

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

EVALUATION OF ACCESSIBILITY IN A CENTER FOR EDUCATION AND HEALTH CARE

Gabriela Perardt

Eduardo José Manzini

Faculdade de Filosofia e Ciências, Unesp, Marília

Resumo

O presente estudo originou-se a partir de questionamentos em relação à acessibilidade de um Centro para atendimento à comunidade nas áreas de Saúde e Educação: a nova instalação desse Centro de Atendimento encontra-se em consonância com as normas de acessibilidade existentes para esse tipo de estabelecimento? Existem pontos de perigo que possam colocar a comunidade usuária do estabelecimento em risco? Dois objetivos foram estabelecidos: 1) avaliação a acessibilidade segundo as normas técnicas vigentes e 2) identificar pontos de perigos a partir da percepção de funcionários e estagiários que atuavam na instituição. A avaliação da acessibilidade foi realizada por meio de um estudo observacional em relação às rotas pelas que as pessoas utilizavam. Os pontos de perigo foram identificados por meio de entrevista semiestruturada realizada com quatro funcionários e cinco estagiários. Os resultados indicaram que algumas rotas possuíam corredores e portas que não se enquadravam nas normas técnicas sobre acessibilidade. As entrevistas possibilitaram identificar alguns pontos de perigo: 1) valetas sem grades; 2) degraus que dificultavam a entrada com cadeira de rodas; 3) rampas muito inclinadas; e, 4) buraco. Os achados poderão servir para que administração e gestão possam regularizar os ambientes no sentido de propiciar segurança e autonomia aos seus usuários.

Palavras-Chave: Acessibilidade. Avaliação. Saúde. Educação.

Abstract

The present study originated from questions regarding the accessibility of the facilities of a Center for community service in the areas of Health and Education: the new installation of this Service Center is in line with the existing accessibility standards for this type of establishment? Are there any danger points that could put the user community at risk? Two objectives were established: 1) assessment of accessibility according to the current technical standards and 2) identify points of danger based on the perception of employees and trainees working in the institution. The accessibility assessment was performed through an observational study of the routes people used. The danger points were identified through a semi-structured interview with four employees and five trainees. The results indicated that some routes had corridors and doors that did not meet the technical standards on accessibility. The interviews allowed to identify some points of danger: 1) trenches without grids; 2) steps that made it difficult to enter with a wheelchair; 3) very sloping ramps; and, 4) hole. The findings may serve for administration and management to regularize the environments in order to provide security and autonomy to its users.

Keywords: Accessibility. Evaluation. Health. Education.

1 Introdução

Uma parcela considerável da população que apresenta capacidade de viver e contribuir com a sociedade observa seu potencial sendo limitado diariamente. Essa limitação é imposta pelas barreiras presentes nos mais diversos ambientes físicos que trazem à tona um termo muito discutido nas últimas décadas: a acessibilidade.

A acessibilidade está profundamente relacionada ao fornecimento de condições às pessoas com deficiência ou que apresentem mobilidade reduzida para a utilização com segurança e autonomia, sendo ela total ou assistida, dos espaços públicos ou coletivos.

Desse modo, o espaço acessível é aquele capaz de fornecer às pessoas oportunidades de interação com o ambiente físico, podendo usufruir integralmente dele.

Para garantir que os ambientes enquadrem-se nos padrões de acessibilidade, os projetos devem seguir normas específicas de acordo com o estabelecimento. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50 dispõe sobre a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2002).

Entende-se por estabelecimento de saúde qualquer local destinado a prestar serviços de assistência à população, seja em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de sua complexidade (BRASIL, 1994).

Sendo assim, o estabelecimento acessível deve assegurar o desempenho do indivíduo nas atividades que envolvam sua locomoção independente de suas restrições, possuindo uma estrutura física adequada para isso. Busca-se, dessa forma, de acordo com a legislação brasileira, que as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida tenham acesso aos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, assim como ao seu tratamento, sob as normas e técnicas adequadas (BRASIL, 2008).

Os espaços públicos construídos no passado não se preocupavam em considerar a presença de pessoas com deficiência em seu convívio social. Como consequência, não havia acessibilidade ou planejamento que atendesse a essa população. Em contrapartida a esse passado, e ao conceituar um estabelecimento de saúde construído recentemente, espera-se que ele possua condições acessíveis para todos que dele necessitem.

O Centro a ser investigado atua como apoio em atividades de ensino, pesquisa e extensão e presta atendimentos a comunidade externa nas áreas de saúde.

Suas novas instalações foram inauguradas recentemente e encontra-se em funcionamento desde 2016. A faculdade procurou entregar à comunidade um espaço mais adequado, que proporcionasse a ampliação dos projetos de pesquisa, do mesmo modo que expandiria a capacidade de atendimento aos usuários.

Considerando o contexto descrito, poder-se-ia questionar: a nova instalação desse Centro de Atendimento encontra-se em consonância com as normas de acessibilidade

existentes para esse tipo de estabelecimento? Existem pontos de perigo que possam colocar a comunidade usuária do estabelecimento em risco?

Perante esses questionamentos, o atual estudo compreende dois objetivos:

Identificar e avaliar as condições de acessibilidade do Centro;

Avaliar os pontos de perigo que possam existir nas rotas avaliadas.

Sob essa ótica, este estudo propôs investigar o tema acessibilidade e as normas existentes para um estabelecimento de saúde, visto que a literatura sobre acessibilidade nesses espaços ainda encontra-se restrita.

2 Acessibilidade: conceitos e adequações à área de saúde

O Decreto-lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que regulamenta as leis nº 10.048 e 10.098/00, no capítulo das condições de acessibilidade, a define como sendo:

Utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, aos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, às edificações, aos serviços de transporte, aos sistemas e meios de comunicação e informação por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

De acordo com Roy (2005), ao se pensar em “acesso universal”, o conceito de acessibilidade tende a causar grande confusão. Isso porque ele depende intrinsecamente dos interesses e das necessidades dos sujeitos que lhe fazem uso. Dessa forma, ao pensar a acessibilidade, pode-se tratar de conectividade, infraestrutura, meio econômico e social, acesso a informação e a educação, suportes cognitivos, dentre outros.

Para Aceti (2007), o objetivo da acessibilidade não se trata de conferir igualdade de condições físicas ou psicológicas aos sujeitos. Para ele, a busca é por promover igualdade nas oportunidades do acesso – tanto a informação quanto aos espaços, locomoção, educação. Pensando nos direitos individuais, barreiras no acesso a um determinado local, configuram-se como um impedimento da liberdade de ir e vir. Dessa forma, a não acessibilidade dos espaços configura-se num processo discriminatório.

Salienta-se que o ambiente construído não pode ser compreendido como medidas que favoreçam somente as pessoas portadoras de deficiência, pois isso pode gerar a segregação dos grupos sociais aumentando a exclusão espacial. Tais espaços devem destinar-se a acolher todos os usuários em potencial (DUARTE; COHEN, 2006).

Nicolletti (2010) ressalta que a acessibilidade plena não está necessariamente vinculada à eliminação de barreiras arquitetônicas. Para ele, devem ser consideradas as demais barreiras existentes, como as atitudes, normas e técnicas, assim como nos instrumentos e comunicação entre os indivíduos. Para Manzini (2014), a acessibilidade se refere a barreiras arquitetônicas, de sinalização, e comunicação; mas que as atitudes

sociais das pessoas da comunidade são campo de estudo da Psicologia Social, e pode ser avaliada por meio de escalas que mensurem as atitudes sociais das pessoas. Considera que ambas são barreiras, mas de naturezas diferentes, podendo estar relacionada à acessibilidade, que está no ambiente físico (arquitetônico, de sinalização e comunicação), e a relacionada ao ambiente social (atitudes, crenças e preconceitos).

Em se tratando de legislação sobre edifícios da área de saúde, a Resolução da Diretoria Colegiada/Anvisa (RDC), nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, é a norma que regulamenta o planejamento físico e a inspeção de todos os estabelecimentos de assistência a saúde (EAS). O objetivo da RDC nº 50 é permitir que existam critérios para avaliar e projetar qualquer EAS. Ressalta-se o fato de que a RDC não tem como intuito estabelecer uma tipologia para esse tipo de estabelecimento, muito menos programas arquitetônicos predefinidos; apresentando regras flexíveis para o planejamento e elaboração dos projetos.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2015) define acessibilidade, através da norma NBR 9050, como possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização com segurança e autonomia, de espaços, edificações, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos, assim como outros serviços e instalações abertos ao público, sendo eles de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

A definição de saúde está ligada com outros conceitos tanto de ambiente onde se consideram as dimensões físicas, como os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, enfatizando dessa forma a necessidade de ambientes saudáveis (COHEN et al., 2007)

A construção de ambientes saudáveis deve ser conjunta com participação social e articulação intersetorial, objetivando conquistar o direito a saúde e a melhoria das condições de vida da população (PEDROSA, 2004).

Os estudos sobre a acessibilidade para pessoas com deficiência na área de saúde, no Brasil, ainda são restritos. Porém, são capazes de demonstrar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que esses indivíduos enfrentam decorrente das barreiras arquitetônicas e atitudinais (PAGLIUCA; ARAÚJO; ARAGÃO, 2006).

As barreiras arquitetônicas e atitudinais são representações de violência simbólica estabelecida quando se explana sobre pessoas com deficiência, isso ocorre em parte pela naturalização das ações tanto das instituições como dos atores sociais e, em parte, pelo não conhecimento da ordenação jurídica que ampara esses indivíduos (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

Respaldo nas considerações anteriormente apresentadas, pretende-se estudar as condições de acessibilidade de um Centro de atendimentos, tendo como fundamentos de análise as normas técnicas de edificações para saúde.

3 Método

A pesquisa apresentou aspectos no âmbito quantitativo e qualitativo e foi desenvolvido por meio de dois estudos. O primeiro, de caráter observacional e avaliativo, consistiu em avaliar as dependências do Centro de atendimento. O segundo, de caráter qualitativo, consistiu em saber como as pessoas que trabalham ou estagiam no Centro percebem esse ambiente.

O estudo contou com a análise: 1) das rotas pelas quais passam os usuários do Centro (AUDI; MANZINI, 2006); 2) do embarque e desembarque de pacientes; e, 3) por entrevistas semiestruturadas com os profissionais e estagiários para mapear os pontos de perigo e outras experiências relacionadas à acessibilidade.

As rotas de acessos foram identificadas *in loco*, visitando os espaços físicos do Centro. Neste trabalho, definiu-se a rota como sendo trajetos contínuos, desobstruídos e sinalizados, os quais propiciam o livre caminhar de todas as pessoas, no ambiente escolar ou de saúde (AUDI; MANZINI, 2006).

O estabelecimento das rotas tornou menos complexo designar os caminhos percorridos pelos usuários. Considera-se esse protocolo como o ideal para avaliar as condições de acessibilidade arquitetônica.

Dessa forma, foram estabelecidas 20 rotas, conforme o quadro a seguir:

Rota	Descrição
1	Sala de espera até a sala de serviço social
2	Sala de espera até a sala de atendimento em grupo – sala 10
3	Sala de espera até o banheiro adaptado masculino e feminino – salas 11 e 12.
4	Sala de espera até o sanitário masculino e feminino – salas 14 e 15.
5	Sala de espera até a sala de Fonoaudiologia – sala 17
6	Sala de espera até a sala de servidores técnicos administrativos – sala 23
7	Sala de espera até a Copa
8	Sala de espera até banheiro adaptado masculino e feminino - salas 25 e 26
9	Sala de espera até a sala de Reabilitação Cardiovascular e Respiratória – Sala 27
10	Sala de espera até a sala de Avaliação – Sala 30
11	Sala de espera até a sala de Hidroterapia Piscina – Sala 65
12	Sala de espera até a sala de Órtese – Sala 52
13	Sala de espera até banheiro masculino e feminino Salas- 44 e 46
14	Sala de espera até a Sala de AVD – Sala 51
15	Sala de espera até o banheiro feminino e masculino - Salas 91 e 90
16	Sala de Espera até a Sala de Atendimento - 88
17	Sala de espera até a sala de equipamento VRA – Sala 67
18	Sala de espera até a Sala Cabine Audiometria – Sala 69
19	Sala de espera até Laboratório de Investigação dos desvios de aprendizagens – Sala 102; Banheiro adaptado – Sala 107
20	Sala de espera até a sala Circulação – Sala 12

Quadro 1 – Rotas estabelecidas no Centro.

Todas as rotas foram mensuradas utilizando-se uma fita métrica e realizadas as anotações em um diário de campo.

Para a coleta dos dados qualitativos, foi elaborado de um roteiro para entrevista semiestruturada contendo 10 perguntas sobre os pontos de perigo existentes no Centro. O roteiro foi avaliado e aprovado por dois juízes externos. Após a aprovação e adequação foram entrevistadas nove pessoas. Utilizou-se como critério de inclusão que fossem funcionários ou estagiários do Centro, constituindo, dessa forma, uma amostra homogênea, sendo que todas possuíam experiência no ambiente em questão.

As características dos entrevistados estão descritas no Quadro 2.

Identificação	Tempo no Centro
Func1	2 anos e meio
Func2	4 anos e meio
Func3	5 anos
Func4	3 anos
Estag1	7 meses
Estag2	9 meses
Estag3	1 ano
Estag4	6 meses
Estag5	4 meses

Quadro 2 – Características dos entrevistados

Para o tratamento dos dados quantitativos, foram elaborados quadros com as medidas decorrentes da mensurada para cada um dos elementos encontrados nas rotas.

Para o tratamento dos dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo temática, na qual foram identificadas quatro categorias. A análise foi realizada pelos dois pesquisadores, que identificaram as categorias e discutiram os conteúdos e a seleção das falas.

4 Resultados e discussão

Nesta seção, serão apresentados, separadamente, os resultados dos dados quantitativos (análise das rotas e embarque e desembarque) e qualitativos (análise das percepções dos entrevistados sobre o Centro).

4.1 Rotas e embarque e desembarque do Centro

Como informado anteriormente, 20 rotas foram identificadas. O Quadro 3 apresenta o resultado da avaliação dessas rotas.

Rota	Descrição	Corredores: largura em metros	Comprimento dos corredores: maior que 11m	Comprimento dos corredores: menor que 11m
1	Sala de espera até a sala de serviço social	1,32*	X	
2	Sala de espera até a sala 10 – Atendimento em grupo.	1,35		X
3	Sala de espera até o banheiro adaptado masculino e feminino – salas 11 e 12.	1,27		X
4	Sala de espera até o sanitário masculino e feminino – salas 14 e 15.	1,30*	X	
5	Sala de espera até a sala de Fonoaudiologia – sala 17	1,30*	X	
6	Sala de espera até a sala de servidores técnicos administrativos – sala 23	1,45		X
7	Sala de espera até a Copa	1,75*	X	
8	Sala de espera até banheiro adaptado masculino e feminino salas 25 e 26	1,70		X
9	Sala de espera até a sala de Cinesioterapia (início do corredor) – Sala 29;	0,89*	X	
	(Sequência do corredor/corredor externo) Sala de Reabilitação Cardiovascular e Respiratória – Sala 27	2,27	X	
10	Sala de espera até a sala de Avaliação – Sala 30	1,48*	X	
11	Sala de espera até a sala de Hidroterapia Piscina – Sala 65 – Corredor externo	2,11	X	
12	Sala de espera até a sala de Órtese – Sala 52 – corredor externo	2,31	X	
13	Sala de espera até: Banheiro masculino – Sala 44 Feminino – Sala 46	1,18*	X	
		1,29		X
14	Sala de espera até a Sala de AVD – Sala 51 Corredores externos	2,38	X	
15	Sala de espera até a banheiro feminino e masculino – Salas 91 e 90.	1,32*		X
16	Sala de Espera até a Sala de Atendimento – Sala 88	1,20		X
17	Sala de espera até a Sala de equipamento VRA – Sala 67	1,35		X
18	Sala de espera até a Sala Cabine Audiometria – Sala 69	1,30		X
19	Sala de espera até Laboratório de Investigação dos desvios de aprendizagens – Salas 102 e 107 – Corredor externo	2,50	X	
20	Sala de espera até a sala Circulação – Sala 12	2,51	X	

Quadro 3 – Resultado da avaliação dessas rotas.

Nota: a norma determina que corredores inferiores a 11 metros devem possuir largura de, pelo menos, 1,20m e, os maiores, largura mínima de 2 metros.

Legenda: * corredores que estão fora do padrão da norma

Observando o Quadro 3, verificou-se, por um lado, que 8, das 20 rotas, estão fora das normas, que cita que os corredores destinados a circulação de pacientes ambulantes ou em cadeira de rodas, macas ou camas, devem possuir largura mínima de 2,0m, o que encontra-se em contradição com os critérios considerados adequados pela RDC nº 50. Por outro lado, a norma estipula que os corredores de tamanho inferior a 11m devem possuir largura de, pelo menos, 1,20m. Nessa situação, foram encontradas 12 rotas que estão adequadas ao padrão.

Observou-se, também, que nenhum corredor possui corrimão nas paredes laterais, conforme rege a norma RDC nº 50, que estabelece que corredores destinados a circulação de pacientes devem possuir corrimãos em, ao menos, uma de suas paredes laterais a uma altura de 80 a 92cm do piso, com finalização em curva.

Segundo a RDC nº 50, os acessos estão diretamente ligados com a circulação de seus usuários e de materiais. Nesse caso, deve ser considerada a funcionalidade dos acessos e não a quantidade dos mesmos, devendo haver uma restrição do número de acessos a fim de obter um maior controle da movimentação presente no estabelecimento assistencial de saúde – EAS.

Os acessos devem possibilitar que os usuários com deficiência possam adentrar o local sem ajuda de terceiros.

A área externa do Centro, de embarque e desembarque de pacientes em ambulâncias e/ou ônibus, apresentam a mesma porta de acesso à entrada que os demais usuários. Dessa forma, observa-se que a porta de entrada é acessível a todos os pedestres, mas não apresenta funcionalidade por dar acesso há veículos e pessoas pelo mesmo local. Quanto à área de ambulâncias, ela apresenta uma área que possibilita manobras facilitando para que os veículos encostem próximo ao estabelecimento, em contrapartida não há área de cobertura para que elas possam estacionar.

Segundo a legislação (BRASIL, 2011), a área de manobra das ambulâncias deve ser estendida de modo a possibilitar que elas encostem de ré, facilitando o desembarque dos pacientes. A área mínima que deve ser coberta é de 21,00m² (NBR N° 50).

Ao analisar-se a largura das rampas presentes no Centro, observou-se que as rampas possuíam larguras variáveis de 1,27 a 1,50m. Dessa forma, verifica-se que estão em desacordo com a RDC nº 50, que considera como largura mínima a rampa de 1,50m com patamares nivelados no início e no topo.

Segundo a NBR 9050 e a RDC nº 50 para rampas curvas, admite-se a inclinação máxima de 8,33% e raio mínimo de 3,0m medidos no perímetro interno a curva, sendo assim as três rampas presentes no Centro encontram-se em conformidade com as normas.

Ao analisar as portas que oferecem acesso aos usuários dos serviços prestados no estabelecimento observou-se que elas possuem largura ou vão-livre de 0,88 cm. Porém, as normas indicam que salas de exames ou terapias devem possuir dimensões mínimas de 1,20m x 2,10m o que não ocorre no Centro.

Em relação às portas de banheiros e sanitários, a RDC nº 50 preconiza que as portas devem abrir para fora do ambiente ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, com a finalidade de que possam ser abertas sem necessidade de empurrar o paciente que casualmente possa estar caído atrás da porta. Ao considerar as fechaduras, as portas precisam que elas sejam de fácil abertura em caso de emergência e a barra horizontal deve estar a 90cm do piso. As maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similares. Em relação as fechaduras e abertura da porta ambas encontraram-se dentro das normas, em contrapartida as barras horizontais presentes no interior do banheiro apresentam diferentes alturas variando entre 73 e 76cm estando, dessa forma, em desacordo com a RDC nº 50.

Ressalta-se que o conjunto de espaços observados não abrange, necessariamente, todos os ambientes internos do Centro, ou seja, não foram avaliadas as medidas das salas, mas os espaços de circulação coletivos que davam acesso as salas, importantes tanto do ponto de vista funcional quanto nos aspectos ambientais.

4.2 Percepções dos entrevistados sobre o Centro

Os dados das entrevistas foram classificados em cinco categorias: 1) Dificuldade dos usuários em relação ao uso das instalações do centro de atendimento; 2) Pontos de perigo no Centro; 3) Acidentes experienciados pelos entrevistados; 4) Orientação recebida em relação aos espaços perigosos; 5) Sugestões de mudanças para melhorar os pontos de perigo.

Em relação à Dificuldade dos usuários quanto ao uso das instalações do Centro de atendimento, os entrevistados indicaram:

Func1 (...) O ponto de ônibus é bem longe daqui, então eles acabam tendo que andar uma boa parte, mesmo aqueles também que vem de ônibus e não são cadeirantes.

Etag4 (...) em alguns lugares têm degraus pequenos e que eles não conseguem passar com a cadeira sozinhos e por isso eles precisam de ajuda do acompanhante ou que a gente vá buscá-los

Etag4(...) chegava paciente com a maca e eles não conseguiam entrar na sala de fisio mesmo ali, a gente já presenciou a dificuldade disso

Etag4(...) já chegamos a ver pacientes sendo atendidos na sala de espera por não conseguirem entrar com o paciente muitas vezes na maca. E eu acho que isso é muito constrangedor tanto para os alunos, tanto para o paciente.

Etag4(...) ele vinha com oxigênio do lado e ai na hora de vir dificultava e a gente também já presenciou uma maca que ela era um pouco mais larga que na hora de passar

na porta, que é bem estreita a porta, não dava pra passar (...) não tem nem um pouco de acessibilidade assim as salas pra entrar.

Func3: Algumas mães relatam os riscos das crianças em relação aos barrancos, aos buracos, as grades abertas e os espaços serem abertos não ter proteção nenhuma né? A criança pode correr pro estacionamento, pra onde ela quiser.

Func4: Que os corredores são sempre muito estreitos, que tem muita rampa. Em relação às instalações, como tem muita sala longe eles falam que às vezes não conseguem ir por dentro devido ao tamanho da cadeira de rodas, então eles têm que passar por trás e quando está chovendo eles acabam se molhando (...)

Func4: (...) Então não é fácil você sair manuseando uma cadeira de rodas por aí, você vai pelo corredor que primeiro você chega numa rampa você já não consegue mais empurrar porquê é uma rampa íngreme (...)

Estag2: Em relação às portas por serem muito estreitas às vezes pra passar com a cadeira de rodas, as valas, os buracos que tem quando termina às vezes um corredor que eles não fecharam, agora acho que até fecharam, mas antes não era fechado, e da chuva que como é aberto chove forte acaba molhando eles porque fica o chão escorregadio.

As falas dos entrevistados podem ser resumidas nas seguintes dificuldades: 1) ponto de ônibus longe do Centro; 2) degraus pequenos na entrada; 3) portas estreitas; 4) alguns corredores estreitos para passagem de maca ou cadeira de rodas; 5) barrancos, os buracos, as grades abertas; 6) rampa íngreme; 7) espaços abertos sem cobertura para proteção de chuva.

Os pontos de perigo no Centro percebidos pelos entrevistados foram:

Func1: (...) As valetas que não são todos os lugares que tem grades, só temos grades nos locais de passagem mesmo, mas nos corredores, ao lado dos corredores que a gente utiliza muito pra treino de marcha, pra fazer circuito, eles não tem grades (...)

Estag4(...) Na entrada do Centro mesmo tem um degrau pequeno que muitas vezes a cadeira ela não entra sozinha e pra sair da sala de espera pra vir pra cá (referindo-se as salas de atendimento) também tem esse degrau e eles também relatam que tem a rampa e que eles acham a rampa muito inclinada então se a cadeira não tiver boa né? Assim se o pneu não tiver muito cheio, na hora que eles vão descer, eles descem com tudo e acabam se machucando.

Estag4(...) Eu acho que essa rampa é meio complicada porque eles já relataram, a gente mesmo quando vai descer com eles se o paciente for um pouco pesado, a gente tem que ir em duas segurando (...)

Func3: Existe. Esses buracos, essas valas, valetas entre a grama e o cimento, esses espaços abertos tipo aqui no meio que tem só a grade. O espaço aberto pro estacionamento, pro campus, pra qualquer lugar que a criança pode correr, aquelas grades um pouco abertas de esgoto, o terreno do estacionamento que é irregular, se você pisar ali meio torto você pode torcer o pé. A própria grama né? Os “barranquinhos” ali acho perigoso.

Estag2: No corredor quando tem aquela vala, aquela parte mais alta, agora eu não sei se já fecharam todas, mas que tinha uns degraus gigantes.

Estag5: Assim, eu acho que as salas elas são um pouco pequenas no sentido de acessibilidade, eu acho que não são todas que são acessíveis. Em algumas delas a gente tem a cadeira com um espaço muito pequeno, por exemplo, as mesas que não tem um espaço correto pra que as cadeiras de rodas se encaixem (...) é mais a questão de

estar dentro da sala e se locomover dentro, até mesmo pelos móveis e pelos utensílios que tem dentro da sala, muitas salas são tão apertadas que uma cadeira de rodas tem dificuldade de girar.

Estag3: (...) As próprias rampas são rampas que muitos pacientes que tem dificuldade de locomoção eles podem escorregar em dias de chuva ou até mesmo a questão respiratória de subir as rampas, a longevidade das salas também no caso desses pacientes que eu atendo também interfere um pouco.

Os pontos de perigos sinalizados pelos entrevistados foram: 1) Valetas sem grades; 2) Degraus que dificultam a entrada com cadeira de rodas; 3) Rampas muito inclinadas; e, 4) Buraco.

Pode-se constatar que apenas um dos entrevistados citou que a chuva pode tornar o ambiente escorregadio, e, conseqüentemente, oferecer perigo.

É importante salientar que a definição de acessibilidade reafirma que o uso dos espaços deve garantir autonomia e segurança (BRASIL, 2004). Portanto, a eliminação de pontos de perigo torna-se uma modificação prioritária no Centro de Atendimento que foi avaliado.

Sobre os acidentes experienciados pelos entrevistados, apenas uma entrevistada relatou ter tido essa experiência:

Func1 (...) nós já tivemos alguns pequenos acidentes aqui de pacientes que acabaram tropeçando e caíram. (...) [da] rota vindo do ponto de ônibus até o Centro.

Apesar dos pontos de perigos indicados, felizmente, nenhum dos outros oito participantes experienciaram acidentes durante sua estada no Centro.

Em relação à orientação recebida em quanto aos espaços perigosos, todos os entrevistados relaram que não houve nenhuma informação ou orientação por parte do Centro de Atendimento. Assim como foi relatado por uma das entrevistadas a seguir:

Func4: Acho que ninguém recebeu orientação nenhuma, nem nós nem os usuários do Centro, ninguém falou nada, ninguém fala nada, fica uma coisa meio interna, mas um acaba comentando com o outro e a gente escuta bastante coisa, mas em relação a alguma orientação formal assim de chefia, nada.

A fala anterior é revestida de uma mensagem subliminar: sabe-se dos perigos eminentes, mas consente-se em assumir as possíveis responsabilidades de acidentes.

Quase todos os participantes (oito) sugeriram mudanças para melhorar os pontos de perigo do Centro:

Func1 (...) a colocação das grades em todas essas valetas inteirinhas.

Func1 (...) A colocação de toldos principalmente nessa parte externa que é onde a gente pega chuva (...)

Func2: Eu acredito que as próprias valetas se forem cobertas, se fizer a proteção contra a chuva adequada porque mesmo com essa proteção aí molha bastante né? Os toldos. Acho que tem que ser um pouco mais pensado em vista as limitações dos pacientes.

Estag4: Eu acho que esses degraus que eu falei não poderiam existir que é algo que dificulta muito mesmo.

Func3: Bom, talvez acabar com esses espaços aqui abertos, esses jardins aqui do meio, essa falta de grades, o desnível, fechar com muros. Já que a clínica não foi feita adequada né? Porque ela é toda inadequada no meu ponto de vista em termos de acessibilidade e segurança ela é toda inadequada, teria muita coisa pra fazer, bastante.

Func4: (...) Acho que primeiro teria que ter algumas placas que identifiquem o Centro porque como essa entrada aqui ela não está aberta, muita gente vem ali por essa entrada e já começa ali, não tem uma placa de identificação, nada então eu já ouvi falar de gente que veio e foi embora porque não sabe que precisa entrar pelo campus e descer até aqui, aí a hora que entra aqui, pra começar não tem uma cobertura, aí molha os pacientes quando chegam de ambulância, ou chegam de carro quando ta chovendo, que é um problema, aí entra aqui na instituição pra ir de um setor ao outro, você acha que o paciente não vai se molhar, ele acaba se molhando, então daria pra aumentar ali. Agora que eles colocaram esses toldos, mas mesmo assim é insuficiente e os corredores externos tanto da fisio e T.O quanto da fono, todos eles além de serem muito estreitos, chovem porque a cobertura é muito pequena né? A cobertura é insuficiente e os corredores são muito estreitos, quanto a isso eu não sei o que poderia ser feito, acho que nada, porque todas as instalações já foram feitas (...).

As sugestões oferecidas pelos entrevistados vão ao encontro com a necessidade de eliminar os pontos de perigos: 1) colocação das grades em todas essas valetas; 2) instalação de toldos na entrada e corredores externos do Centro; 3) melhorar a sinalização externa e interna; 4) eliminação de degraus; e, 5) eliminação de desníveis do estacionamento.

5 Conclusões

A atual pesquisa teve como objetivos identificar e avaliar as condições de acessibilidade, assim como os pontos de perigo presentes no Centro de atendimentos. Constata-se dessa forma, após a avaliação das rotas de acesso, que a existência de leis vigentes específicas para estabelecimentos de saúde não foram suficientes para que a construção do novo Centro garantisse um espaço acessível aos seus funcionários e usuários. Após entrevistar estagiários e funcionários, os relatos endossaram a não acessibilidade verificada anteriormente nas rotas, tornando evidente que as dificuldades de acesso, bem como os pontos de perigo relatados são evidentes e presentes no dia a dia de todos que necessitam do Centro.

Vale ressaltar que as inadequações das construções e a não preocupação em cumprir as leis de acessibilidade não se configuram um caso isolado na sociedade, mas sim um problema de vasta amplitude que deve ser devidamente enfrentado pelos órgãos públicos e seus respectivos gestores, regularizando e projetando ambientes que propiciem segurança e autonomia aos seus usuários.

Destaca-se, por fim, que a literatura, em sua maioria, avalia ambientes educacionais, necessitando de novas pesquisas que avaliem a acessibilidade em estabelecimentos de saúde, visto sua importância, e que a literatura nesse aspecto encontra-se restrita.

Referências

ACETI, D.C.S. O amparo legal aos portadores de necessidades especiais. *Anuário de Produção Acadêmica Docente - ANUDO*, v.1, n.1, p.207-214, 2007. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/issue/view/35/showToc>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Normas Técnicas. *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2015. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

AUDI, E.M.M.; MANZINI, E.J. *Protocolo para avaliação de acessibilidade em escolas do ensino fundamental: um guia para gestores e educadores*. Marília: ABPEE, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília, DF: Série: Saúde e Tecnologia, p. 6, 1994. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração das Pessoas Portadora de Deficiência. *Acessibilidade – Legislação Federal*. 264f. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. *Decreto Nº 5.296*, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5296.htm>. Acesso em: 8 fev. 2017.

BRASIL. *RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016

COHEN, S.C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.191-198, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100022>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DUARTE, C.R.de S.; COHEN, R. Proposta de metodologia de avaliação da acessibilidade aos espaços de ensino fundamental. In: NUTAU: Demandas Sociais, Inovações Tecnológicas e a Cidade, São Paulo, 2006. *Anais...* São Paulo:USP, 2006.

MANZINI, E.J. Considerações teóricas sobre acessibilidade: da definição às concepções atuais. In: MANZINI, E.J.; CORRÊA, P.M. *Avaliação de acessibilidade na educação infantil e no ensino superior*. Marília, ABPEE; São Carlos: Marquezine & Manzini, 2014. p.17-28.

NICOLETTI, T.F. *Checklist para bibliotecas: um instrumento de acessibilidade para todos*. 2010, 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) - Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28114>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

PAGLIUCA, L.M.F; ARAÚJO, T.L.; ARAGÃO, A.E.A. Pessoa com amputação e acesso ao serviço de saúde: cuidado de enfermagem fundamentado em Roy. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v14, n.1, 2006, p.100-106. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PAGLIUCA, L.M.F, ARAGÃO, A.E.A, ALMEIDA, P.C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.41, n.4, p.581-588, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400007> Acesso em: 12 jan. 2017.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v.9, n.3, p.617-626, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ROY, C. Acessibilidade. In: AMBROSI, A.; PEUGEOT, V.; PIMIENTA, D. *Desafios de palavras: enfoques multiculturais sobre as sociedades da informação*, 2005. Disponível em: <<http://vecam.org/article612.html>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

Notas sobre os autores

Gabriela Perardt é fisioterapeuta, cursou o aprimoramento profissional e a especialização Reabilitação e Tecnologia na Unesp, Marília, SP, Brasil. gabi_perardt@hotmail.com

Eduardo José Manzini é docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unesp, Marília, SP, Brasil. manzini@marilia.unesp.br

Recebido em: 19/06/2018

Reformulado em: 29/06/2018

Aceito em: 30/06/2018