade ocorre em razão da estrutura apresentada, ocasionando dificuldades de aproximação das pessoas, até mesmo das consideradas normais.



Fotografia 13 Bebedouros

Dos telefones encontrados, apenas um está instalado à altura de 0,80 m do piso. No entanto, este só é considerado de uso público por ocasião de eventos científicos, por se localizar em um dos auditórios. Os demais estão em altura que impossibilita o acesso das PDFs, e inviabiliza o processo de inclusão de todos os cidadãos independentemente das diferenças de cada um. Isso promove dependência, reduz a auto-estima, prejudica o exercício da cidadania. Conforme preconiza a norma, as PDFs devem ter à sua disposição no mínimo 5% do total de telefones instalados pela concessionária. Sempre que houver um conjunto de telefones adjacentes de uso público, pelo menos um deles deve satisfazer às exigências dessa norma. Também como observado, em apenas duas unidades de um dos hospitais em estudo foram identificadas botoeiras destinadas a atendimento de emergência, ou seja, atendem à preconização da lei, segundo a qual devem estar a uma altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso.

Os mobiliários dos hospitais devem ser adequados às pessoas portadoras de limitações, de forma que promovam a inclusão das PDFs. Este movimento nascido nas escolas americanas vem lentamente se disseminando na área da educação, mas em nosso meio isso ainda parece uma realidade distante, pois, em nosso país, são muitas as discriminações e exclusões ao longo do tempo.

É como se a deficiência fosse algo difícil de acontecer. No entanto, padre Zezinho em sua música *Pais paraplégicos* descreve:

“Eu tive um pai deficiente que um dia não mais andou, era um cabloco decente. Que um acidente tombou.

Pelo que os outros me contam, era um cabloco espigado. Media terra, plantava, vivia a lida de gado. Gostava de uma viola, contava modas caipiras, e divertia os amigos, e até dançava catira.

Fazia longas viagens, e numa dessas viagens meu jovem pai se feriu, e foi ficando entrevado e numa cama caiu.

E eu fui crescendo a seu lado igual pequeno aprendiz, meu pai sofria calado, mas será um homem feliz.

E eu fui crescendo a seu lado igual pequeno aprendiz, meu pai sofria calado, mas será um homem feliz!

De minha mãe eu me lembro que um dia não mais andou. Foi um martírio bem longo, porém jamais reclamou”.

A fragilidade humana pode muitas vezes aparecer como resultados trágicos de acidentes comuns passíveis de ocasionar lesões graves geradoras de deficiências temporárias ou definitivas. Qualquer pessoa considerada normal em algum momento da vida poderá ser alvo de conseqüências danosas como quedas, ferimentos ou qualquer tipo de acidente, e a partir disso ficar impossibilitada de desenvolver atividades rotineiras e de fácil exequibilidade, as quais, diante da deficiência física, tornam-se impraticáveis. Quando se busca a compreensão daquilo que cerca o dia-a-dia, enfrenta-se a dificuldade com mais simplicidade e esta passa a fazer parte de um novo aprendizado. A infelicidade pode ser uma conseqüência da rejeição da realidade, assim como a busca incessante para mudar o que muitas vezes não pode ser transformado.

Percebe-se que acidentes podem ocorrer a qualquer momento das formas mais inesperadas e ter como conseqüência a deficiência, independente de idade, condição social, cor ou raça. Nem sempre as pessoas aprendem a conviver com a deficiência de forma natural e sem preconceitos. O que ocorre naturalmente é a exclusão, não somente com os deficientes, mas com as pessoas que apresentam alguma forma diferente dos padrões sociais.

Entretanto, gradativamente vão ocorrendo sinais de conquista que podem vislumbrar indícios de transformação dessa realidade. Entre estes se pode citar o ano de 2004, designado como o Ano Ibero-Americano da Pessoa com Deficiência. Tal estratégia foi utilizada para o fortalecimento de políticas públicas relacionadas à inclusão das pessoas com deficiência no intuito de chamar a atenção do país e da comunidade internacional para a necessidade de se implementar políticas públicas voltadas para a PDF e alertar atores sociais para a importância da inclusão social.

Para isso é essencial dar continuidade à construção de uma cultura de respeito às diferenças, pois somente assim o Brasil poderá incluir as PDFs e universalizar o direito das pessoas com deficiência de forma que os países mais avançados nesta questão sirvam de parâmetro para o menos consciente. Cabe ao Estado e à sociedade criar condições para as PDFs terem igualdade jurídica. É importante a instituição de um estatuto nesse processo para esclarecer a responsabilidade do Estado, o papel da sociedade e o da família (EVENTO Cultural..., 2004).

Assim, para ser a realidade transformada, há de se investir na educação em busca da inclusão. Uma meta essencial é reduzir o contingente de pessoas que estão fora da escola, conforme a interpretação de José Ramalho:

*“Tá vendo aquele colégio moço? Eu também trabalhei lá. Lá eu quase me arrebento, pus a massa o cimento, ajudei a rebocar. Minha filha inocente vem pra mim toda contente, pai, vou me matricular! Mas me diz um cidadão, criança de pé no chão, aqui não pode estudar. Essa dor doeu mais forte, porque que é que deixei o norte? Eu me pus a me dizer, lá a seca castigava, mas o pouco que eu plantava tinha direito a colher”.*

A exclusão conduz o cidadão por caminhos diversos, da incerteza, da desesperança, da desconfiança. É necessário, portanto, ousadia e busca constante de novas referências, por meio da insistência, da perseverança e do conhecimento, como diz José Ramalho:

*“Tá vendo aquela igreja moço? Onde o padre diz amém. Pus o sino e o badalo, enchi minha mão de calo, lá eu trabalhei também. Lá sim*

*valeu a pena, tem quermesse, tem novena e o padre me deixa entrar. Foi lá que Cristo me disse: – Rapaz, deixe de tolice, não se deixe amedrontar. Fui eu que criei a terra. Fiz o rio, fiz a serra, não deixei nada faltar. Hoje o homem criou asas e na maioria das casas, eu também não posso entrar”.*

A exclusão é algo antigo e atual e só será superada por meio da organização social, da busca constante do conhecimento e da informação, pois são muitas as lesões sociais, as deficiências pessoais e coletivas. Como afirmam Gomes e Fraga (2001), a informação é um meio que o indivíduo utiliza para se apropriar do conhecimento e adquirir determinação sobre a situação vivenciada.

Os indicadores evidenciam a cada dia a necessidade de compromisso em prol das transformações políticas, culturais, econômicas e educacionais. Assim o Brasil deficiente ainda é ignorado, e a evolução da sociedade não foi capaz de afastar a exclusão e as dificuldades experimentadas, sendo necessário estabelecer, por meio de legislação, regras que pudessem buscar igualização entre as pessoas portadoras de deficiências ou não (FERREIRA, 2004).

Um dos fatores mais representativos desta igualização é a educação. Mas nosso país ainda precisa avançar muito para promover o crescimento de fato e de direito. A partir do momento em que os níveis de educação forem alcançados, pode-se fazer cumprir a legislação. A Constituição Estadual do Ceará, título III, trata da organização estadual e em seu capítulo I, art. 15, demonstra a competência comum do Estado, da União e dos Municípios, ressaltando o cuidado com a saúde, com a assistência pública, garantindo proteção aos portadores de deficiência. Já o capítulo VI, específico da saúde, em seu art. 248, parágrafo 1º, determina que cabe ao Estado montar, em toda sua rede hospitalar e ambulatorial, leitos, espaços e equipamentos para atendimento gratuito às pessoas portadoras de deficiência. Para tanto, o parágrafo 2º preconiza que o Estado deverá fazer convênio com instituições que tenham leitos equipados para tratamento dos portadores de deficiência (CEARÁ, 2004).

Atualmente, graças a legislação específica, as PDFs são beneficiadas sob vários segmentos, mas as limitações apresentadas não são apenas físicas, passam também pelo conhecimento de mundo, algo mais abrangente e distante a ser conquistado.

Ao prosseguir nas análises dos hospitais mencionados, as instalações sanitárias, assim como os elevadores, equipamentos eletrônicos e espaços em salas e auditórios, não serão apresentados em forma de tabelas em virtude da baixa frequência como foram detectados, mas sim por meio de discussão e ilustrações por figuras preconizadas pela ABNT (2003).

As instalações devem ser localizadas próximas da área de circulação e estar disponíveis para ambos os sexos, sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso das PDFs. Os espaços livres devem ser equivalentes a um retângulo de 1,10 por 0,80m junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição. A bacia sanitária deve estar a uma altura de 0,46m do piso; a papelreira, a 0,4m deste e a 0,15m a partir da extremidade frontal da bacia. Em linha reta, a área de 1,20m para circulação, 1,20 por 1,20m para rotação de 90°, de 1,50 por 1,50m para rotação de 360°. As válvulas de descargas devem se encontrar a uma altura de 1,00m do piso, e funcionar com leve pressão (ABNT, 2003).

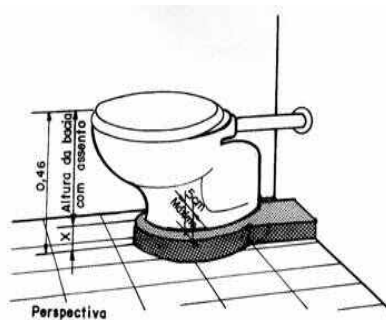


Figura 6 Adequação da altura de bacia

Fonte: ABNT, 2003.

As áreas para circulação de cadeiras de rodas devem ser dimensionadas, e assegurar uma faixa de circulação livre de barreiras ou obstáculos, conforme as medidas preconizadas pela NBR 9050 (ABNT, 2003), em que o deslocamento em linha reta deve obedecer a uma largura mínima de 0,80m para transposição de uma cadeira de rodas pelas portas e obstáculos fixos, e largura mínima de 1,20m para circulação de uma pessoa em uma cadeira de rodas.

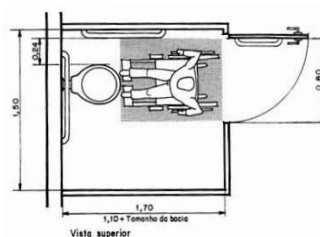


Figura 7 Transferência frontal

Fonte: ABNT, 2003.

Os vestiários e sanitários devem estar em locais acessíveis, próximos da área de circulação principal e devidamente sinalizados. Dos sanitários de uso público deve ser destinado o mínimo de 5% do total de cada peça para PDF, pelo menos uma peça de cada. Quando houver instalações masculinas e femininas, o cálculo deve ser considerado separadamente.

É de fundamental importância o planejamento para proporcionar melhores condições de acesso do ponto de vista estrutural e organizacional. Talvez ainda seja uma utopia falar de planejamento para acessibilidade das PDFs, tanto no relacionado à estrutura interna quanto das adjacências, mas a história mostra que há progresso e conquistas. Ademais, existe amparo legal, e o movimento de inclusão obteve novo ímpeto a partir da década de 90, quando se criou a organização internacional, a Schools Are for Everyone, com o objetivo de promover a inclusão em escala mundial, promovendo a vinculação da educação inclusiva com um movimento de reforma geral da educação (SILVA; LLERENA JR.; CARDOSO, 2002).

Conforme apontam os autores, o movimento da inclusão veio proporcionar aos excluídos a possibilidade de minimizar as diferenças, por meio da integração social, ao propiciar aos diferentes participarem igualmente da sociedade de forma normal, sem restrições, respeitando-se suas limitações e a capacidade produtiva. Ainda assim o movimento não foi suficientemente potente para sensibilizar as pessoas “normais” e nem os profissionais da saúde, pois esse movimento originado nas escolas, nos hospitais parece não despertar grandes interesses, haja vista as exigências legais referentes às necessidades humanas básicas, como é o caso de instalações sanitárias, encontradas adequadamente em apenas uma das unidades de dois hospitais dos quatro ora estudados, quando na verdade deveria existir uma instalação adequada em todas as unidades de cada hospital.

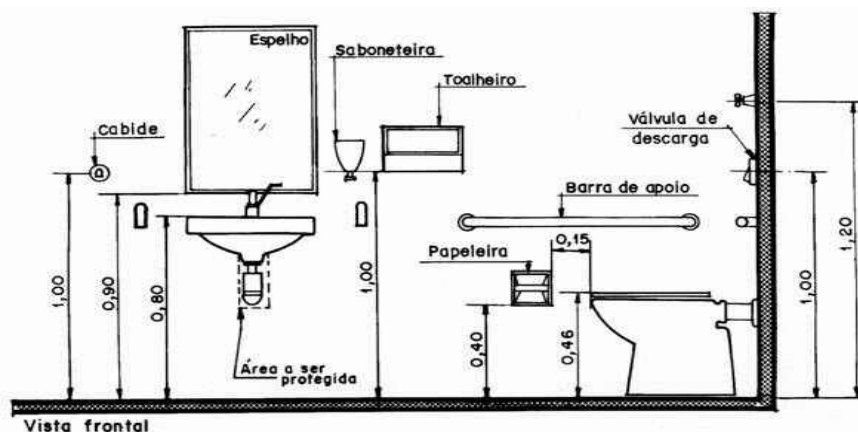


Figura 8 Adequação de instalações sanitárias

Dos hospitais em estudo, dois possuem instalações sanitárias específicas para PDF. No Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, essas instalações encontram-se localizadas nas proximidades das salas de hemodiálise. Talvez a preferência pela localização dos sanitários fundamente-se na idéia de que o paciente permanece mais tempo na sala de hemodiálise do que na área de maior circulação, isto é, a recepção do serviço. Existem instalações para ambos os sexos, mas não estão identificadas com o símbolo internacional das PDFs.

No Hospital Sagrado Coração de Jesus foram encontradas instalações sanitárias para PDF próximas do serviço de recepção, devidamente sinalizadas, destinadas a ambos os sexos. Nos dois hospitais, havia espaços livres equivalentes a um retângulo de 1,10 por 0,80m junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição. A bacia sanitária está a uma altura de 0,46m do piso, a papeleira, a 0,4m do piso e 0,15m a partir da extremidade frontal da bacia.

Segundo constatado, os hospitais não dispõem de barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária, nem de barras horizontais com comprimento mínimo de 0,90m, e altura de 0,46m do piso, à exceção apenas do Hospital Sagrado Coração de Jesus, o único a contemplar as medidas corretas.

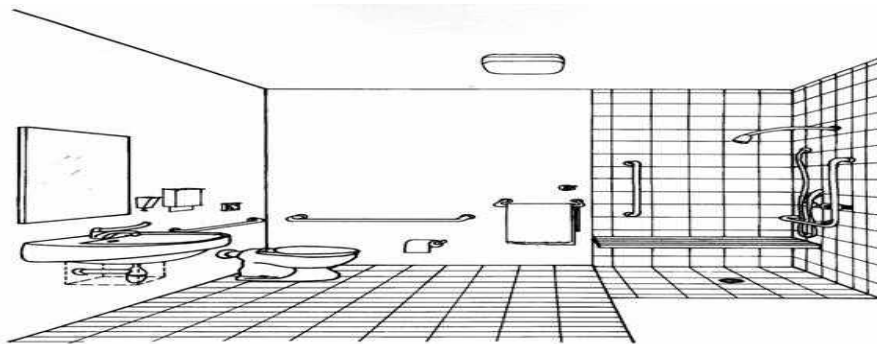


Figura 9 Acessórios sanitários

Fonte: ABNT, 2003.

Outra medida a ser observada é a área de manobra, com espaço de rotação sem deslocamento e com deslocamento, para permitir passagem por corredores de diferentes dimensões, além de área de transferência prevendo a transposição da pessoa para peça sanitária. Inclui-se, também, a área de aproximação, que permite a utilização da peça sem necessidade de transposição e a adequação das barras de apoio fixas ou retráteis, firmemente



instaladas, possuindo diâmetros de 0,35m a 0,45m nas paredes ou nas divisórias, com desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação, e formato recurvado. Junto à bacia sanitária nas laterais e no fundo devem existir barras horizontais para apoio e transferência, fixadas a 0,30m de altura em relação ao assento da bacia, medindo no mínimo 0,90m. Devem estar distantes da face lateral da bacia sanitária no máximo 0,24m.

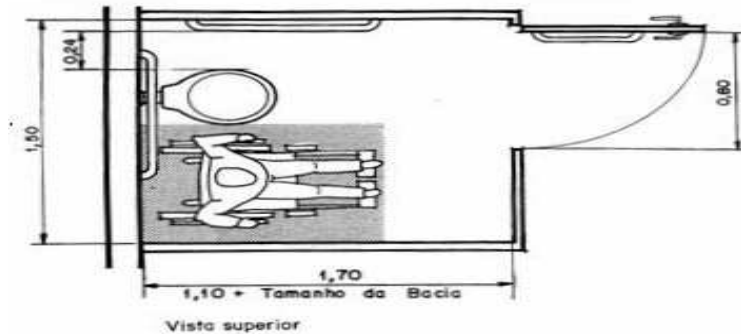


Figura 10 Transferência lateral

Fonte: ABNT, 2003.

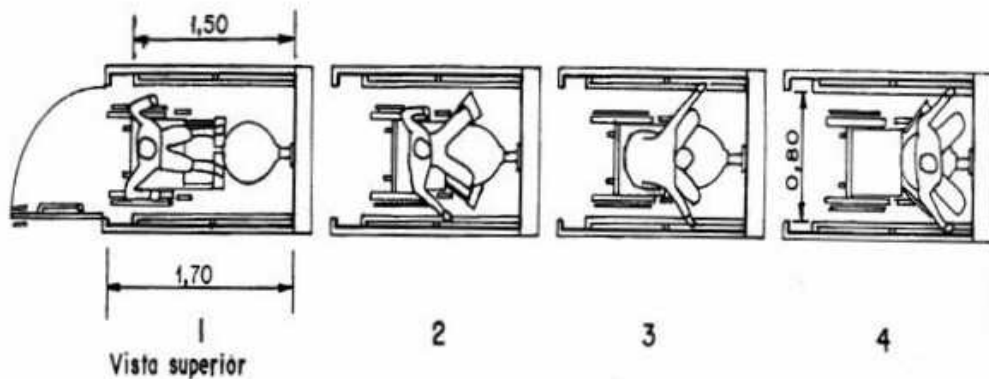


Figura 11 Transferência frontal

Fonte: ABNT, 2003.

A barra lateral deve estar posicionada de modo a avançar 0,50m da extremidade frontal da bacia. É recomendável o uso de bacia sanitária sem caixa aclopada. No caso de possuí-la, deve ser instalada somente a barra lateral. A válvula da descarga deve estar a uma altura máxima de 1,00m do piso e ser acionada com leve pressão, preferencialmente por alavanca.

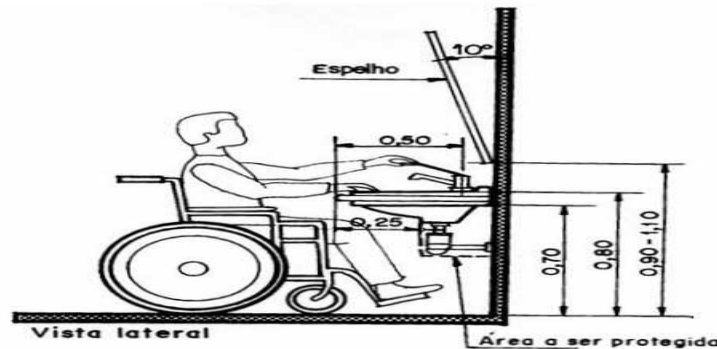


Figura 12 Lavatório

Fonte: ABNT, 2003.

Os lavatórios devem ser suspensos, sem colunas ou gabinetes, fixados a uma altura de 0,80m do piso, e respeitar a altura livre de 0,70m. O sifão e a tubulação devem estar situados a 0,25m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção. O comando da torneira deve ser de no máximo 0,50m da face externa frontal do lavatório. Na realidade, nos hospitais em estudo foi observada a inexistência de lavatórios sem coluna e de torneiras de monocomando nas instalações sanitárias para deficientes. Conforme enfatizado por Sawaia (1999), a exclusão objeto de debates políticos e sociais é um fenômeno social, econômico e institucional, em que as análises ressaltam das ciências sociais, de forma que a desigualdade social, econômica e política na sociedade brasileira torna-se incompatível com a democratização social. Assim no Brasil a discriminação é econômica, cultural, política e étnica.

A existência de uma legislação, determinando padrões que atendam às necessidades humanas básicas, parece contraditória diante de uma sociedade na qual a inclusão e a prática discursiva relacionadas às PDFs tomam rumos diferentes, pois se evidencia maior avanço em outras áreas, como a de turismo, que vem investindo na adequação de estruturas voltadas ao atendimento das necessidades da PDF muito mais que a área hospitalar. A legislação dispõe sobre o direito de acesso a bens e serviços públicos e assegura às PDFs o acesso adequado aos prédios, vias públicas, logradouros e serviços públicos. Também institui a semana da PDF, em todas as unidades escolares do Estado de São Paulo, a ser cumprida a cada dois anos, sempre no dia 21 de setembro (SÃO PAULO, 2004).

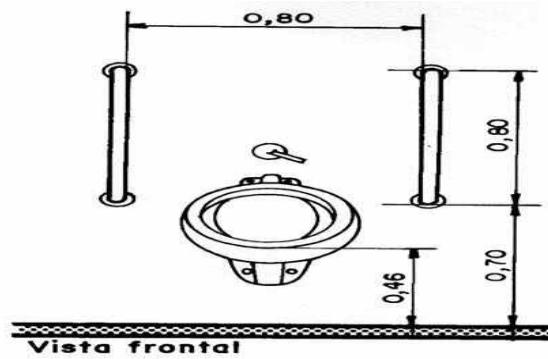


Figura 13 Mictório e barras

Fonte: ABNT, 2003.

Consoante preconiza a lei, os mictórios devem estar localizados a uma altura de 0,46m do piso, ser providos de barras de apoio fixadas na vertical com afastamento de 0,80m a altura de 0,70m do piso e comprimento de 0,80. As válvulas de descarga, se existirem, devem estar a uma altura máxima de 1,00m do piso e ser acionadas com leve pressão, preferencialmente por alavanca. Nos hospitais em estudo, este item não foi encontrado.

Os chuveiros devem possuir banco retrátil, instalado a 0,45m de profundidade por 0,70m de comprimento e 0,46m do piso; toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1m do piso, espelho com borda inferior a 0,9m do piso, quando plano, a uma altura de 1,1m, quando inclinado, área de transferência e barras firmemente instaladas.

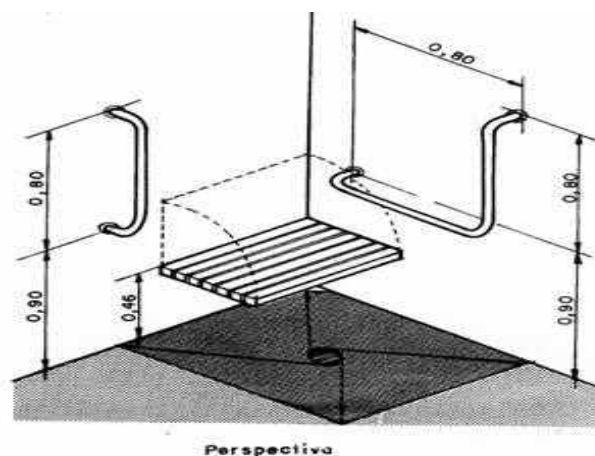


Figura 14 Barras para boxe e chuveiro

Fonte: ABNT, 2003.

Por determinação legal, os boxes para chuveiros devem ter desnível máximo de 1,5m e as portas devem ter um espaço livre de no mínimo 0,80m. Devem ser providos de bancos com profundidade mínima de 0,45m, instalados a uma altura de 0,46m do piso, com comprimento mínimo igual a 0,70m. No caso de área de transferência no interior do boxe, as dimensões livres mínimas devem ser de 0,80m por 1,10m. Se a área de transferência estiver localizada fora do boxe, estas dimensões devem ser de 0,90m por 1,10m, com porta de correr ou com abertura para o lado externo, e o lado de transposição da cadeira para o banco deve estar livre de barreiras ou obstáculos. Além do chuveiro, deve haver ducha manual do tipo telefone e registros do tipo monocomando, preferencialmente acionados por alavancas. Os registros e duchas devem estar posicionados a uma altura máxima de 1,00m do piso e localizados na parede lateral do banco. Nos boxes dos chuveiros devem existir barras horizontais e verticais. A barra vertical deve estar na parede de encosto do banco, com altura de 0,90m do piso e comprimento de 0,80m. A barra em “L” deve ser fixada na parede lateral do banco, com altura de 0,90m e distância entre as faces externas das barras verticais em “L” de 0,70m.

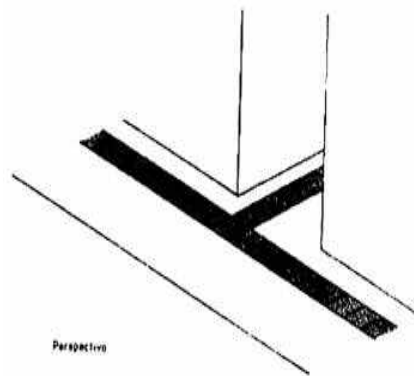


Figura 15 Sinalização

Fonte: ABNT, 2003.

De acordo com a ABNT (2003), os equipamentos eletromecânicos de circulação, como, por exemplo, os elevadores, devem ser usados com segurança pelas PDFs e contemplarem todos os pavimentos, inclusive as garagens. Devem existir limites de ação e alcance manual para pessoas em cadeiras de rodas. A utilização de cadeiras de rodas impõe limites à execução de tarefas, por dificultar a aproximação dos objetos e o alcance de elementos acima e abaixo do raio de ação de uma pessoa sentada. A dificuldade no deslocamento frontal e lateral do tronco sugere a utilização de uma faixa de conforto entre 0,80m e 1,00m para as atividades dependentes de manipulação contínua. Para as atividades

que não exigem o uso da força ou da coordenação motora, a altura deve ser no máximo de 1,35m. Os hospitais em estudo não dispõem de elevadores, embora este equipamento seja de grande importância no acesso das pessoas que apresentam dificuldades de locomoção, ou mesmo para as pessoas em geral, por propiciar conforto, comodidade e rapidez.

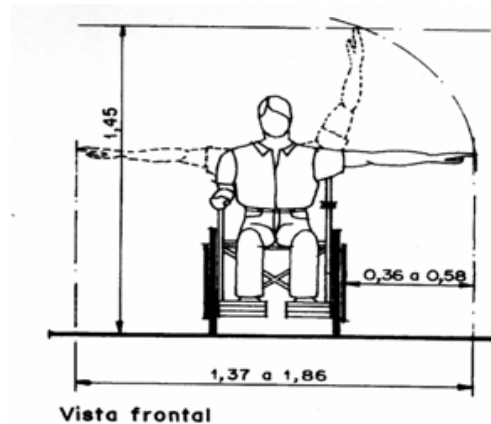


Figura 16 Medias de acesso do cadeirista

Fonte: ABNT, 2003.

Segundo a ABNT (2003), a localização dos espaços e dos assentos em salas e auditórios deve ser acessível para PDF, e devem garantir conforto, segurança, boa visibilidade e acústica, integrados com a disposição geral dos assentos, com vistas a não segregar os ocupantes e permitir-lhes sentar próximos dos seus acompanhantes, sem obstruir o acesso aos demais assentos e a circulação, ficando localizados nas imediações das circulações de emergência. Conforme a legislação, os locais de reunião devem ser acessíveis para pessoas portadoras de deficiências na área destinada tanto ao público quanto aos participantes e empregados. A legislação enfatiza os direitos da PDF, mas na prática estes direitos não estão sendo exercitados ou vivenciados. Isso conduz à reflexão de que ainda há muito a se conquistar, não por falta de leis, mas por desconhecimento e falta de organização social dos grupos de pessoas atingidas pelo problema de deficiência física ou de mobilidade reduzida.

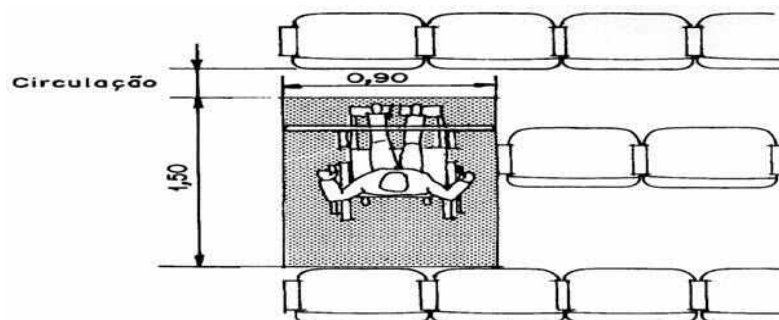


Figura 17 Espaço para cadeira de rodas em fileiras intermediárias

Fonte: ABNT, 2003.

“Por trás dos sistemas políticos e econômicos e também dos movimentos dos seres humanos, individuais ou coletivos, encontraremos sempre valores que influenciam nos comportamentos” (ZAUHY et al., 2002, p. 45). Os espaços designados como salas de reuniões e auditórios estão longe de proporcionar o acesso a esse grupo social. Por menor que seja a deficiência de mobilidade, percebe-se a dificuldade. Ainda são encontrados espaços nos quais a própria forma de organização não atende ao preconizado por lei, sem contar com a estrutura arquitetônica, pois, geralmente, ficam localizados em andares superiores e em regra o acesso se dá por escadas. Nos hospitais em estudo, em dois deles os auditórios se situam no último andar do prédio e o acesso é feito por escada fixa, enquanto em outro o acesso ocorre por meio de rampa que não chega a ser escada; em um dos hospitais não existem locais para reunião, estas ocorrem em outros espaços, e, conforme o número de participantes, até fora do prédio.

Nos três espaços analisados as cadeiras são móveis, do tipo escolar não há espaço predeterminado para cadeira de roda ou pessoa utilizando muletas, mas pode ser adaptado quando ocorre a participação dessas pessoas. Esta situação requer das próprias PDFs uma organização tipo associação para possibilitar encontros reflexivos sobre questões específicas do grupo e outros interesses. “É preciso trabalhar juntos, crescer juntos, aprender a fazer parte de um time, seja no trabalho, seja em casa” (SHINYASHIKI, 2000, p. 21). Desta forma, o autor reforça ainda que é preciso conhecer bem o eu para construir relacionamentos mais plenos; relacionar-se é consequência da maneira de ser. Transformar o mundo sempre começa por transformar a si próprio. Assim, é possível que as PDFs, por meio da conscientização das conquistas obtidas pela legislação, possam começar a despertar para a possibilidade de enfrentar com decisão, coragem e determinação cada desafio surgido no dia-a-dia e lutar pelos seus direitos. E não só as PDFs, mas as pessoas em geral, pois todo ser humano tem suas limitações e precisa vencê-las, buscar mecanismos para solucioná-las. Os auditórios destes hospitais poderiam servir como espaço físico para promover o encontro dessa clientela, mas são destinados ao uso de funcionários e pessoas externas, por ocasião de eventos científicos, e raramente são utilizados para educação e saúde dos pacientes ou de familiares.

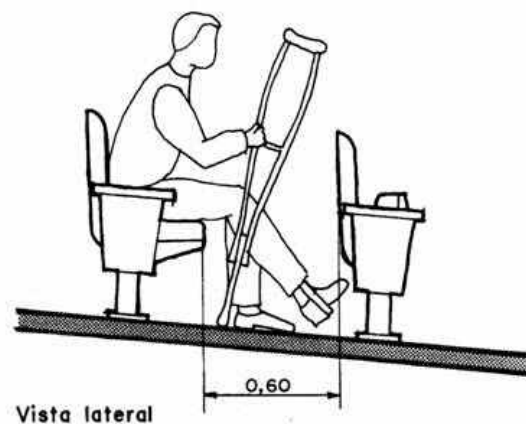


Figura 18 Assento para pessoa portadora de deficiência

Fonte: ABNT, 2003.

A Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, estabelece normas gerais que asseguram o exercício dos direitos individuais e sociais das PDFs e sua efetiva integração social, considerando os valores básicos da igualdade de tratamento e de oportunidade da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana e do bem-estar. De acordo com este princípio, não deve haver estranhamento das pessoas ditas normais no relacionado aos portadores de deficiência. “As pessoas são mais semelhantes do que diferentes, independentemente de suas variações quanto ao físico, às capacidades sensoriais ou intelectuais” (VASH, 1988 p. 16).

Como recomendam as normas, o Símbolo Internacional de Acesso nas portas de entradas e saídas, nas rotas de fuga, nos elevadores e instalações sanitárias é utilizado com objetivo de indicar a acessibilidade em espaços públicos, edificações, serviços, vagas em estacionamentos e em instalações sanitárias. Indica acessibilidade para todas as pessoas que apresentam limitações para se locomover. A NBR 9077 trata das saídas de emergência em edifícios, fixa as condições exigidas para possibilitar a saída com segurança e proteção à integridade física da população dos prédios em caso de incêndio. Tem como objetivo projetar as saídas comuns das edificações para servirem como saídas de emergência quando exigido. A norma se aplica a todas as edificações, independente de altura, dimensão ou outras características construtivas; a novas edificações e adaptação para situação ideal, consideradas suas devidas limitações. As rotas de saídas destinadas ao uso de doentes e deficientes físicos, usuários de cadeiras de rodas, devem possuir rampas e elevadores de segurança ou outros

dispositivos onde houver diferença de nível entre pavimentos. Devem permanecer livres de obstáculos ou saliências nas paredes, como móveis e extintores de incêndio (ABNT, 2003).

Os hospitais em estudo não possuem rotas de fuga nem elevadores. O símbolo universal foi visualizado apenas uma vez ao sinalizar na instalação sanitária, e novamente evidenciou o descumprimento das normas e o descaso dos devidos responsáveis em relação aos problemas das PDFs.

No entanto, a partir do momento em que os seres humanos forem tratados respeitando-se os princípios da equidade, todos serão tratados especificamente, e se respeitarão os direitos de forma inclusiva. O Senhor de todos não recua, nem se impressiona com a grandeza porque ele criou a todos, tanto os pequeno quanto os grandes (BÍBLIA), diferentemente da sociedade exclusiva na qual as pessoas valem o que representam economicamente, socialmente, fisicamente, enfim, prioriza-se o visível, palpável e agradável. Assim a integração social consiste no esforço de inserir na sociedade pessoas com deficiência que alcançaram um nível de competência compatível com os padrões sociais vigentes. Desse modo, a PDF pode ser integrada na sociedade. Urge estar capacitada a superar as barreiras físicas, programáticas e atitudinais. Portanto, a integração constitui um esforço unilateral e envolve tão-somente o portador de deficiência e seus aliados, representados pela família, pela instituição especializada e pessoas da comunidade que abraçam a causa da inserção social, na tentativa de torná-lo mais aceitável socialmente (SASSAKI, 1997).



## 6 CONCLUSÕES

Ao mapear as condições arquitetônicas de acesso da pessoa portadora de deficiência física aos serviços hospitalares da cidade de Sobral, constata-se que a cidade que ao longo dos anos vem crescendo em população e em desenvolvimento urbano, social, econômico, e na área da saúde, da educação, do esporte, do lazer, requer melhor desenvolvimento em termos de acessibilidade de PDFs, pois foram identificadas irregularidades, tais como: as avenidas de acesso no percurso casa/hospital são desprovidas de faixas para pedestres e de rebaixamento de meio-fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas, porquanto o rebaixamento de meio-fio existe apenas nas imediações de um dos hospitais; as obras públicas próximas destes encontram-se desprotegidas de tapumes e em apenas um dos hospitais a calçada está desprovida de obstáculos, permitindo o livre trânsito das pessoas com dificuldade de mobilidade. No entanto, para facilitar o deslocamento de pessoas com essas dificuldades, poderiam ser adotadas medidas públicas organizacionais.

No concernente a avenidas, conforme verificado, em dois dos locais em estudo estas são isentas de buracos e permitem livre circulação das pessoas por aquele local, não apenas das PDFs, mas da população em geral. Em relação às calçadas, todas estavam esburacadas e com desnivelamento nos quatro hospitais, embora todas possuam a largura mínima de 1,50m exigida pela legislação. A presença de buracos, desnivelamentos ou qualquer outro empecilho significa dificuldade para a mobilidade física de pessoa em cadeira de rodas, usuária de muletas, ou de próteses. Quanto às placas de sinalização de trânsito em locais visíveis e de sinalização do percurso para a instituição, foram encontradas em todos os hospitais, o que proporciona confiança e segurança para as pessoas que buscam os serviços hospitalares. Mas os semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando ainda não fazem parte da sinalização das avenidas de acesso da PDF. Assim, a situação da cidade no referente às condições das avenidas de acesso aos hospitais requer maior atenção, no sentido de inclusão social das pessoas, garantindo-lhes o direito preconizado por lei de ir e vir livremente, sem barreiras, físicas ou atitudinais, que as impeçam alcançar seus objetivos.

Em dois dos hospitais da cidade o acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o percurso, obedecendo à inclinação transversal máxima recomendada para calçada. Fatores importantes, como estacionamento para PDFs, devidamente identificado com o

Símbolo Internacional de Acesso, número de vagas, demarcação de vagas, corredores de circulação e entradas de estacionamento ou percurso da vaga até a entrada do edifício livre de obstáculos, não foram encontrados em nenhum dos hospitais.

O acesso ao prédio nos quatro hospitais se dá por rampas e por escadaria sem corrimão, em dois hospitais, e por escadaria com corrimão, em um dos hospitais. Desse modo em três hospitais o acesso se verifica por escada e ou por rampa. Um dos hospitais não requer acesso interno por rampa ou por escada, pois é constituído de piso único. Todos os hospitais possuem portas com largura livre de 0,80m. Em nenhum deles as portas de vai-e-vem são dotadas de visor vertical. Isto gera dificuldade para o portador de deficiência visualizar o que está por trás da porta. Igualmente, quem vem de encontro à porta pode ocasionar acidentes, por não ser visto.

Apenas um hospital possui portas de correr com trilho rebaixado para o livre tráfego de cadeiras de rodas e piso com superfície regular, estável, firme e antiderrapante, enquanto nenhum possui áreas de circulação de no mínimo 1,20m de largura, livre de obstáculos, tipo lixeiras, bebedouros e mobiliários. Neste caso, enquadraram-se na largura preconizada, mas em todos existem obstáculos. Tal situação pode ser resolvida imediatamente, sem ônus para a instituição. Depende somente de decisões internas dos gestores dos serviços.

Em apenas um dos hospitais a inclinação máxima da rampa é apropriada para reduzir os esforços exigidos da PDF. Dois hospitais possuem piso antiderrapante na rampa. Assim é de fundamental importância que os profissionais, gestores, PDF e a comunidade em geral atentem para estes itens de segurança não perceptíveis ao olhar despreparado. Segundo se constatou, em dois hospitais existem rampas e escadas de acesso da rua para o interior do prédio que possuem corrimãos de material rígido, firmemente fixado, à altura de 0,92m do piso, afastado 0,4m da parede, mas nenhum é instalado de ambos os lados e nem se prolonga pelo menos 0,30m antes do início e término da rampa ou escada sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão. Portanto, nas escadas e rampas de acesso não houve a preocupação em observar medidas de segurança no acesso do paciente.

No respeitante à acessibilidade por escada fixa aos serviços internos, os três hospitais contam com treze escadas. Destas, nenhuma apresenta corrimão com prolongamento

de pelo menos 0,30m no início e término da escada. Somente um hospital possui uma escada com patamar de 1,20m quando há mudança de direção da escada, facilitando a manobra da cadeira de rodas para o cadeirista ou para a pessoa auxiliar.

Todas as escadas possuem degraus com piso mínimo de 0,28m, máximo de 0,32m, espelhos de no mínimo 0,16m e máximo de 0,18m. Estes degraus representam boas condições de apoio, e tais medidas satisfazem a padrões ideais. Entretanto, apenas seis escadas possuem corrimão de material rígido firmemente fixado, instalado de ambos os lados, afastado 0,4m da parede e à altura de 0,92m, e em somente cinco o piso dos degraus é antiderrapante.

Os fatores analisados são essenciais para a mobilização das PDFs, por terem funções específicas de apoio e de segurança, com vistas a minimizar riscos de acidentes e impedir que a pessoa ao recorrer aos serviços hospitalares para prevenção, tratamento ou cura de algumas patologias possa sofrer outras complicações. No relacionado aos mobiliários existentes nas diversas unidades dos hospitais, encontraram-se um total de 32 (80%) balcões e mesas com altura de 0,80m do piso. Conforme estes resultados apontam, 80% deste item atendem aos padrões de medidas preconizados pela legislação. Ainda assim existe dificuldade de acesso para as pessoas em cadeiras de rodas ou aquelas de baixa estatura.

Também segundo observado, há treze (32%) assentos de uso público com profundidade de 0,40m, instalados a 0,46m do piso, significando que ainda prevalece a utilização convencional de bancos para pessoas doentes, sem a preocupação com as pessoas com necessidades especiais. Apenas um bebedouro está instalado à altura de 0,80m do piso. Em todos os outros a altura é inferior a 0,45m deste. Isso não gera dificuldade de acesso, pelo contrário, o único existente na altura “ideal” é o que “impossibilita” ou dificulta o acesso da PDF ou de pessoas com outras dificuldades de acesso, como crianças ou pessoas de baixa estatura.

Sobre telefones, nenhum deles é acessível; todos estão instalados para serem usados por pessoas ditas normais. O único encontrado na altura de 0,80m e 1,20m do piso não é de uso público, mas utilizado apenas em situações esporádicas, por ocasião de eventos, com grande número de participantes. Quanto a botoeiras de comandos instaladas a 0,80m do piso, existem somente em duas das unidades de um dos hospitais em estudo. Estas botoeiras são de

uso do paciente para contato com pessoal de enfermagem. No referente a assentos ambulatoriais com espaço livre frontal ao acento de zero a 0,60m, foram encontrados em treze (32%) das unidades dos hospitais, o que aponta a carência de espaço para mobilização dos usuários de cadeiras de rodas, pessoas obesas ou usuárias de muletas.

Dos quatro hospitais em estudo, dois possuem instalações sanitárias adequadas para PDF, porém em um destes as instalações são inexistentes para ambos os sexos. Possuem, também, a identificação pelo Símbolo Internacional de Acesso, de acordo com as medidas preconizadas pela ABNT de 1,20m para circulação em linha reta, 1,20m por 1,20m para rotação de 90°, 1,50m por 1,20m para rotação de 180°, 1,50m por 1,50m para rotação de 360°. A área de transferência dispõe de espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias. O outro hospital que conta com as instalações sanitárias para PDF possui instalações para ambos os sexos, e, embora não tenham identificação com o Símbolo Internacional de Acesso, atendem às medidas preconizadas pela legislação, exceto no item 1,50 por 1,20m para rotação de 180° e na medida de 1,50 m por 1,50m para rotação de 360°.

Em ambos os hospitais há espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças sanitárias e acessórios que não precisam de transposição; a bacia sanitária está a uma altura de 0,46m do piso, a papelreira junto à bacia sanitária, a 0,4m do piso e a 0,15m a partir da extremidade frontal da bacia, com válvula de descarga à altura máxima de 1,00m do piso, funcionando com leve pressão.

As medidas referentes à instalação de barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para bacia sanitária, a ser localizadas na parede lateral e de fundo junto à bacia sanitária, com comprimento mínimo de 0,90 m instaladas à altura de 0,76m do piso, assim como lavatórios do tipo sem coluna, mictórios, chuveiros adaptados para deficientes na área de internação, elevadores, equipamentos eletromecânicos e rotas de fuga, inexistem em ambos os hospitais.

Após a realização deste estudo é possível perceber o quanto às pessoas privilegiadas pela situação de semelhanças entre si são egocêntricas. Ou o quanto, muitas vezes, envolvidas com os afazeres de uma rotina em busca da sobrevivência, do crescimento individual, esquecem o sentimento coletivo, o senso de humanização, diante dos que vivenciam dificuldades específicas e inerentes às suas características e formas de vida às quais

são obrigadas, quase sempre, por dois motivos. O primeiro destes se caracteriza pela situação de deficiência congênita ou adquirida. Esta, por não ser ainda em nossa sociedade uma causa superada, constitui uma situação em processo de sensibilização e de educação. O segundo advém da falta de oportunidades para inclusão social, ocasionadas porque a maior parcela da sociedade capitalista, voltada à globalização e a interesses particulares, ainda não despertou para o senso de humanização e de inclusão de pessoas relativamente impossibilitadas de contribuir para as áreas da economia, da cultura, da educação e do crescimento intelectual ou da política, enfim, para muitas outras áreas da ciência, por inexistir apoio dos profissionais de saúde, dos educadores, dos governantes e das pessoas em geral. É preciso acreditar nos seres humanos independentemente de sua aparência, para que eles revelem seu potencial. Ao se minimizar as barreiras arquitetônicas, minimizam-se também as barreiras atitudinais.

As diferenças físicas e atitudinais das pessoas caracterizam-se pelo que foge ao padrão de normalidade da população. Assim a luta pela inclusão de portadores de necessidades especiais, começa a surgir a partir dos interesses políticos e educacionais, impedindo que os grupos detentores de algum tipo de fragilidade ou vulnerabilidade tornem-se alvo de discriminação e de exclusão. Isto pode ser visto em relação às mulheres, às crianças, aos índios, aos pobres e aos deficientes, que por muito tempo eram causa de vergonha para a própria família e por isso não podiam aparecer perante a sociedade, freqüentar lugares públicos, ir à escola, ter acesso ao trabalho.

A própria Bíblia ratifica estas idéias, pois com a vinda de Jesus à terra teve início a percepção de necessidade de inclusão da mulher, da criança, do pobre e do deficiente. Mas por se tratar de valores transcendentais envolvendo a busca de homens livres para agir de acordo com sentimentos e crenças, a exclusão continua até hoje e não se sabe por quanto tempo existirá. Apesar da legislação vigente vir favorecendo o movimento de inclusão, ainda falta muito a conquistar. É possível que muitas lutas organizadas e muitos grupos sociais despertem para aderir ao movimento da inclusão. Inclusão em sentido amplo, sem discriminação, capaz de propiciar a todos os excluídos a oportunidade de participação, de convivência social, de lutar livremente por seus direitos em busca dos objetivos almejados, no intuito de superar suas limitações. Caminhar é a única forma de que o homem dispõe para traçar os rumos de suas expectativas, da busca de seus ideais e da realização dos sonhos, sonhos estes capazes de mover as pessoas, por passos tortuosos ou não.

Este caminhar pode acontecer a partir de uma mente saudável, idealizadora, que vai além do corpo, das pernas, dos braços, dos olhos, dos ouvidos, numa perfeita harmonia entre o corpo e a alma, superando qualquer deficiência. Até mesmo a deficiência social, a discriminação, a exclusão, representada por barreiras arquitetônicas ou ausência de planejamentos arquitetônicos, gerenciais e assistenciais.

Consoante os resultados deste estudo evidenciam, a legislação em vigor estabelece condições de acessibilidade ao portador de deficiência física. Além de ser abrangente e detalhada, cria condições inclusivas.

No entanto, dificuldades ocorrem na aplicação da legislação, pois se fossem obedecidos os padrões legais, as ruas teriam rebaixamento nos pontos corretos, estariam livres de obstáculos de toda ordem, as sinalizações estariam presentes, o interior das edificações seria amplo seguro e sinalizado. Haveria condições de conforto, como telefone, água potável e sanitários.

Muitas vezes, porém, a aplicação da lei esbarra em dois pontos: a ineficiência de fiscalização do poder público e a falta de consciência e sensibilidade das pessoas para a questão da deficiência física.

O poder público é responsável pela manutenção dos equipamentos de uso coletivo. As ruas e avenidas são públicas e os hospitais dependem de autorização emitida por órgão público para seu funcionamento. A situação encontrada atesta o injustificável descumprimento legal.

Atesta, também, a omissão das pessoas. O despreparo para a compreensão dos direitos do portador de limitação física tem origem na formação social, onde se vivencia uma ciranda: O portador de deficiência física não tem condições de transitar pelos espaços públicos e privados porque estes são intransitáveis; a reclusão física vem acompanhada da exclusão social, pois quem não é visto é invisível, portanto, não existe.

Urge transformar este quadro. O primeiro passo será dado quando as crianças e jovens se familiarizaram na convivência com seus desiguais na escola. E prosseguirá quando

as trocas sociais se tornarem gratificantes para as partes envolvidas. Quando as barreiras humanas forem menores do que as barreiras físicas.

A decisão política de forçar a inclusão na escola obterá apoio na nova geração participativa e então haverá em todos, inclusive no setor da saúde, naturalidade para se conviver com nossos semelhantes. Cabe ao enfermeiro e à enfermeira o cuidado com o ambiente e com as barreiras arquitetônicas, na perspectiva de minimizá-las, e proporcionar acesso sem barreiras ou empecilhos possíveis de dificultar a mobilidade das PDPs. Desta forma, deve este profissional lutar também por melhor uso da engenharia e da arquitetura, em benefício dos portadores de deficiência, com vistas a ser construída, eficazmente, a acessibilidade para todas as pessoas.

## 7 REFERÊNCIAS

ACESSIBILIDADE e desenho universal. **APABB**, n. 9, ago./set. 1996. Disponível em: <<http://www.apabb.com.br/jor009.htm>>. Acesso em: 13 out. 2004.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001. 282 p.

ARAÚJO, G. M. de; BENITO, J. ; SOUZA, C. R. C. **Normas regulamentadoras comentadas: legislação de segurança e saúde no trabalho**. 3. ed. rev. ampliada e atualizada. Rio de Janeiro: Editora Independente, 2002. 1232p.

ARISTÓTELES. **A ética**. Tradução: C. M. Fonseca. Rio de Janeiro: Editora Ediouro, 1982. 164 p. (Coleção Universidade).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano**. 1985. Disponível em: <<http://www.aibr.com/det/sadet/aceso.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2003.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução na linguagem de hoje. Brasília: Paulinas, 1991.

BONALS, J. **O trabalho em pequenos grupos na sala de aula**. Tradução: Neusa Kern Hickel. Porto Alegre: Artemed. 2003. 180 p.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2.ed, São Paulo: Saraiva, 2003

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE. Disponível em: < [http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/legislativo/cdhef/CartilhaCDH/14\\_PessoaDeficiente.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/legislativo/cdhef/CartilhaCDH/14_PessoaDeficiente.htm)>. Acesso em: 11 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 16.719/01. Disponível em: <<http://www.sinduscomp.com.br/legislação.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2004.



BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Disponível em:< <http://www.deficienteeficiente.com.br/leis/10048.html>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

BRASIL. Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em:< <http://www.deficienteeficiente.com.br/leis7853.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em:< <http://www.mp.pe.gov.br/procuradoria/caops/caopcidadania/legislação/ppd/lein7.853>>. Acesso em: 25 fev. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/rescns.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2004.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2004.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 20 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em:< [www.planalto.gov.br/civil-03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/civil-03/leis/18742.htm)>. Acesso em: 13 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Portaria 2.225. Disponível em:< [http://www.popup\\_main\\_imprimir\\_matéria.asp/imprimir=1&editora=coaMateria=30](http://www.popup_main_imprimir_matéria.asp/imprimir=1&editora=coaMateria=30)>. Acesso em: 11 out. 2003.

CARNEIRO, R.; ABAURRE, N. W.; SERRÃO, M. A.; BOTINI, J. **Transversalidade e inclusão**: desafios para o cuidador. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003. 208 p.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB, 1997. 125p.

CASTRO, I. B. Prefácio à edição brasileira. In: **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. p.8

.CEARÁ. Constituição (1989). **Constituição do Estado do Ceará**. Fortaleza: Assembléia Legislativa, 1989. Disponível em:< [www.pgj.ce.gov.br/legislação/ce.htm](http://www.pgj.ce.gov.br/legislação/ce.htm)>. Acesso em: 13 out. 2004.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado. **Qualidade hospitalar**: instrumento de avaliação. Fortaleza, 2001.138p.

CHARBONNEAU, P. E. **Curso de filosofia**: lógica e metodologia. São Paulo: E.P.U., 1986. 175 p.

COBB, A. K. Aspectos transculturais na construção do conhecimento em enfermagem. In: **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE. 1998. cap. 2.

COTRIM, C. **Fundamentos da filosofia**: história e grandes temas. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. 336 p.

CREMA, R. **Paradigma do cuidar em uma sociedade em transformação**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador **Anais...** Salvador: ABEn, 1998.

DEFICIÊNCIA física: informações básicas sobre deficiência física. Disponível em:< <http://www.entreamigos.com.br/textos/deffis/infbafis.htm>>. Acesso em: 11 out. 2003.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 1998. 120 p.

DIAS, M. S. de A. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica**. Fortaleza: Ed. UFC/ Ed. UVA, 2001. 105p.

EVENTO cultural em Brasília, nos dias 24 e 25 de março, dá início ao Ano Ibero-Americano da Pessoa com Deficiência. [s.l.]: SEDH/CORD/FUNART/VSA, 2004. Disponível em: < <http://www.sentidos.com.br/canais/matéria.asp?codpag=569&codtipo=1&subcat=&>>. Acesso em: 18 set. 2004.

FERREIRA, L. A. M. A. **Inclusão da pessoa portadora de deficiência e o Ministério Público: o cidadão portador de deficiência.** In: ROBERT, C. (Org.). O direito do deficiente. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999. Disponível em:< <http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/legislativo/carta1congresso.html>>. Acesso em: 18 set. 2004.

FONTES, M. **Grupos de encontros.** 8. ed. São Paulo: Cromosete, 2002. 198p.

FRANÇA, I. S. X. de. **Formas de sociabilidade e instauração da alteridade:** vivência das pessoas com necessidades especiais. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCCA, L. M. F. Ditos e não ditos sobre a integração social das pessoas com deficiência. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.3, n. 1, p. 61-62, 2002.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 150p.

GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. dos; TAVARES, C. M. de M. **Pesquisa em enfermagem:** novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998. 302p.

GODOY, A.; NNES, C. P.; REIS, D. A. dos.; HATEM, D. S.; LORENTZ, L. N.; FERREIRA, M. J.; DOMINGOS, M. C. A.; TEIXEIRA, M.J.; VIEIRA, M. L.; MONTEIRO, S. M. P.; CORRÊA, R. M.; VILAÇA, R. de S.; RABELO, V. C. M. **Cartilha da Inclusão dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Belo Horizonte: PUC. Minas 2000.

GOMES, I. L. V.; FRAGA, M. de N. de O. **Direitos do cidadão hospitalizado:** teoria e práxis. Fortaleza:[s.n.], 2001. 105p.

HECK, A. O Brasil é um país de deficientes. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 3 de jun. de 2002. Disponível em: <<http://www.doençadeparkinson.com.br/brdefi.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2004.

IBGE, Censo Demográfico 2000. Sobral, 2004.

IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B.L. de. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LASCIO, G.R.M.de; SOUSA, R.A.C. **Barreiras arquitetônicas: a arquitetura voltada para os deficientes**. Disponível em: <<http://snbu.bvs.br/snbu2000/poster.html>>. Acesso em: 13 out. 2004.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da Pesquisa na saúde**. Santa Maria: Ed. Paloti, 2001. 344p.

LINARD, A. G.; BRITO, D. M. S. de. Avaliação de uma disciplina de estágio curricular. **Rev. Técnico de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 94-96, mar./abr. 2003.

MACÊDO, K. N. de F. **Acessibilidade dos portadores de deficiência visual aos serviços básicos de saúde**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza 2003.

MASSARI, S. A. **A igualdade começa pelo acesso na cidade**. Disponível em: <<http://www.deficiente.com.br/modules.php?name=News&file=article&side=573>>. Acesso em: 18 set. 2004.

MAZZOTTI, A. I. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 203p.

MERCADO na área de administração hospitalar pode se abrir. J.U. Online. Disponível em <[http://ww.../popup\\_main\\_imprimir\\_materia.asp?imprimir=1&editoria=/CodMateria=30](http://ww.../popup_main_imprimir_materia.asp?imprimir=1&editoria=/CodMateria=30)>

MEZOMO, J.C. **Hospital humanizado**. Fortaleza: Ed. Prêmios, 2001. 210p.

MORENO, J. L. **Quem sobreviverá?** fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupos e sociodrama. Tradução: Alessandra Rodrigues de Farias, Denise Lopes Rodrigues e Márcia Amaro Rodrigues. São Paulo: Ed. Dimensão, 1992. 220p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução: Catarina Elionora F. da Silva e Jeanne Sawaya; Revisão técnica: Edgard de Assis Carvalho. 3. ed. São Paulo: Ed. Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001. 118p.

NEUMANN, Z. A.; NEUMANN, N. A. **Auto-estima**: se gosto de mim, posso ajudar mais o outro. Pastoral da Criança. Curitiba, 1999. 40 p.

NUNES, A. SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

NUTBEAM, D.; HARRIS, E.; **Theory in a NUTSHELL**: A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion. Sidney: Editora, University of Sidney, 1998. 78p.

OLIVEIRA, M. A. de. **Correntes fundamentais da ética contemporânea**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 255p.

PALÁCIOS, M. M., A.; PEGORARO, O. A. **Ética, ciência e saúde**: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes, 2001. 183p.

PASSOS, N.M.G. **O processo de acreditação**: impacto nos serviços de enfermagem. Fortaleza: Pouchain, 2002.

PEDROSA, J. I. dos S. A construção de um município saudável: novo desafio para o Estado do Piauí. **Scientia Mater**: Revista de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú, ano 1, p.51-56, jun. 2001/2002.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. 215 p.

PIANUCCI, A. **Saber cuidar**: procedimentos básicos em enfermagem. 4. ed. São Paulo: Senac, 2004. 285 p.

RABELO, E. H. **Avaliação**; novos tempos novas práticas. Petrópolis: Vozes, 1998. 144p.

RAMALHO, Zé. **Cidadão**. Especial n.1. Produzido na Zona Franca de Manaus. CD 70 min.

WYSE, N.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, M.L.M.; CAPELLA, M.; REAL, E.; RIBEIRO, A. R. **Planejamento e avaliação:** subsídios para a ação docente. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003. 112p.

SANZ, L. A. **Procedimentos metodológicos:** fazendo caminhos. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2003. 152p.

SÃO PAULO. Decreto Estadual nº 33.824, de 21 de setembro de 1991. Dispõe sobre adequações de próprios estaduais à utilização de portadores de deficiências e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.deficienteeficiente.com.br/leis33824.html>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

SÃO PAULO. Lei Estadual nº 9.086, de 3 de março de 1995. Determina aos órgãos da Administração Direta e Indireta a adequação de seus projetos, edificações, instalações e mobiliário ao uso de pessoas portadoras de deficiências. Disponível em:<<http://www.deficienteeficiente.com.br/leis/9086.html>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

SÃO PAULO. Lei Estadual nº. 9.938, de 17 de abril de 1998. Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de deficiência. Disponível em: < <http://www.deficienteeficiente.com.br/leis9938.html>>. Acesso em: 15 jan 2004.

SASSAKI, R. K. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. 4. ed. Rio de Janeiro: 2002. 176p. (Coleção Inclusão).

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão:** análise psicologia e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999. 158p.

SHINYASHIKI, R. **Os donos do futuro.** 16. ed. São Paulo: Ed. Infinito, 2000. 189p

SILVA, E. J. C.; LLERENA JR., J. C.; CARDOSO, M. H. C. de A. Aspectos históricos do atendimento ao deficiente: da segregação à educação inclusiva. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.11, n.63, p.5-13, 2002.

SILVA, J. F. **Barreiras arquitetônicas no caminho do deficiente físico as unidades de saúde.** 2003. 103 p. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, M. J. P. **O Amor é o caminho:** maneiras de cuidar. São Paulo: Ed. Gente, 2000. 155p.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Relatório de pesquisa do Projeto acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e /ou sensorial aos serviços de saúde:** estudo das condições físicas e de comunicação. Fortaleza, 2004. 98 p.

VASCONCELOS, L. R. **Acessibilidade dos portadores de deficiência física:** obstáculos no percurso casa / Unidade Básica de Saúde de Sobral. 2003. 96 p. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

VASH, C. L. **Enfrentando a deficiência:** a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo: Câmara do Livro, 1998. 287p.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano:** O resgate necessário. 2. Editora Porto Alegre – Rio Grande do Sul: Ed. Sagra Luzatto, 1999. 2001p.

WYSE, N.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, M. L. M.; CAPELLA, M. REAL, E.; REAL, E.; RIBEIRO, A. R. **Planejamento e Avaliação:** subsídios para a ação docente. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003. 112p.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento:** o pensamento, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. 144 p.

ZEZINHO, P. S. C. J. Pais paraplégicos: os melhores momentos. São Paulo: Edições Paulinas, 1995, CD. 60m78s.

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### LEI N° 7.853 DE 24 DE OUTUBRO DE 1989

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º - Ficam estabelecidas normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências, e sua efetiva integração social, nos termos desta Lei.

§ 1º - Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os valores básicos da igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, e outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito.

§ 2º - As normas desta Lei visam garantir às pessoas portadoras de deficiência as ações governamentais necessárias ao seu cumprimento e das demais disposições constitucionais e legais que lhes concernem, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie, e entendida a matéria como obrigação nacional a cargo do Poder Público e da sociedade.

Artigo 2º - Ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Parágrafo único - Para o fim estabelecido no *caput* deste artigo, os órgãos e entidades da administração direta e indireta devem dispensar, no âmbito de sua competência e finalidade, aos assuntos objetos esta Lei, tratamento prioritário e adequado, tendente a viabilizar, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

I - na área da educação:

- a) a inclusão, no sistema educacional, da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, a de ensino fundamental e médio, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios;
- b) a inserção, no referido sistema educacional, das escolas especiais, privadas e públicas;
- c) a oferta, obrigatória e gratuita, da Educação Especial em estabelecimento público de ensino;

- d) o oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial a nível pré-escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a 1 (um) ano, educandos portadores de deficiência;
- e) o acesso de alunos portadores de deficiência aos benefícios conferidos aos demais educandos, inclusive material escolar, merenda escolar e bolsas de estudo;
- f) a matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrarem no sistema regular de ensino;

II - na área da saúde:

- a) a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;
- c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social;

III - na área da formação profissional e do trabalho:

- a) o apoio governamental à formação profissional, à orientação profissional, e a garantia de acesso aos serviços concernentes, inclusive aos cursos regulares voltados à formação profissional;
- b) o empenho do Poder Público quanto ao surgimento e à manutenção de empregos, inclusive de tempo parcial, destinados às pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns;
- c) a promoção de ações eficazes que propiciem a inserção, nos setores público e privado, de pessoas portadoras de deficiência;

d) a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho, em favor das pessoas portadoras de deficiência, nas entidades da Administração Pública e do setor privado, e que regulamente a organização de oficinas e congêneres integradas ao mercado de trabalho, e a situação, nelas, das pessoas portadoras de deficiência;

IV - na área de recursos humanos:

a) a formação de professores de nível médio para a Educação Especial, de técnicos de nível médio especializados na habilitação e reabilitação, e de instrutores para formação profissional;

b) a formação e qualificação de recursos humanos que, nas diversas áreas de conhecimento, inclusive de nível superior, atendam à demanda e às necessidades reais das pessoas portadoras de deficiência;

c) o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionadas com a pessoa portadora de deficiência;

V - na área das edificações:

a) a adoção e a efetiva execução de normas que garantam a funcionalidade das edificações e vias públicas, que evitem ou removam os óbices às pessoas portadoras de deficiência, permitam o acesso destas a edifícios, a logradouros e a meios de transporte.

Artigo 3º - As ações civis públicas destinadas à proteção de interesses coletivos ou difusos das pessoas portadoras de deficiência poderão ser propostas pelo Ministério Público, pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal; por associação constituída há mais de 1 (um) ano, nos termos da lei civil, autarquia, empresa pública, fundação ou sociedade de economia mista que inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção das pessoas portadoras de deficiência.

§ 1º - Para instruir a inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias.

§ 2º - As certidões e informações a que se refere o parágrafo anterior deverão ser fornecidas dentro de 15 (quinze) dias da entrega, sob recibo, dos respectivos requerimentos, e só poderão ser utilizadas para a instrução da ação civil.

§ 3º - Somente nos casos em que o interesse público, devidamente justificado, impuser sigilo, poderá ser negada certidão ou informação.

§ 4º - Ocorrendo a hipótese do parágrafo anterior, a ação poderá ser proposta desacompanhada das certidões ou informações negadas, cabendo ao juiz, após apreciar os

motivos do indeferimento, e, salvo quando se tratar de razão de segurança nacional, requisitar umas e outras; feita a requisição, o processo correrá em segredo de justiça, que cessará com o trânsito em julgado da sentença.

§ 5º - Fica facultado aos demais legitimados ativos habilitarem-se como litisconsortes nas ações propostas por qualquer deles.

§ 6º - Em caso de desistência ou abandono da ação, qualquer dos co-legitimados pode assumir a titularidade ativa.

Artigo 4º - A sentença terá eficácia de coisa julgada oponível *erga omnes*, exceto no caso de haver sido a ação julgada improcedente por deficiência de prova, hipótese em que qualquer legitimado poderá intentar outra ação com idêntico fundamento, valendo-se de nova prova.

§ 1º - A sentença que concluir pela carência ou pela improcedência da ação fica sujeita ao duplo grau de jurisdição, não produzindo efeito senão depois de confirmada pelo tribunal.

§ 2º - Das sentenças e decisões proferidas contra o autor da ação e suscetíveis de recurso, poderá recorrer qualquer legitimado ativo, inclusive o Ministério Público.

Artigo 5º - O Ministério Público intervirá obrigatoriamente nas ações públicas, coletivas ou individuais, em que se discutam interesses relacionados à deficiência das pessoas.

Artigo 6º - O Ministério Público poderá instaurar, sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou particular, certidões, informações, exame ou perícias, no prazo que assinalar, não inferior a 10 (dez) dias úteis.

§ 1º - Esgotadas as diligências, caso se convença o órgão do Ministério Público da inexistência de elementos para a propositura de ação civil, promoverá fundamentadamente o arquivamento do inquérito civil, ou das peças informativas. Neste caso, deverá remeter a reexame os autos ou as respectivas peças, em 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público, que os examinará, deliberando a respeito, conforme dispuser seu Regimento.

§ 2º - Se a promoção do arquivamento for reformada, o Conselho Superior do Ministério Público designará desde logo outro órgão do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

Artigo 7º - Aplicam-se à ação civil pública prevista nesta Lei, no que couber, os dispositivos da Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985.

Artigo 8º - Constitui crime punível com reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa:

I - recusar, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, por motivos derivados da deficiência que porta;

II - obstar, sem justa causa, o acesso de alguém a qualquer cargo público, por motivos derivados de sua deficiência;

III - negar, sem justa causa, a alguém, por motivos derivados de sua deficiência, emprego ou trabalho;

IV - recusar, retardar ou dificultar internação ou deixar de prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial, quando possível, à pessoa portadora de deficiência;

V - deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

VI - recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Artigo 9º - A Administração Pública Federal conferirá aos assuntos relativos às pessoas portadoras de deficiência tratamento prioritário e apropriado, para que lhes seja efetivamente ensejado o pleno exercício de seus direitos individuais e sociais, bem como sua completa integração social.

§ 1º - Os assuntos a que alude este artigo serão objeto de ação, coordenada e integrada, dos órgãos da Administração Pública Federal, e incluir-se-ão em Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, na qual estejam compreendidos planos programas e projetos sujeitos a prazos e objetivos determinados.

§ 2º - Ter-se-ão como integrantes da Administração Pública Federal, para os fins desta Lei, além dos órgãos públicos, das autarquias, das empresas públicas e sociedades de economia mista, as respectivas subsidiárias e as fundações públicas.

Artigo 10 - A coordenação, superior dos assuntos, ações governamentais e medidas, referentes às pessoas portadoras de deficiência incumbirá a órgão subordinado à Presidência da República, dotado de autonomia administrativa e financeira, ao qual serão destinados recursos orçamentários específicos.

Parágrafo único - À autoridade encarregada da coordenação superior mencionada no *caput* deste artigo caberá, principalmente, propor ao Presidente da República a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, seus planos, programas e projetos e cumprir as

instruções superiores que lhes digam respeito, com a cooperação dos demais órgãos da Administração Pública Federal. (As competências do Corde foram transferidas para o Ministério da Justiça pelo artigo 18, inciso V, alínea "a", da Lei n. 9.649, de 27 de maio de 1998).

Artigo 11 - (Revogado pelo artigo 60 da Lei n. 8.028, 12.4.90).

§ 2º - O Coordenador contará com 3 (três) Coordenadores-Adjuntos, 4 (quatro) Coordenadores de Programas e 8 (oito) Assessores, nomeados em comissão, sob indicação do titular da Corde.

§ 3º - A Corde terá, também, servidores titulares de Funções de Assessoramento Superior (FAS) e outros requisitados a órgão e entidades da Administração Federal.

§ 4º - A Corde poderá contratar, por tempo ou tarefa determinados, especialistas para atender necessidade temporária de excepcional interesse público.

Artigo 12 - Compete à Corde:

I - coordenar as ações governamentais e medidas que se refiram às pessoas portadoras de deficiência;

II - elaborar os planos, programas e projetos subsumidos na Política Nacional para a Integração de Pessoa Portadora de Deficiência, bem como propor as providências necessárias a sua completa implantação e seu adequado desenvolvimento, inclusive as pertinentes a recursos e as de caráter legislativo;

III - acompanhar e orientar a execução, pela Administração Pública Federal, dos planos, programas e projetos mencionados no inciso anterior;

IV - manifestar-se sobre a adequação à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência dos projetos federais a ela conexos, antes da liberação dos recursos respectivos;

V - manter, com os Estados, Municípios, Territórios, o Distrito Federal, e o Ministério Público, estreito relacionamento, objetivando a concorrência de ações destinadas à integração social das pessoas portadoras de deficiência;

VI - provocar a iniciativa do Ministério Público, ministrando-lhe informações sobre fatos que constituam objeto da ação civil desta Lei, e indicando-lhe os elementos de convicção;

VII - emitir opinião sobre os acordos, contratos ou convênios firmados pelos demais órgãos da Administração Pública Federal, no âmbito da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;

VIII - promover e incentivar a divulgação e o debate das questões concernentes à pessoa portadora de deficiência, visando à conscientização da sociedade.

Parágrafo único - Na elaboração dos planos, programas e projetos a seu cargo, deverá a Corde recolher, sempre que possível, a opinião das pessoas e entidades interessadas, bem como considerar a necessidade de efetivo apoio aos entes particulares voltados para a integração social das pessoas portadoras de deficiência.

Artigo 13 - A Corde contará com o assessoramento de órgão colegiado, o Conselho Consultivo da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

§ 1º - A composição e o funcionamento do Conselho Consultivo da Corde serão disciplinados em ato do Poder Executivo. Incluir-se-ão no Conselho representantes de órgãos e de organizações ligados aos assuntos pertinentes à pessoa portadora de deficiência, bem como representante do Ministério Público Federal.

§ 2º - Compete ao Conselho Consultivo:

- I - opinar sobre o desenvolvimento da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;
- II - apresentar sugestões para o encaminhamento dessa política;
- III - responder a consultas formuladas pela Corde.

§ 3º - O Conselho Consultivo reunir-se-á ordinariamente 1 (uma) vez por trimestre e, extraordinariamente, por iniciativa de 1/3 (um terço) de seus membros, mediante manifestação escrita, com antecedência de 10 (dez) dias, e deliberará por maioria de votos dos conselheiros presentes.

§ 4º - Os integrantes do Conselho não perceberão qualquer vantagem pecuniária, salvo as de seus cargos de origem, sendo considerados de relevância pública os seus serviços.

§ 5º - As despesas de locomoção e hospedagem dos conselheiros, quando necessárias, serão asseguradas pela Corde.

Artigo 14 - Vetado.

Artigo 15 - Para atendimento e fiel cumprimento do que dispõe esta Lei, será reestruturada a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, e serão instituídos, no Ministério do Trabalho, no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência e Assistência Social,

órgãos encarregados da coordenação setorial dos assuntos concernentes às pessoas portadoras de deficiência.

Artigo 16 - O Poder Executivo adotará, nos 60 (sessenta) dias posteriores à vigência desta Lei, as providências necessárias à reestruturação e ao regular funcionamento da Corde, como aquelas decorrentes do artigo anterior.

Artigo 17 - Será incluído no censo demográfico de 1990, e nos subseqüentes, questões concernentes à problemática da pessoa portadora de deficiência, objetivando o conhecimento atualizado do número de pessoas portadoras de deficiência no País.

Artigo 18 - Os órgãos federais desenvolverão, no prazo de 12 (doze) meses contado da publicação desta Lei, as ações necessárias à efetiva implantação das medidas indicadas no artigo 2º desta Lei.

Artigo 19 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 20 - Revogam-se as disposições em contrário.



## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Antonia Eliana de Araújo Aragão, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), residente à rua Desembargador Moreira da Rocha II, bairro Pe. Ibiapina, CEP: 62020-530 Sobral-CE, telefone (88) 613-1712, pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada a acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física (PDF) aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas para a mobilidade física, com objetivo de mapear as condições arquitetônicas de acesso do portador de deficiência física aos serviços hospitalares e de identificar as barreiras arquitetônicas internas e das adjacências hospitalares para a mobilidade física. Esta pesquisa faz parte do Projeto de Pesquisa da UFC *Acessibilidade da Pessoa Portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde*: estudo das condições físicas e de comunicação. Será realizada sob a orientação da Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Durante a pesquisa será utilizado um instrumento do tipo cheque-lista, conforme apresentado em anexo.

Para tanto, preciso da sua valiosa autorização para a realização da coleta de dados e para fotografar alguns serviços e a fachada do hospital, sem identificar pessoas ou placas. Caso concorde que o hospital sob sua responsabilidade participe da pesquisa, terá a garantia de que não será identificado pelo nome e que não haverá qualquer prejuízo para o hospital, em face dos dados fornecidos. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento.

Sua colaboração poderá trazer benefícios para a enfermagem e para as PDFs. Em caso de dúvidas, favor contatar a pesquisadora ou o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), situado à rua Cel. Nunes de Melo, nº 1127, bairro Rodolfo Teófilo, telefone: (85)288.8346 ou 288.8338.

---

Assinatura da pesquisadora

Eu, após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora, concordo em participar do presente protocolo.

---

Assinatura do responsável pelo campo de pesquisa

## ANEXO C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Antonia Eliana de Araújo Aragão, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), residente à rua Desembargador Moreira da Rocha II, bairro Pe. Ibiapina, CEP: 62020-530 Sobral-CE, telefone (88) 613-1712, pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada a acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física (PDF) aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas para a mobilidade física, com objetivo de mapear as condições arquitetônicas de acesso do portador de deficiência física aos serviços hospitalares e de identificar as barreiras arquitetônicas internas e das adjacências hospitalares para a mobilidade física. Esta pesquisa faz parte do Projeto de Pesquisa da UFC *Acessibilidade da Pessoa Portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde*: estudo das condições físicas e de comunicação. Será realizada sob a orientação da Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Durante a pesquisa será utilizado um instrumento do tipo cheque-lista, conforme apresentado em anexo.

Para tanto, preciso da sua valiosa autorização para expor sua fotografia e um pensamento seu na dedicatória.

Sua colaboração poderá trazer benefícios para a enfermagem e para as PDFs. Em caso de dúvidas, favor contatar a pesquisadora ou o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), situado à rua Cel. Nunes de Melo, nº 1127, bairro Rodolfo Teófilo, telefone: (85)288.8346 ou 288.8338.

---

Assinatura da pesquisadora

Eu, após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora, concordo em participar do presente protocolo.

---

Assinatura da participante

## ANEXO D

### ACESSIBILIDADE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS SERVIÇOS HOSPITALARES: AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS PARA A MOBILIDADE FÍSICA

#### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### Dados de identificação:

Tipo de instituição: Hospital

Localização: Sobral – CE

#### Condições de Acesso da Pessoa Portadora de Deficiência Física às Instituições Hospitalares

Assinalar com V ou F

#### 1. Via Pública

**As avenidas de acesso das pessoas com deficiência física (PDFs) no percurso de dois quarteirões quadrados próximos ao hospital possuem**

- ( ) Faixas para pedestres
- ( ) Rebaixamentos de meio-fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas
- ( ) Obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção de modo a deixar a calçada livre para a passagem das PDFs
- ( ) Calçadas livres de obstáculos que impeçam ou dificultem o trânsito das PDFs
- ( ) Calçadas livres de buracos e desnivelamentos
- ( ) Calçadas possuem largura mínima de 1,50m
- ( ) Avenidas livres de buracos
- ( ) Placas de sinalização de trânsito estão em locais visíveis
- ( ) Sinalizações indicativas do percurso para a instituição hospitalar
- ( ) Semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando

## 2. Do acesso ao prédio

- ( ) A via pública de acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o trajeto obedecendo à inclinação transversal máxima da calçada
- ( ) Possui estacionamento privativo para PDF devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso (número de vagas \_\_\_\_; vagas demarcadas\_\_\_\_)
- ( ) Os corredores de circulação e entrada de estacionamento possuem setas indicativas no sentido do deslocamento com o Símbolo Internacional de Acesso encaminhando para as entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis
- ( ) O percurso da vaga até a entrada do edifício está sinalizado

## 3. Do acesso ao interior do prédio

- ( ) Por escadaria sem corrimão
- ( ) Por escadaria com corrimão
- ( ) Por rampa de acesso para PDF
- ( ) Áreas de circulação possuem portas com largura livre de 0,8m
- ( ) Portas do tipo vai-e-vem são dotadas de visor vertical
- ( ) Portas de correr possuem trilhos rebaixados
- ( ) O piso possui superfície regular, estável, firme e antiderrapante
- ( ) Áreas de circulação coletiva com mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos

### 3.1 Os elevadores

- ( ) Estão situados em local acessível
- ( ) Garantem a circulação até eles
- ( ) Estão situados em nível com dimensão mínima de 1,10 m por 1,40 m e com espelho na parede oposta à porta
- ( ) A porta do elevador possui espaço livre de 0,80 m
- ( ) O elevador serve ao estacionamento onde há vagas reservadas para veículo de pessoas deficientes
- ( ) Existe botoeira e está na altura mínima de 0,89m e máxima de 1,35m do piso
- ( ) Existe corrimão na parte interna e posterior da cabine.

#### 4. Condições de circulação vertical no interior do prédio

Circulação vertical por meio de

- Rampa
- Escadas

##### 4.1 Acesso por rampa

- Acesso possui inclinação de modo a minimizar esforços da PDF
- O piso é antiderrapante

##### 4.2 O corrimão da rampa

- É de material rígido
- Firmemente fixado
- Instalado em ambos os lados da escada ou rampa
- A altura do corrimão é de 0,92m do piso
- Está afastado 0,4m da parede
- Prolonga-se pelo menos 0,3m antes do início e término da rampa ou escada, sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão

##### 4.3 O acesso por escada fixa

- Possui patamar de 1,20m quando há mudança de direção ou desnível superior a 3,25m
- Os degraus:
- Têm piso de no mínimo 0,28m
  - Têm piso de no máximo 0,32m
  - Têm espelho de no mínimo 0,16m
  - Têm espelho de no máximo 0,18m
  - Possuem piso antiderrapante

O corrimão:

- De material rígido
- Firmemente fixado
- Instalado de ambos os lados
- Afastado 0,4m da parede
- Altura de 0,92m do piso
- Prolongamento de pelo menos 0,3m no início e término da escada

## **5. Equipamentos e mobiliários**

### **5.1 Equipamentos eletromecânicos**

- ( ) Estão devidamente sinalizados com o Símbolo Internacional de Acesso
- ( ) Possuem orientação sobre seu funcionamento

### **5.2 O mobiliário**

- ( ) Os balcões e mesas de trabalho têm, na sua parte superior, a altura de 0,8m do piso
- ( ) Os assentos de uso público têm profundidade mínima de 0,45m e estão instalados a 0,46m do piso, de preferência com alças de apoio ou braços
- ( ) Os bebedouros estão instalados a 0,80m do piso
- ( ) Os telefones estão instalados a uma altura entre 0,80m e 1m do piso
- ( ) As botoeiras, os comandos ou sistemas de acionamentos estão entre 0,80m e 1,20m do piso
- ( ) Os locais de reunião possuem espaço reservado para cadeiras de rodas que devem ser de 0,90m por 1,20m nas primeiras filas e 0,90m por 1,50m quando nas fileiras intermediárias
- ( ) Os assentos ambulatoriais reservam um espaço livre frontal ao assento de 0,60m

## **6. Instalações sanitárias**

- ( ) Existem sanitários e vestiários adequados para deficientes próximos da circulação principal do prédio
- ( ) Os sanitários e vestiários estão devidamente sinalizados
- ( ) Existem sanitários e vestiários disponíveis para ambos os sexos

### **6.1 Área de manobra de no mínimo**

- ( ) 1,20m para circulação em linha reta
- ( ) 1,20m por 1,20m para rotação de 90°
- ( ) 1,50m por 1,20m para rotação de 180°
- ( ) 1,50m por 1,50m para rotação de 360°

## 6.2 Área de transferência

- ( ) Possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias para transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas

## 6.3 Área de aproximação

### - da bacia sanitária

- ( ) Possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças sanitárias e acessórios que não precisam de transposição
- ( ) Nas paredes laterais e de fundo junto à bacia sanitária estão instaladas barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária
- ( ) As barras horizontais têm comprimento mínimo de 0,90m
- ( ) As barras horizontais estão a uma altura de 0,76m do piso
- ( ) A bacia sanitária está a uma altura de 0,46m do piso
- ( ) Existe papeleira junto à bacia sanitária, a 0,40m do piso e 0,15m a partir da extremidade frontal da bacia
- ( ) A válvula de descarga está a uma altura máxima de 1m do piso
- ( ) A válvula de descarga funciona com leve pressão

### - dos lavatórios

- ( ) Os lavatórios são do tipo sem coluna
- ( ) Estão a uma altura de 0,80m do piso para permitir aproximação de cadeira de rodas
- ( ) A torneira é de monocomando

### - dos mictórios

- ( ) Os mictórios estão a uma altura de 0,46m do piso
- ( ) Possuem barras paralelas de 0,80m de comprimento, a 0,70m do piso e afastadas horizontalmente a 0,80m
- ( ) A válvula de descarga está a 1 m do piso e funciona com leve pressão

**- dos chuveiros, na área de internação**

- ( ) Possuem bancos retráteis instalados a 0,45m de profundidade por 0,70m de comprimento e a 0,46m do piso
- ( ) Possuem toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1m do piso
- ( ) Possuem espelho com borda inferior a 0,90m do piso, quando plano; e a uma altura de 1,1m, quando inclinado
- ( ) Possuem área de transferência de 0,80m por 1,10m dentro ou fora do boxe para permitir a transferência de cadeira de rodas para o banco interno do boxe
- ( ) A área de transferência possui barras de apoio firmemente instaladas

**7. Localização de espaços e assentos em salas / auditórios**

- ( ) Os espaços e assentos garantem conforto, segurança, boa visibilidade e acústica
- ( ) Estão integrados com a disposição geral dos assentos, de maneira a não segregar seus ocupantes e permitir que estes possam se sentar próximos dos seus acompanhantes
- ( ) Não estão obstruindo o acesso aos demais assentos e à circulação
- ( ) Estão localizados próximos das circulações de emergência

**8. As portas de entrada, as saídas, rotas de fuga, elevadores e instalações sanitárias estão identificadas com Símbolo Internacional de Acesso**

- ( ) No piso
- ( ) Vertical, fixada a uma altura de 1,70m do piso
- ( ) Vertical, fixada a 2,20m, em placa suspensa sobre as mesmas