

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, EQUIPAMENTOS E ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EM HOSPITAIS: ADEQUAÇÕES AOS DEFICIENTES FÍSICOS¹

SANITARY INSTALLATIONS, EQUIPMENT AND CIRCULATION AREAS IN HOSPITALS: ADAPTATIONS FOR THE PHYSICALLY DISABLED PEOPLE

INSTALACIONES SANITARIAS, EQUIPOS Y ÁREAS DE CIRCULACIÓN EN HOSPITALES: ADECUACIONES A LOS DISCAPACITADOS

ANTONIA ELIANA DE ARAÚJO ARAGÃO²

LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA³

KÁTIA NÉYLA DE FREITAS MACÊDO⁴

PAULO CÉSAR DE ALMEIDA⁵

Estudo descritivo que objetiva verificar se os hospitais de Sobral, Ceará, apresentam condições adequadas de instalações sanitárias, espaços em auditórios, elevadores, rotas de fuga e estacionamentos que atendam às necessidades do portador de deficiência física, apoiado na NBR 9050 da ABNT com instrumento tipo cheque-lista. Dados coletados em maio de 2004. A amostra foi constituída pelos quatro hospitais existentes. Dois hospitais possuem instalações sanitárias, compostas por aparelho sanitário e lavabo adaptado. Em nenhum há vestiários e banheiros acessíveis. Inexistem elevadores, rotas de fuga e estacionamento demarcados e sinalização de acessibilidade. Evidencia-se a necessidade de cumprir os padrões legais em busca da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência física.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas portadoras de deficiência; Acesso aos Serviços de Saúde; Estruturas de acesso; Defesa das pessoas com deficiência.

This descriptive study aimed to verify if the hospitals located in Sobral-CE, Brazil present adequate sanitary installations, spaces in lecture halls, elevators, escape routes and parking places for people with physical impairments. It was based on NBR 9050 by the ABNT with a checklist instrument. The data was collected in May 2004. The sample consisted of the four existing hospitals. Two hospitals have sanitary installations with adapted sanitary apparatus and sink. None of them contain accessible dressing rooms or toilets. There are neither elevators, escaping routes, reserved parking spaced, nor accessibility signs. Thus, the need is evidenced to comply with legal standards in order to achieve accessibility for people with physical impairments.

KEYWORDS: Disabled persons; Health Services Accessibility; Architectural Accessibility; Handicapped advocacy.

Estudio descriptivo cuya meta es verificar si los hospitales de la ciudad de Sobral / Ceará, tienen instalaciones sanitarias adecuadas, espacios en auditorios, ascensores, salidas de emergencia y aparcamientos que obedezcan las necesidades de personas portadoras de deficiencia física. Con base en la NBR 9050 de la ABNT con instrumento tipo chequeo de lista. Datos recogidos en mayo de 2004. La muestra abarcó los cuatro hospitales existentes. Dos hospitales poseen instalaciones sanitarias, con artefacto sanitario y lavabo adaptados. Ninguno de ellos tiene vestuarios y baños accesibles. No existen ni ascensores, ni salidas de emergencia, ni aparcamiento demarcado y tampoco hay señalización de acceso. Queda así evidente la necesidad de que se cumplan las normas legales que permitirán el acceso de las personas portadoras de deficiencia física.

PALABRAS CLAVE: Personas con discapacidad; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Estructuras de Acceso; Defensa de los minusválidos.

¹ Extraído da dissertação “Acessibilidade da Pessoa Portadora de Deficiência Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e de comunicação”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC em 2004. Projeto financiado pelo Ministério da Saúde/FUNCAP.

² Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto Acessibilidade da Pessoa Portadora de Deficiência Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. Pesquisadora do CNPq. Av. Trajano de Medeiros, 2840 – Dunas – CEP: 60180-660, Fortaleza-CE. E-mail: pagliuca@ufc.br

⁴ Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da UFC. Bolsista CAPES. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br

⁵ Estatístico. Doutor Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: pc_almeida@zipmail.com.br

INTRODUÇÃO

As pessoas possuem características e comportamentos individualizados. Por razões diversas podem apresentar diferenças tão acentuadas que venham a prejudicá-las em sua mobilidade física. Tais diferenças dificultam o acesso a locais essenciais para a resolução de seus problemas. Essa situação mostra-se contrária às das pessoas 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 normalidade¹. Na sociedade capitalista, parece haver dificuldade em se compreender as diferenças e o reconhecimento destas pessoas como seres contributivos para a sociedade.

Neste sentido, conforme se percebe, as instituições e os profissionais parecem ainda não estarem preparados para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência física. Isso pode ocorrer por vários motivos. Entre estes, questões estruturais das instituições e desconhecimento ou ausência de compromisso com a promoção da saúde no intuito de promover qualidade de vida, a qual envolve o contexto social, econômico, cultural, assim como o acesso a tudo aquilo que é importante para a vida^{2,3}.

Desta forma, perpassam pela saúde as possibilidades e limitações dessas pessoas, tanto individuais como coletivas, com vistas a satisfazer as necessidades como, por exemplo, de moradia, trabalho, renda, educação, lazer, alimentação, eliminação, participação, acessibilidade aos locais públicos e privados. Enfim, é indispensável que todos exerçam o direito de ir e vir garantido pela Constituição.

Neste contexto, compreende-se qualidade de vida como uma nova proposta a partir das discussões mundiais promovidas por meio das conferências internacionais, quando se iniciaram novas discussões inerentes à saúde. A partir de então, saúde é vista não mais como uma proposta biomédica, porém em outra dimensão: a de proporcionar qualidade de vida, não apenas para atender às necessidades básicas do ser humano, mas também no sentido de minimizar as diferenças em relação àquilo que ainda não é aceito ou compreendido, como, por exemplo, os portadores de deficiência.

Diante desta situação, a diferença sugere um tratamento diferenciado, conforme a necessidade de cada indi-

víduo⁴. Uma das iniciativas nesse caso deve ser o planejamento para acompanhamento das pessoas com deficiência por meio de estruturas físicas e sociais bem organizadas. As estruturas organizacionais podem causar impactos diretos e indiretos na saúde das pessoas⁵.

Para superar estas dificuldades uma das recomendações é focar a pessoa e não a deficiência. Muitas deficiências podem ser construídas socialmente, pois não é a incapacidade de “andar” ou de “sentar-se” que impede uma pessoa de entrar em um edifício, por exemplo. O motivo deste impedimento é a falta de condições acessíveis às pessoas com deficiência, tal como a inexistência de elevadores e de rampas⁶.

Perceber a necessidade de propiciar melhores condições requer desenvolver a sensibilidade, reconhecer que a deficiência vai além do que está implícito ou visível. Toda pessoa deficiente é portadora de determinada limitação física. Além disso, de modo geral, ela se encontra fragilizada em face das condições e situações da vida diária por falta de conhecimento de seus direitos. Outra dificuldade do portador de deficiência é a discriminação, muitas vezes iniciada dentro de casa, por meio de medidas protecionistas⁷.

Já é conhecida a dificuldade em lidar com pessoas deficientes; a própria forma de abordar o assunto é incômoda. Por isso, deve-se buscar a compreensão do outro em toda sua dimensão para poder ajudá-lo. É preciso lutar para obter reconhecimento social e vencer o medo do futuro, conquistar direitos garantidos legalmente, como a acessibilidade a instalações sanitárias, a auditórios e estacionamentos⁸.

Para ocorrer o processo de inclusão a pessoa deve ser estimulada, incentivada, sobretudo por meio da educação em saúde, para despertar-lhe o desejo de participação efetiva, envolvimento, compromisso social e consigo mesma. As pessoas devem compreender que o processo de educação e saúde visando obter qualidade de vida implica mudanças de posturas e construção de novas atitudes.

Esse processo está diretamente relacionado à promoção da saúde. Significa uma parceria para a busca da qualidade de vida. Segundo a carta de Ottawa, promoção da saúde representa o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde. Desta forma, saúde é compreendida como maior recurso para o desenvolvimento social, econômico, pessoal e da

cidadania. Representa uma dimensão importante para a qualidade de vida⁹.

Com esta finalidade são imprescindíveis estruturas ambientais planejadas, favoráveis à acessibilidade das pessoas com deficiência. São indispensáveis, também, discussões e reflexões acerca da temática, com vistas ao exercício de cidadania dessas pessoas.

Os autores deste estudo participaram do desenvolvimento do 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*, com o objetivo de mapear as condições arquitetônicas de acesso às unidades básicas de saúde e aos hospitais das cidades de Fortaleza e Sobral. Quanto ao estudo das dificuldades de comunicação, estava adstrito aos portadores de limitação sensorial, deficiência auditiva e visual. Isso despertou interesse pela temática no sentido de apontar caminhos que conduzam ao conhecimento das pessoas com deficiência física e da sociedade sobre os direitos garantidos pela legislação. Este relatório apresenta os resultados do estudo nos hospitais de Sobral.

Poderá contribuir para a reflexão dos gestores dos setores públicos e privados, dos profissionais e estudantes de saúde e de áreas afins, da sociedade em geral e das pessoas com deficiência na busca da transformação desta realidade; na arquitetura, despertando nos poderes públicos e gestores de hospitais e serviços a necessidade de inclusão das pessoas portadoras de deficiência, com a adoção de medidas de acessibilidade aos equipamentos de instalações sanitárias, assim como, vestiários, elevadores e lugares em auditórios¹⁰

Ancora-se na NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas e na Lei 7.853, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, institui a tutela jurisdicional dos interesses coletivos ou difusos das pessoas portadoras de deficiência física, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências¹¹. A Constituição do Ceará determina que, cabe ao Estado montar, em toda sua rede hospitalar e ambulatorial, leitos, espaços e equipamentos para atendimento gratuito às pessoas portadoras de deficiência¹².

Diante do exposto o estudo tem como objetivo verificar se os hospitais apresentam condições adequadas de

instalações sanitárias, espaços em auditórios, elevadores, rotas de fuga e estacionamento que atendam às necessidades do portador de deficiência física.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo modalidade que observa, descreve e documenta os aspectos de uma dada realidade¹³. Os dados do presente relatório foram colhidos nos quatro hospitais de Sobral, conjunto deste tipo de instituição de saúde na cidade, sendo esta situada na região Norte do Estado do Ceará, referência no setor saúde para a região¹⁴, distante 240 km de Fortaleza. A cidade possui a quinta maior população do Estado, localizada no sertão, caracteriza-se por ter clima quente, e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km².

Os hospitais foram identificados por números de 1 a 4, preservando-se o anonimato. Para responder ao objetivo do estudo utilizou-se um instrumento tipo cheque - lista no qual constava espaço para registro sobre as instalações observando a NBR 9050. Para as instalações sanitárias foram anotadas a sua presença, as áreas de manobra, de transferência e de aproximação da bacia sanitária; a existência e características de lavatório, mictório e chuveiros. As salas e auditórios foram analisadas quanto a espaço e assentos disponíveis a estas pessoas. Buscaram-se elevadores, rotas de fuga, estacionamentos demarcados e sinalização com o Símbolo Internacional de Acesso. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2004, por uma das pesquisadoras, depois de treinamento¹⁵.

A investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade¹¹. Após ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, o projeto foi aprovado sob o protocolo 124/02 de julho de 2002. Os dirigentes que concordaram em participar do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

No campo de pesquisa, solicitou-se autorização por escrito ao Presidente da Comissão Científica responsável por dois hospitais e aos diretores administrativos dos outros dois. Os dados foram apresentados em forma de tabe-

las, e discutidos à luz da literatura que tem abordado a acessibilidade física, sendo esta apoiada na Norma técnica da ABNT que conduz ao desenho acessível. Por entender que a própria acessibilidade perpassa por questões sociais, entre elas a escolarização, o acolhimento, o cuidado e situações específicas de saúde doença, também esta abordagem foi contemplada na análise dos dados.

RESULTADOS

O estudo possibilitou verificar a existência de instalações sanitárias, elevadores, portas de entrada, de saída e rotas de fuga, estacionamentos e espaços em auditórios para pessoas portadoras de deficiência, conforme mostram as discussões e resultados.

TABELA 1 – EXISTÊNCIA DE INSTALAÇÕES SANITÁRIAS NOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Existem instalações sanitárias adequadas para deficientes físicos	2	2
Localizam-se próximas da circulação principal do prédio	1	3
Estão devidamente sinalizadas	1	3
Existem sanitários para ambos os sexos	2	2

Como mostra a tabela 1, em dois hospitais existem instalações sanitárias destinadas às pessoas com deficiência física para ambos os sexos, mas em apenas um os sanitários se localizam próximos da circulação principal do prédio e estão devidamente sinalizados com o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência.

TABELA 2 – EXISTÊNCIA DE ÁREA DE MANOBRA E DE TRANSFERÊNCIA DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
1,20m para circulação em linha reta	2	2
1,20m por 1,20m para rotação de 90°	2	2
1,50m por 1,20m para rotação de 180°	2	2
1,50m por 1,50m para rotação de 360°	2	2
Espaço para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas	2	2

Ao se observar a tabela 2, evidencia-se que em dois hospitais a área de manobra das instalações sanitárias pos-

sui 1,20m para circulação em linha reta, 1,20m para rotação de 90° e 1,50m por 1,20m para rotação de 180°. Além disso, a área para rotação é de 360° e a área de transferência possui os espaços livres equivalentes a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças sanitárias para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas. Estas medidas atendem às exigências da ABNT 2003.

TABELA 3 – EXISTÊNCIA DE ÁREA DE APROXIMAÇÃO DA BACIA NAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DOS HOSPITAIS DE SOBRAL-CE, MAIO DE 2004

SITUAÇÃO	EXISTÊNCIA	
	SIM	NÃO
Espaços livres que não precisam de transposição	2	2
Apoio e auxílio de transferência da cadeira para a bacia sanitária	-	4
Barras horizontais têm comprimento mínimo de 0,90m	-	4
Barras horizontais estão a uma altura de 0,76m do piso	-	4
Bacia sanitária a 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia	2	2
Papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia	2	2
Válvula de descarga a uma altura máxima de 1m do piso	2	2
Válvula de descarga funciona com leve pressão	2	2

Como exposto na tabela 3, 50% dos hospitais apresentam os seguintes dados: espaço livre junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição; bacia sanitária à altura de 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia; papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia; válvulas de descarga a uma altura máxima de 1m do piso e funcionando com leve pressão. Constata-se, no entanto, em todos os hospitais a ausência de barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para as bacias sanitárias, conforme determina a ABNT 2003.

DISCUSSÃO

De acordo com a legislação, as instalações sanitárias devem localizar-se próximas da área de maior circulação do prédio, e estar disponíveis para ambos os sexos com espaço 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°. Deve haver espaço livre tanto para transposição de pessoas usuárias de cadeiras de rodas ou cadeirantes, como

junto às peças sanitárias e aos acessórios que não precisam de transposição. Deve haver, também, barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária com comprimento mínimo de 0,90m, a uma altura de 0,76m do piso. A bacia sanitária deve estar a 0,46m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia, e a papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal da bacia. Além disso, a válvula de descarga deve estar a uma altura máxima de 1m do piso e funcionar com leve pressão.

Ainda como exigido, o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência deve encontrar-se nas portas das instalações sanitárias, de entradas e saídas, rotas de fuga, elevadores de segurança ou outros dispositivos onde houver diferença de nível entre pavimentos, e de saídas de emergência. Preconizam-se, também, espaços em auditórios. Dos sanitários de uso público deve ser destinado o mínimo de 5% do total de cada peça para pessoas deficientes, pelo menos uma peça de cada um. Quando houver instalações masculinas e femininas, o cálculo deve ser considerado separadamente¹⁶.

De acordo com a tabela 1, dois hospitais possuem instalações sanitárias destinadas às pessoas com deficiência física para ambos os sexos. Apenas no hospital número 2 os sanitários estão próximos à maior área de circulação, devidamente sinalizados. O hospital número 1 dispõe de instalações sanitárias somente nas proximidades das salas de hemodiálise, para ambos os sexos. Entretanto essas instalações não possuem o Símbolo Internacional de Acesso das pessoas portadoras de deficiência e se localizam distante da maior área de circulação.

Para proporcionar melhores condições de acesso do ponto de vista estrutural e organizacional, o planejamento é essencial. Neste sentido, o movimento de inclusão obteve novo ímpeto a partir da década de 1990, quando se criou a organização internacional, a Schools Are for Everyone, objetivando promover a inclusão em escala mundial e a vinculação da educação inclusiva com um movimento de reforma geral da educação¹⁷.

Acredita-se que o movimento da inclusão veio proporcionar aos excluídos a possibilidade de minimizar as diferenças, por meio da integração social, 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 sobre esta situação, pois esse movimento 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.

Ao se observar a tabela 2, percebe-se que dois hospitais atendem às normas técnicas preconizadas pela ABNT no relacionado às áreas de manobra e de transferência das instalações sanitárias. A legislação determina padrões que atendam às necessidades humanas básicas. Isso parece contraditório diante de uma sociedade na qual a inclusão e a prática discursiva relativas às pessoas com deficiência 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 pessoa portadora de deficiência muito mais que a área hospitalar. A legislação dispõe ainda sobre o direito de acesso a bens e serviços públicos e assegura o acesso adequado aos prédios, vias públicas, logradouros e serviços públicos. Também institui a semana das pessoas portadoras de deficiência física, em todas as unidades escolares do Estado de São Paulo, a ser cumprida a cada dois anos, sempre no dia 21 de setembro¹⁸.

Pela tabela 3, segundo se percebe, os padrões da área de aproximação foram contemplados parcialmente. Inexiste instalação de barras horizontais nas paredes laterais e de fundo junto à bacia sanitária nos dois hospitais que possuem sanitários para pessoas portadoras de deficiência.

Conforme identificado, os hospitais, campo de pesquisa deste estudo, ainda não dispõem de vestiários, lavatórios, mictórios, elevadores, sinalização de espaços, assentos em auditórios, portas de entrada e de saída, rotas de fuga e estacionamentos para pessoas portadoras de deficiência. Contudo, estas condições são de fundamental importância em virtude de possibilitarem às pessoas diferentes ter acesso e direitos iguais no atendimento de suas necessidades, na acessibilidade e na participação. Por isso é indispensável aos gestores de instituições, profissionais de saúde e outros segmentos da sociedade conhecer os padrões preconizados pela legislação.

Ainda de acordo com o preconizado, 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. 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 uma altura de 0,70m do piso e comprimento de 0,80. As válvulas de descarga devem estar a uma altura máxima de 1,00m do piso e ser acionadas com leve pressão, preferencialmente por alavanca.

Nenhuma dessas exigências foi contemplada nos hospitais pesquisados. Outras exigências são as seguintes: 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 1,00m do piso; espelho com borda inferior a 0,90m do piso, quando plano, e a uma altura de 1,10m, quando inclinado; área de transferência e barras firmemente instaladas. Os boxes para chuveiros devem ter desnível máximo de 1,5cm 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. 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. Quanto à 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 0,70m¹⁶.

Como recomendado, a instalação de espelho na parede de fundo do elevador facilita a visualização dos comandos quando não há espaço para movimentação. Os equipamentos eletromecânicos de circulação, como, por exemplo, os elevadores, devem ser usados com segurança pelas pessoas portadoras de deficiência física 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 1,35m¹⁶.

Apesar do preconizado, nos hospitais em estudo inexistem lavatórios sem coluna, torneiras de monocomando, elevadores, portas de entrada e saída nas rotas de fuga, espaços/ assentos em salas e auditórios e estacionamento para pessoas com deficiência. Também inexistem o Símbolo Internacional de Acesso nas portas de entrada e saída, nas rotas de fuga, nos elevadores e instalações sanitárias, o qual 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 toda edificação, independente de altura, dimensão ou outras características de construção; tanto para as novas edificações como para as adaptações das já existentes, 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 pavimentos¹⁶.

Estes equipamentos, símbolos e espaços são importantes no acesso das pessoas que apresentam dificuldades de locomoção. A exclusão, objeto de debates político e social, é considerada fenômeno social, econômico e

institucional, de forma que as desigualdades sociais, econômicas e políticas na sociedade brasileira tornam-se incompatíveis com a democratização¹⁹.

Ainda de acordo com o preconizado, a localização dos espaços e dos assentos em salas e auditórios deve ser acessível para pessoas portadoras de deficiência física, 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. Devem localizar-se nas imediações das circulações de emergência¹⁶. Conforme a legislação, os locais de reunião devem ser acessíveis às pessoas portadoras de deficiências em geral, tanto aos usuários, visitantes, como aos funcionários. Apesar de a legislação enfatizar os direitos destas pessoas, na prática eles não são exercitados ou vivenciados integralmente.

Por trás dos sistemas político e econômico e também dos movimentos dos seres humanos, individuais ou coletivos, sempre são encontrados valores que influenciam os comportamentos e estes podem ser decisivos em relação aos direitos dos portadores de deficiência²⁰. De modo geral os auditórios estão longe de proporcionar o acesso a esse grupo social. Dos 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 batentes que não chegam a ser escadas; em um dos hospitais inexistem locais para reunião, estas ocorrem em outros espaços, e, conforme o número de participantes, até fora do prédio. Nos espaços ora analisados, as cadeiras são móveis, do tipo escolar, e não há espaço predeterminado para cadeira de roda ou pessoa utilizando muletas. Entretanto podem ser adaptados quando ocorre a participação dessas pessoas.

Com esta finalidade, são estabelecidas normas gerais que asseguram o exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e sua efetiva integração social, considerando-se os valores básicos da igualdade de tratamento e de oportunidade da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana e do bem-estar¹¹.

Para legitimar o direito de cidadania, é indispensável tratamento direcionado às necessidades individuais e coletivas das pessoas portadoras de deficiência física e das

pessoas em geral. Deve haver maior empenho dos profissionais de saúde com vistas a somar esforços para a construção de novas práticas hospitalares, pautadas em autênticas relações, priorizando a individualidade do ser humano e suas singularidades²¹.

De modo geral, as edificações, os serviços, os profissionais e as organizações são excludentes, sobretudo por não cumprirem a legislação. Nos serviços de saúde, pouco é construído especificamente para as pessoas com deficiência. Para evitar esta situação, é necessário haver entendimento sobre essas pessoas, com o objetivo de encontrar o caminho de uma resposta aceitável para muitos problemas²².

Esta reflexão sugere mudanças de comportamento e de cultura na perspectiva de respeitar os limites de cada ser humano, pois tudo o que somos retrata a cultura do nosso grupo social. Mas mudança de comportamento requer mudança de crenças e de valores que elevem e promovam o ser humano e, ao mesmo tempo, possibilitem oportunidades iguais²³. Neste sentido, compreende-se que todo ser humano deve buscar as condições ideais para melhor qualidade de vida, de forma a atender às suas necessidades básicas. Para isso é imprescindível apoio político, social, cultural e econômico.

Atualmente, graças à legislação específica, as pessoas portadoras de deficiência são motivadas a buscarem benefícios por meio da participação social que conduz ao empoderamento. O empoderamento se insere no campo de promoção da saúde como uma estratégia de ganho da saúde²⁴. Para o alcance do empoderamento é urgente compreender melhor os deficientes e agregar-se à causa deles, contribuindo para a superação das barreiras existentes para acessibilidade ao serviço hospitalar¹⁰.

Neste intuito, é indispensável a participação dos próprios deficientes em busca de soluções associada à contribuição de pessoas sensíveis que compreendam a importância de eliminar as barreiras arquitetônicas que comprometem o acesso dos portadores de deficiência como parte de um processo a se completar com mudanças atitudinais da sociedade²⁵.

De alguma forma, ainda se percebem sinais de preconceito com os excluídos. Entre estes estão os deficientes. Portanto, para vencer o preconceito é preciso superá-lo por meio da igualdade social, buscando a realização comum a todas as pessoas²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que ainda existe muito a ser transformado nos hospitais em busca da acessibilidade da pessoa portadora de deficiência. Dos quatro hospitais em estudo apenas dois possuem instalações sanitárias que atendem em parte às normas estabelecidas pela legislação. Destes, apenas um se localiza próximo da área de principal circulação do prédio e está devidamente sinalizado. Em nenhum dos hospitais as condições para transferência e mobilidade da cadeira para a bacia sanitária foram respeitadas, bem como o posicionamento da papeleira e a válvula de descarga.

Também se considera um fator preocupante para a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência a inexistência de espaços como, por exemplo, reserva em locais e auditórios devidamente sinalizados, elevadores, estações e rotas de fuga e dos componentes de instalações sanitárias preconizados pela legislação de modo a viabilizar a acessibilidade das pessoas aos hospitais, assim como a possibilidade de atendê-los em suas necessidades básicas.

Segundo se conclui, 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 de saúde, os quais são co-responsáveis na garantia do exercício da cidadania desta população.

Vale registrar que dirigentes dos hospitais foram informados sobre as irregularidades constatadas; os resultados da avaliação foram apresentados em reunião específica da Câmara Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde também recebeu relatório conclusivo.

Entende-se que a divulgação de resultados de pesquisa desta ordem contribui para que o poder público, a iniciativa privada e cada pessoa no exercício da cidadania sejam sensibilizados a observar e cumprir o que já está assegurado na lei para garantir a acessibilidade física de todas as pessoas a todos os ambientes.

Sem a pretensão de se traçar generalizações, a possibilidade de se encontrar situações próximas às descritas neste estudo é alta, haja vista que a rede hospitalar do país é antiga e sua arquitetura não foi planejada na concepção do desenho universal. Portanto, cabe chamar a atenção em relação ao assunto a fim de ampliar seu círculo de contágio e favorecer a adoção de medidas para sua solução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. França IXS, Pagliuca LME. Ditos e não ditos sobre a integração social das pessoas com deficiência. *Rev. RENE*, 2002; 3(1): 61-2.
2. Adriano JR, Wernec GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria para a qualidade de vida? *Cienc Saúde Coletiva*, 2000; 5(1): 53-62
3. Tronchin DM, Felli VEA. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurgant P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Vasconcelos LR. *Acessibilidade dos portadores de deficiência física: obstáculos no percurso casa/unidade básica de saúde em Sobral*. [monografia]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.
5. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a Nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion*. Sidney: University of Sidney; 1998.
6. *Bowe F. Franquia handicapping América: barreiras aos povos, a Harper & Fileira disabled* [online] 1978 [Acesso 2006 nov 12]. Disponível em: http://64.233.179.104/translate_c?hl=ptBR&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Disab.
7. Cohen R. *Estratégias para a promoção dos direitos das pessoas portadoras de deficiência*. [online]. [Acesso 2006 nov 25]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/def/artigo37.htm>.
8. França ISX. *Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais*. [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.
9. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde*. Brasília; 2000. (Série B. Textos Básicos).
10. Aragão AEA. *Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas*. [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

11. Ministério da Justiça(BR). Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde. [Acesso 2004 jan 15]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/lei7853.asp>.
12. Ceará. Constituição (1989). Constituição do Estado do Ceará. Assembléia Legislativa [Acesso 2004 out 13]. Disponível em: www.pgi.ce.gov.br/legislação/ce.htm.
13. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
14. Dias MSA. Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica. Fortaleza: Edições UFC/UVA; 2004.
15. Pagliuca LMF, França ISX, Moura ERF, Caetano JAC, Macedo KNE, Vasconcelos LR et al. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. Relatório de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2004.
16. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050/85: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. [online] [Acesso 2003 ago 12]. Disponível em: <http://www.aibr.com/det/sadet/acesso.htm>.
17. Silva EJC, Llerena Junior JC, Cardoso MHC. Aspectos históricos do atendimento ao deficiente: da segregação à educação inclusiva. Temas Desenvolv, 2002; 11(63): 5-13.
18. São Paulo. Decreto Estadual n° 33.824, de 21 de setembro de 1991. Dispõe sobre adequações de próprios estaduais à utilização de portadores de deficiências e dá outras providências [online]. [Acesso 2004 jan 15]. Disponível em: <http://www.deficienteeficiente.com.br/leis33824.html>.
19. Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicológica e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 1999.
20. Zauhy C, Mariotti H. Acolhimento: o pensamento, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
21. Rodrigues AS, Jorge MSB, Morais APP. Eu e meu filho hospitalizado: Concepção das mães. Rev. RENE, 2005; 6(3): 87-94.
22. Palácios MMA, Pegoraro OA. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.
23. Neumann ZA, Neumann NA. Auto-estima: se gosto de mim, posso ajudar mais o outro. Curitiba: Pastoral da Criança. 1999.
24. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. 144f. [online] [Acesso 2006 nov 11]. Disponível em: http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003402&Ing=pt&nrm.
25. Almeida PC, Aragão AEA, Pagliuca LMF, Macedo KNE. Barreiras arquitetônicas no percurso do deficiente físico aos hospitais de Sobral. Rev Eletrônica Enfermagem [online] 2006 [acesso 2008 fev 18]; 8(2):205-12. Disponível em: servicos.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/estudos/dados1/2006/22001018/020/2006_020_22001018021P0_Prod_Bib.pdf.
26. Pagliuca LMF, Araújo, TL, Aragão AE. Pessoa com amputação e acesso ao serviço de saúde: cuidado de enfermagem fundamentado em Roy. Rev Enfermagem UERJ 2006; 14(1): 100-6.

RECEBIDO: 13/08/2007

ACEITO: 22/10/07