



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *Stricto Sensu*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

CLEIDE HELENA LEITÃO DE AZEVEDO

**PENSANDO A ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA EM UNIDADES  
DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE UM PROCESSO DE MUDANÇA**

GOIANIA - GOIÁS  
2016

CLEIDE HELENA LEITÃO DE AZEVEDO

**PENSANDO A ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA EM UNIDADES  
DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE UM PROCESSO DE MUDANÇA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pós- Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientador: – Prof. Dr. Luc Vandenberghe

GOIANIA - GOIÁS  
2016

# **PENSANDO A ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA EM UNIDADES DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE UM PROCESSO DE MUDANÇA**

AZEVEDO, Cleide Helena Leitão

Pensando a acessibilidade em unidades de saúde: diagnóstico de um processo de mudança

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aprovado em:

## **BANCA EXAMINADORA**

1)

---

Prof. Dr. Luc Vandenberghe

2)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vera Regina Fernandes da Silva Marães

3)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maira Barberi

*Ao meu marido Sergio, meus filhos Tatiana, Roberto e Hugo que sempre me respeitaram e aceitaram minha busca por conhecimentos que possibilitem a melhoria da qualidade de vida das pessoas.*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço às pessoas que colaboraram com a concepção desse estudo:

A Deus pela intensidade de sua presença em minha vida, pela força que sempre senti no enfrentamento de minhas dificuldades. Pela graça da conclusão desse estudo que remete ao sentimento de vitória de mais uma batalha vencida.

Aos meus pais que mesmo com muitas dificuldades sempre me incentivaram na busca do conhecimento.

Ao meu esposo Sergio muita gratidão pela pessoa que você é. Pela sua presença a meu lado. Obrigada, principalmente pelo apoio que você me deu na conclusão desse estudo.

Ao professor Dr. Luc Vandenberghe pela forma humilde que me conduziu nesse estudo. Obrigada pela disposição na transmissão de seu conhecimento, sempre me trazendo segurança nos momentos em que me sentia fragilizada e insegura.

Obrigada aos professores do mestrado pela disponibilidade na transmissão de seus conhecimentos que me foram muito importantes.

À minha prima Ana Cristina que sempre me incentivou, me mostrando meu potencial para alcançar meus objetivos. À Cidimha Siqueira, também minha prima, que me apoiou e me conduziu com informações importantes sobre o tema estudado.

Aos participantes das entrevistas que com seus conhecimentos enriqueceram este estudo.

A acessibilidade se torna uma realidade quando está presente entre os valores da vida. Ela revela um espírito aberto, uma mente disposta e jovem. Assim, pensar em acessibilidade não significa só ser solidário com os problemas dos outros, mas ser ativo na melhoria da condição de vida de si próprio e dos seus familiares. Um dia fomos crianças, outro dia iremos envelhecer, e temos, a cada momento, a chance de viver deficiências nossas e dos outros. Devemos nos habituar em pensarmos o quanto é importante viver num ambiente construído sem stress, sem barreiras. Devemos aceitar com naturalidade que é bonito e desejável viver a velhice com plenitude...

(Guimarães, 1998)

AZEVEDO, Cleide Helena Leitão. **Pensando a Acessibilidade Arquitetônica em Unidades de Saúde: Diagnóstico de um Processo de Mudança.** 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2016.

## RESUMO

A acessibilidade é uma das possibilidades de interação e inclusão de pessoas no contexto social. Nesse estudo procurou-se conhecer e compreender a acessibilidade como um aspecto da inclusão, com um olhar mais ampliado para as pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida no que diz respeito ao uso de unidades de saúde. Foi feito um breve diagnóstico das barreiras arquitetônicas e as condições de acessibilidade física, partindo das dificuldades encontradas nas unidades de saúde e no entendimento prático, através de entrevistas com profissionais da área da construção civil. O objetivo central foi de compreender os motivos para a existência e permanência de barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde, na atualidade. Trata-se de uma revisão literária e na coleta de dados foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Capes e artigos de periódicos nacionais na temática de barreiras arquitetônicas no idioma português publicados no período de 2006 a 2014. Em paralelo foi feita uma pesquisa empírica de natureza qualitativa, exploratória, interpretativa, não estruturada, seguindo os preceitos de Grounded Theory, na sua modificação elaborada por Kathy Charmaz. Foram entrevistados 6 profissionais da área da construção civil. Na discussão das entrevistas foi utilizado como instrumento explicativo e ilustrativo conceitos da arquitetura inclusiva como Desenho Universal e Psicologia Ambiental. De acordo com os dados coletados foi possível observar que é preocupante o cenário de acessibilidade nas unidades de saúde no Brasil. Os artigos revelaram que são muitas as barreiras físicas nessas unidades e o processo de implantação da acessibilidade é lento e tímido. Durante o período contemplado pelos artigos avaliados na revisão integrativa foi observado que não ocorreram progressos significativos quanto à acessibilidade. Nas entrevistas, os profissionais mostraram respeito pelas normas, porém enfatizaram a necessidade de uma visão mais ampla, para além do segmento das leis e das regras e a evolução na cultura profissional. Destacaram que é imprescindível a fiscalização das obras e a atuação das diversas organizações e associações dos grupos envolvidos. Também que, com

planejamento e gerenciamento é possível uma redução significativa nas barreiras arquitetônicas e nos custos das obras, promovendo a inclusão de pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida nas unidades de saúde.

**Palavras-chave:** barreiras arquitetônicas, acessibilidade, desenho universal, psicologia ambiental.



AZEVEDO, Cleide Helena Leitão. **Thinking Accesibility Arquitectural in Health Units: Diagnostic of a Changing Process**. 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2016.

## ABSTRACT

Accessibility is one of the possibilities of interaction and inclusion of people on a social context. In this paper the purpose was to get to know and understand the accessibility as an aspect of inclusion, with a wider look to people with physical disability and reduced mobility related to Health Units. It was made a brief diagnostic of the architectural barriers and the physical accessibility conditions, starting from the difficulties found at the Health Units and in the practical understanding, through interviews with professionals from the civil construction field. The central objective was to understand the motive of the existence and permanency of architectural barriers at Health Units, in the present moment. Its about a literal review and data collection, that was used Health Virtual Library(BVS), Capes periodics and published national articles with the theme of architectural barriers in portugês language published between 2006 to 2014. In paralel was made a empirical research of qualitative nature, exploratory, interpretative, non structured, following the Grounded Theory, at your modification by Kathy Charmaz. Were interviewed 6 professionals of the civil construction field. To discussion of the interviews was used as explanatory and illustrative instrument, concepts of inclusive architecture as Universal Drawing and Environmental psychology. According to collected data was possible to avaluate that is worrisome the scenario of accessibility at brazilian Health Units. The articles revealed that many are the physical barriers at those units, and the process of implementation of accessibility is slow and shy. During the period contemplated by the articles evaluated at the integrative review was observed that no significant progress was made in acessibility. At the interviews, the professionals showed respect for the legislations, however emphasized the need of a wider vision, beyond rules, laws and professional culture evolution. Emphasized that is indispensable the oversight of constructions and acting of diverse organizations and associations of involved groups. Also that with planing and management is possible to reduce significantly the architectural barriers and construction prices, promoting the inclusion of people with disabilities and reduced mobility at the health units.

**Key-words:** barriers, architectural, accessibility, universal drawing, environmental psychology

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de busca de Barreiras Arquitetônicas, Periódicos Capes .....	18
Figura 2 - Esquema de busca de Barreiras Arquitetônicas, Biblioteca Virtual de Saúde.....	18
Figura 3 - Esquema de busca de Desenho Universal, Periódicos Capes .....	25
Figura 4 - Esquema de busca de Psicologia Ambiental, Google Acadêmico .....	25
Figura 5 - Categoria Objetivo da acessibilidade .....	47
Figura 6 - Categoria Conscientização é Necessário .....	54
Figura 7 - Categoria Possibilidades de Ação.....	62
Figura 8 - Categoria Tecnologia Versus Custo.....	68
Figura 9 - Categoria Conscientização como Processo.....	71
Figura 10 - Categoria O processo é Gradual.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos científicos da revisão literária de Barreiras Arquitetônicas .....	28
Tabela 2 – Barreiras arquitetônicas no interior das unidades de saúde .....	32
Tabela 3 – Mobiliário e equipamentos no interior das unidades de saúde .....	37
Tabela 4 – Sanitários no interior das unidades de saúde.....	39
Tabela 5 - Categorias, subcategorias.....	46

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>16</b>
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
3.1 REVISÃO DE LITERATURA .....	17
3.2 ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS .....	19
3.2.1 Características dos profissionais .....	20
3.2.2 Coleta de dados .....	20
3.2.3 Construção das categorias.....	26
<b>4 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	<b>28</b>
4.1 RESULTADOS .....	28
4.2 DISCUSSÃO .....	31
4.3 CONCLUSÃO.....	44
<b>5 AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA CONSTRUÇÃO CIVIL</b> .....	<b>46</b>
<i>5.1 RESULTADOS</i> .....	<i>47</i>
5.1.1 Primeiro Eixo - Para que fazer acessibilidade .....	47
5.1.1.1 Categoria - Objetivos da Acessibilidade .....	47
5.1.2 Segundo Eixo - Onde há Impedimentos a Serem Superados .....	54
5.1.2.1 Categoria - Conscientização é necessário .....	54
5.1.3 Terceiro Eixo - Os Mecanismos Para se Alcançar a Acessibilidade .....	62
5.1.3.1 Categoria - Possibilidades de Ação.....	62
5.1.3.2 Categoria - Tecnologia Versus Custo.....	68
5.1.4 Os Quarto Eixo - Caminhos da Mudança .....	71
5.1.4.1 Categoria - Conscientização como processo .....	71
5.1.4.2 Categoria - O processo é Gradual.....	73
5.2 DISCUSSÃO .....	76
5.2.1 Para que Fazer Acessibilidade .....	77
5.2.1.1 Objetivos da Acessibilidade.....	77
5.2.2 Onde há Impedimento a Serem Superados .....	84
5.2.2.1 Conscientização é Necessário .....	85
5.2.3 Os Mecanismos para se Alcançar a Acessibilidade .....	91
5.2.3.1 Possibilidades de Ação .....	92

5.2.3.2. Tecnologia Versus Custo .....	96
5.2.4 Os Caminhos da Mudança .....	99
5.2.4.1 Conscientização como processo.....	99
5.2.4.2 O processo é Gradual .....	100
5.3 CONCLUSÃO.....	103
<b>RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>104</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>106</b>
<b>APENDICES .....</b>	<b>110</b>

## INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida possuem limitações que geram dificuldades de locomoção e de executar atividades consideradas rotineiras. Assim, existe a necessidade de utilização de equipamentos e espaços públicos que propiciem o uso com segurança, agilidade, autonomia e independência para o melhor convívio destas pessoas na sociedade.

As barreiras físicas, culturais e sociais, passam a ser pensadas como impedimentos e precisam ser eliminadas em um processo que possibilite uma maior acessibilidade à vida em sociedade. Sintetizando, as deficiências estão na estrutura do social e suas diversas instâncias que padronizam e segregam. Consideramos as diferenças como propulsoras da dinâmica das transformações do social, ao contrário do que se tem produzido no imaginário e na vivência concreta das sociedades. A natureza respeita as diferenças. No universo natural não há padronização de corpos, de cores, de formas, tudo é muito diverso, e esse fato é o que engrandece o mundo natural, é o que lhe dá vida e expressividade (FERNANDES & LIPPO, 2013, p. 284).

De acordo com o IBGE/2010, no Brasil existem 45,6 milhões (23,92%) de pessoas portadoras de pelo menos um tipo de deficiência. Desse total, 13,65 milhões são portadoras de deficiência motora. Outro dado relevante é que 67,7% dos deficientes estão na faixa etária acima de 65 anos. Como a expectativa de vida do brasileiro vem crescendo, o número de idosos, com e sem deficiência, também vem aumentando. Esse estudo se propõe a avaliar a situação de unidades de saúde em relação às barreiras arquitetônicas e suas influências sobre pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida (IBGE, 2010).

*Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitas pessoas com deficiência não têm acesso à assistência médica, educação, oportunidades de emprego, e não recebem os serviços de que precisam correspondentes à deficiência, e sofrem exclusão das atividades da vida cotidiana. Após a entrada em vigor da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a deficiência é cada vez mais considerada uma questão de direitos humanos (OMS, 2011).*

*Muitos deficientes físicos enfrentam dificuldades para se locomover. Diante de tais dificuldades, eles utilizam muletas ou cadeiras de rodas. Para esses portadores de limitação, o simples ato de sair de casa significa um desafio, sobretudo porque as cidades não dispõem de estrutura adequada para deficientes. De modo geral, por inexistir o devido planejamento, a conduta predominante é adaptar um edifício já construído e não considerar essas dificuldades ainda naquela fase (VASCONCELOS e PAGLIUCA, 2006, p. 495).*

*A acessibilidade de pessoas que sofrem algum tipo de dificuldade na*

*realização de atividades, em ambientes internos ou espaços abertos, é um tema bastante recorrente. Diz respeito tanto aos profissionais ligados ao projeto arquitetônico e/ou urbano quanto aos ergonômicos, que se preocupam com as condições ambientais para a realização de tarefas. As barreiras, presentes nos ambientes, são exemplos de elementos que dificultam a acessibilidade espacial de diferentes usuários e, conseqüentemente, sua inclusão social (Ely & Silva, 2009, pg 02). As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários (SIQUEIRA, et al, 2009, p. 40).*

Por isso, entende-se que a remoção de barreiras arquitetônicas, é importante para a integração das pessoas com dificuldades de locomoção nas atividades da vida humana. Com a retirada de obstáculos essas pessoas poderão usufruir dos benefícios que os equipamentos públicos podem oferecer.

*A produção arquitetônica traz como referencial o chamado “homem padrão”, pouco considerando a diversidade de usuários. Esse fato tem gerado projetos homogêneos, sem uma reflexão crítica a respeito das experiências espaciais das pessoas portadoras de alguma deficiência (MOSCHETTA e BELOTO, 2007, pg. 37). Já se sabe de antemão que não é o indivíduo que precisa se adaptar à sociedade, mas sim a sociedade que precisa adaptar-se às especificidades desse sujeito. Entretanto, essa não tem sido a realidade enfrentada no cotidiano dessas pessoas (PEREIRA, 2006, p. 02). Segundo Oliveira et al, (2013, p 423), justifica-se a busca pelos direitos humanos de um grupo, especificamente em decorrência da vulnerabilidade e exclusão histórica a que foram submetidas as pessoas com deficiência. Contudo, os direitos humanos são direitos de todos, bem como a acessibilidade também deve alcançar a todos.*

Para tanto, é importante a criação de projetos inclusivos que tenham por finalidade a concepção de espaços utilizáveis por todas as pessoas. A produção arquitetônica pode utilizar diferentes temáticas na criação de espaços inclusivos, como o Desenho Universal e Psicologia. O foco é o usuário, com a identificação de suas necessidades visando seu bem estar, com enfoque na relação homem/ambiente. Sendo assim carece apresentar definições sobre conceitos humanistas que serviram de base para este estudo.

O desenho Universal também chamado de Design Universal tem como cordão condutor 7 princípios (especificados na p. 89 deste estudo) e como definição:

*Bestetti (2004, p. 606) assim define, Desenho Universal é um modo de concepção de espaços e produtos visando à sua utilização por amplo espectro de usuários, incluindo crianças, idosos e pessoas com restrições*

*temporárias ou permanentes. A meta é atingir um desenho de qualidade no qual, além de requisitos estéticos, é fundamental o fácil entendimento sobre o uso (legibilidade), a segurança e o conforto para todos, dotando o espaço de qualidades que beneficiem seus usuários.*

Segundo Cambiaghi (2011, p.83), “o desenho universal significa para o usuário a garantia de que ele pode desfrutar dos ambientes sem receber um tratamento discriminatório por causa de suas características pessoais”.

Para tanto os espaços devem ser cuidadosamente cuidados a fim de atender a todas as pessoas. Cambiaghi (2011, p.83) enfoca que “o objetivo do desenho universal é reduzir a distância funcional entre os elementos do espaço e as capacidades variadas das pessoas”.

A Psicologia Ambiental estuda a ação do ambiente sobre o comportamento humano. Veio unir várias áreas do conhecimento como a Psicologia, Arquitetura, Planejamento Urbano, Sociologia, Geografia, Ciências Biológicas, entre outras. Ela propõe um trabalho multidisciplinar, onde propicie a troca entre diferentes disciplinas.

*Segundo Pinheiro (1997, p.389/390), um primeiro aspecto a ser mencionado é o da percepção, processo através do qual se inicia o ciclo psicológico das pessoas nos ambientes. Também, o ambiente físico precisa ser estudado junto com sua dimensão social, condição inalienável das inter-relações pessoa-ambiente. E ainda, os aspectos funcionais dos ambientes devem ser considerados ao lado de seus atributos simbólicos, como na comparação que alguns autores fazem entre um trono e um banquinho, pois ambos servem para sentar, mas as pessoas se comportam muito diferentemente em relação a cada um deles e a seus ocupantes.*

Assim, a presente pesquisa buscou compreender um paradoxo: Apesar da existência de legislação específica que cobra projetos inclusivos; muitas unidades de saúde continuam problemáticas nesse quesito.



## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender os motivos para a existência e permanência de barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde, na atualidade.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar a avaliação feita na literatura sobre unidades de saúde em relação as principais barreiras arquitetônicas nas edificações, mobiliários e equipamentos em unidades de saúde e como essas interferem na vida de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida.

Entender os pontos de vista dos profissionais quanto à acessibilidade, acerca dos processos envolvidos na construção civil.

Compreender como o enfoque de diferentes temáticas da arquitetura inclusiva podem ajudar nas questões de cidadania e na melhoria da qualidade de vida para todos.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 REVISÃO DE LITERATURA

Considerando a problemática exposta decidiu-se buscar na literatura respostas às perguntas: Como podemos pensar a superação de barreiras arquitetônicas em Unidades de Saúde? Como implementar conceitos que enfatize a relação homem / espaço neste quesito?

A revisão literária visa a interpretação e análise dos conhecimentos já existentes em pesquisas anteriores sobre um determinado tema, sendo um ponto necessário para se construir a ciência. Uma boa revisão literária, segundo os autores, apresenta o estado da arte e o que foi construído sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias. Este método permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias, ou seja, experimental e de pesquisa não experimental ampliando um leque de possibilidades dentro da pesquisa (WHITEMORE E KNAFL, 2005).

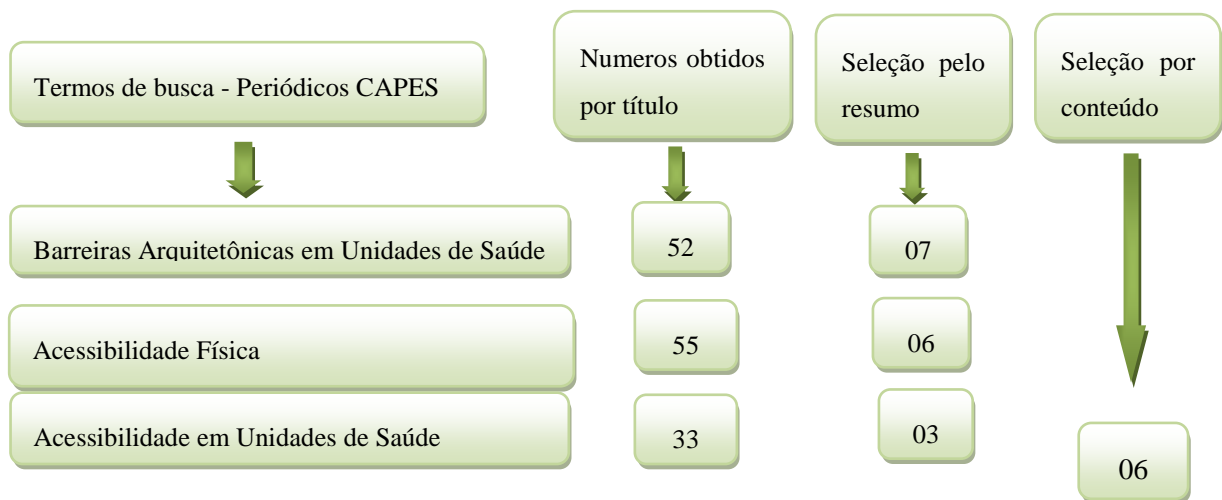
A coleta de dados foi feita na biblioteca da Universidade Federal de Goiás (UFG) e utilizou as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos Capes. Como critério de inclusão foram utilizados artigos de periódicos nacionais no idioma português, publicados no período de janeiro/2006 a dezembro/2015. Com textos completos de acesso online, onde foram selecionados para a pesquisa com os respectivos descritores: Barreiras Arquitetônicas; Acessibilidade Física; Acessibilidade em Unidades de Saúde. Foram excluídos os artigos científicos publicados no período anterior ao ano 2006, outros sites que não compõem artigos científicos e artigos que não estejam na integra.

A busca dos artigos ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2014, e revisadas em fevereiro de 2016. Tendo em mãos uma lista de obras identificadas como fontes prováveis para o assunto em questão. Localizou-se as informações úteis através do título, em uma segunda leitura do resumo, e uma terceira leitura mais detida dos conteúdos das partes para a elaboração do fichamento. Buscou-se a identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico e avaliação dos resultados encontrados. A avaliação dos dados foi realizada por meio da leitura seletiva e em profundidade, retirando as unidades de significados. Foram excluídos da pesquisa artigos científicos de revisão

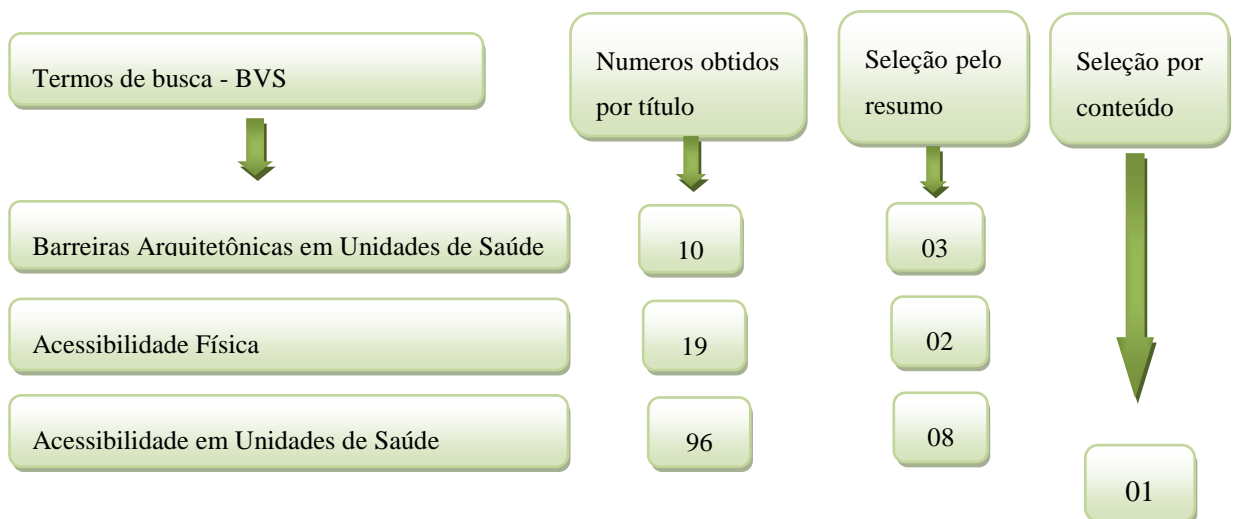
literária sobre barreiras arquitetônicas.

A pesquisa foi realizada conforme orientação e resolução da Lei 9610/98, deste modo foi respeitada a integridade intelectual dos autores utilizados nesta pesquisa, valorizando os princípios dos direitos autorais.

Neste estudo foram avaliados os artigos sobre Barreiras Arquitetônicas com a observância de 294 artigos, após a análise por título foram distribuídos da seguinte forma:



**Figura 1** - Esquema de busca de Barreiras Arquitetônicas, Periódicos Capes



**Figura 2** - Esquema de busca de Barreiras Arquitetônicas, Biblioteca Virtual de Saúde

Optou-se por apresentar os resultados em tabelas. Os dados foram tratados através de tabelas com a utilização do programa Microsoft Excel, para

melhor visualização.

Após ter explanado os resultados da pesquisa, estes foram discutidos com base na NBR 9050/2015, que tem como objetivo, “estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade”, da ABNT.

### 3.2 ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS

Em paralelo a esta pesquisa de literatura foi feito uma pesquisa empírica de natureza qualitativa, exploratória, interpretativa, fazendo uso de entrevista não estruturada seguindo os preceitos de Grounded Theory, na sua modificação elaborada por Kathy Charmaz.

A *Grounded Theory*, ou TFD foi escolhida como referencial teórico e metodológico porque este método consiste em investigação da vivência das pessoas, de acordo com a própria perspectiva delas. Segundo Dantas et al. (2009, p 03), esse referencial trabalha com conceito de amostragem teórica que se refere à possibilidade do pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Assim, pode-se realizar pesquisas em mais de um campo onde, mediante a interação e observação com demais profissionais, haja a possibilidade de coleta de dados. Ou, ainda, pode haver reestruturação das entrevistas, com mudança no foco das perguntas (no intuito de especificar e explorar a realidade investigada), ou na forma como é questionada, de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos e, assim, esgotar o máximo de informações. Faz parte também da *Grounded Theory* o agnosticismo teórico, que significa manter-se imparcial face às explicações científicas e aos modelos teóricos utilizados pelos protagonistas das controvérsias na área. A pesquisadora recusa aderir precocemente a uma específica escola de pensamento ou a significados estabelecidos numa teoria existente, esperando para que os conceitos relevantes emergem dos dados. Só posteriormente foi possível dialogar com as contribuições das diversas escolas e contextualizar o modelo construído (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

Os conceitos sensibilizadores que contribuíram para a “lente epistémica”

da pesquisadora foram: “como o Desenho Universal, contribui para o desenvolvimento da acessibilidade”, “como os profissionais da construção civil veem a acessibilidade diante das exigências legais”, “como o mercado de produtos, materiais e equipamentos, veem acompanhando o desenvolvimento da acessibilidade”. Esses conceitos sensibilizaram a pesquisadora no desenvolvimento das questões da pesquisa, na condução das entrevistas e na leitura dos dados, ao mesmo tempo, a pesquisadora, tomou precauções para evitar que esses conceitos distorcessem a sua interpretação dos depoimentos dos entrevistados.

### 3.2.1 Características dos profissionais

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), para apreciação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos participantes para o início das entrevistas. Os critérios adotados para a amostragem desta pesquisa foi qualitativos e não é numéricos. A amostra ideal é aquela que reflita a totalidade do objeto em estudo, conforme Minayo (2006). Nesse sentido, procuramos atender a quatro critérios: a interação com tema da pesquisa, a disponibilidade em fornecer a entrevista, a capacidade de dar informações e o critério de saturação da amostragem teórica. No momento em que as informações se tornaram recorrentes e exaustivas, conclui-se que as perguntas da questão da pesquisa foram respondidas.

Esta pesquisa permitiu analisar a vivência do profissional em relação à realidade de trabalho que é realizado e as perspectivas a respeito do objeto de estudo, seguindo os preceitos da teoria fundamentada a partir de Charmaz (2009) a qual não se preocupa em analisar um número representativo de dados dos participantes de uma determinada população, mas sim, de aprofundar o conhecimento a respeito dos participantes que se dispõe a pesquisar, e assim gerar uma teoria fundamentada nos dados encontrados.

Foram entrevistados profissionais de quatro localidades do cenário nacional, sendo, três profissionais de Goiânia-GO, um de São Paulo-SP, um de Curitiba-PN e um de Brasília-DF, todos com atuação reconhecida.

Conforme demonstrado no Quadro 1 (APÊNDICE A), quanto a caracterização dos participantes das entrevistas, podemos visualizar que dentre os participantes entrevistados, cinco são arquitetos, denominados A1, A2, A3, A4, A5, e

um engenheiro civil, denominado de E1. Quanto ao sexo três são mulheres e três homens. A faixa etária varia de 34 anos a 74 anos. Os entrevistados concluíram o curso de graduação entre 1967 a 2007. A amostra é formada por profissionais mais experientes, grande parte entre 52 e 57 anos de idade, com apenas um com 34 e um com 74 anos.

Em relação a cursos de pós-graduação, A1 fez mestrado, A2 fez mestrado e especialização, A5 possui curso de especialização, E1 possui dois cursos de especialização. A amostra nos aponta o interesse da maioria por qualificação profissional.

No que se refere à atuação profissional dos participantes; o entrevistado A1 é funcionário público, profissional autônomo e atua exclusivamente com projetos de acessibilidade e professor na formação de profissionais do nível técnico. O entrevistado A2 é servidor público municipal.

O entrevistado A3 trabalha com projetos gerais incluindo Arquitetura Hospitalar, foi professor de curso de formação em Arquitetura e Urbanismo.

O entrevistado A4 participou de vários cursos de arquitetura hospitalar no Brasil, tem experiência profissional em escritório de Arquitetura em um país da Europa, com foco em Arquitetura Hospitalar. O entrevistado A5 é funcionário em Autarquia Federal, é profissional autônomo atuando exclusivamente em projetos acessíveis. O entrevistado E1 teve como função servidor público com os cargos de fiscal de obras, diretoria de fiscalização, hoje atua com propostas de implantação de acessibilidade urbana.

Pode-se perceber que a amostra foi constituída por profissionais engajados com a abordagem, estando atualizados no que diz respeito ao que está acontecendo com o desenvolvimento da Acessibilidade. Um fato relevante da coleta de dados com os entrevistados foi o fato de que um entrevistado é usuário permanente de cadeira de rodas e vivencia no seu dia-a-dia as dificuldades encontradas com as barreiras arquitetônicas, e dois estiveram com mobilidade temporariamente reduzida e puderam sentir e vivenciar as dificuldades nesta situação de vulnerabilidade de uma pessoa que necessita de acessibilidade. O encerramento da busca de novos participantes se deu pelo entendimento de que a pergunta de pesquisa foi respondida.

### 3.2.2 Coleta de Dados

A coleta de dados utilizou a técnica de entrevista etnográfica. Essa técnica de coleta é um dos principais instrumentos usados nas pesquisas das ciências sociais. Utilizamos para a sua execução um roteiro de entrevista não estruturada, estabelecido previamente, mas que permitiu a intervenção da pesquisadora para o delineamento das respostas obtidas. Este instrumento garantiu uma conversa contínua com os participantes e permitiu chegar às variáveis desejadas. Não houve questionário, mas temas para guiar a entrevista. Para os participantes do estudo, foi apresentado um guia para que o pesquisador e os entrevistados seguissem, podendo também possibilitar a adição de novas questões para que se pudesse compreender melhor determinado tópico. A participação foi voluntária e não remunerada, sem custo ou qualquer vantagem financeira.

A questão principal da pesquisa é:

Como os profissionais projetistas veem as questões de acessibilidade e os motivos para ainda haver barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde.

Como questões norteadoras temos: Como os motivos e preocupações deles estão relacionados a imposições legais? Com filosofia ética? Conscientização de cidadania? Modismo? Mercado? Procurar-se-á entender: até que ponto o profissional se preocupa com a rota acessível? Até que ponto o desenho universal está integrado na maneira de projetar do profissional: principalmente com relação ao cidadão com dificuldades de locomoção ou deficiência?

Foram entrevistados, 6 (seis) profissionais da área de construção civil, escolhidos por serem aptos e dispostos a compartilhar sua experiência e conhecimento a respeito do assunto estudado. Tal forma de seleção de participantes segue os princípios da amostragem teórica, como preconizado na Grounded Theory (Charmaz, 2009, p. 283) que exige que os participantes devem ser dispostos e competentes para providenciar as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa. Esse método de amostragem também preconiza que, caso o número de indivíduos não atinja uma qualidade significativa, serão recrutados mais profissionais.

Como critério de inclusão optou-se por entrevistar arquitetos e engenheiros civis projetistas que atuam na área da construção civil, dos sexos

feminino e masculino, com faixa etária acima de 18 anos. Como critério de exclusão optou-se por não entrevistar arquitetos e engenheiros que não são projetistas e/ou não atuam na área da construção civil, e faixa etária menor de 18 anos.

Vale ressaltar que a Teoria Fundamentada em Dados não se preocupa em analisar um número representativo de dados dos sujeitos de uma determinada população, mas sim de aprofundar o conhecimento a respeito das perspectivas dos sujeitos que se dispõe a pesquisar, e assim gerar uma teoria fundamentada na experiência viva deles, neste caso, fundamentada na vivência dos profissionais das negociações acerca da acessibilidade.

Para que houvesse maior aproximação da pesquisadora com os entrevistados, e facilitar a comunicação e interação entre estes, inicialmente a pesquisadora entrou em contato por telefone quando foi agendada uma data e horário para o primeiro contato, conforme disponibilidade dos participantes. E foi explanado, inicialmente, o objetivo da pesquisa. Após manifestação positiva dos participantes tiveram início as entrevistas, que ocorreram entre janeiro/2015 a junho/2015. A duração das entrevistas foi entre quarenta minutos e uma hora e quarenta minutos. Foram realizadas individualmente e gravadas pela própria pesquisadora. Foi garantido aos participantes, antes, durante e após as entrevistas, o contato com a pesquisadora através de telefone particular, contato pessoal, ou e-mail.

A análise dos dados foi através da transcrição das entrevistas para um arquivo de texto. Foi realizada a análise em três etapas, a primeira, a codificação aberta, que tem por objetivo nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente qualifica e representa cada parte dos dados. Estes foram extraídos das entrevistas e organizados em quadro, para uma melhor visualização. Através da codificação foi possível uma visão interpretativa que apresente as vivências dos sujeitos investigados (Charmaz, 2009, p. 283).

A segunda etapa, a codificação focalizada, redefiniu a direção dos códigos, tornando-os mais significativos e seletivos, na tentativa de explicar maiores segmentos de dados. Códigos mais significativos são aqueles que descrevem melhor a vivência do evento e como os participantes lidam com eles. Chegar a tais códigos foi possível através de leitura e comparações constantes em que, na medida em que se reflete sobre um determinado código, busca-se a relação e aproximação deste.



A terceira etapa a construção de 04 eixos temáticos que emergiram das leituras.

As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação dos participantes, sendo adotado um código para cada um deles. As informações foram obtidas em linguagem clara e acessível. Antes de iniciar o estudo, o TCLE (APENDICE D e E), foi apresentado e assinado conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente quando aprovado foram iniciadas as entrevistas.

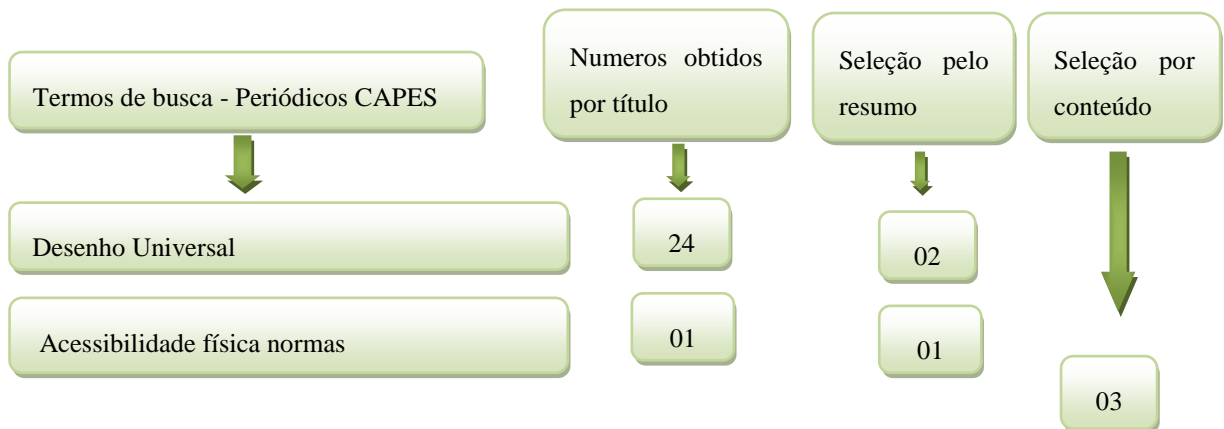
Foram efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato e à liberdade em interromper a participação na pesquisa no momento em que quiserem. Não houve ônus para o participante, e também não houve remuneração. Foram esclarecidos também aos participantes, os objetivos do estudo, os benefícios e possíveis riscos associados à pesquisa, assim como o procedimento a ser tomado caso aconteça algum imprevisto.

Como benefício para os participantes da pesquisa, existe a oportunidade de refletir sobre o assunto e de aprofundar sua compreensão do mesmo durante o diálogo. O profissional entrevistado pode assim ganhar novos “*insights*” e desenvoltura na conceptualização da humanização no seu próprio trabalho. Existe também a possibilidade de benefícios para outros grupos ou a coletividade como: divulgar e publicar resultados encontrados em eventos científicos da área; Acrescentar ao conhecimento aspectos de bem-estar para a comunidade em geral e para as instituições de ensino; Contribuir mostrando formas de inclusão de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida na sociedade.

Após ter explanado os resultados da pesquisa, estes foram discutidos com base nos conceitos de Desenho Universal e Psicologia Ambiental e das legislações: Lei nº 13.146, de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015); o Decreto Nº 5.296/2004, que regula as Leis 10.048 de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade do atendimento às pessoas que especifica, e Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000(BRASIL, 2004); na LEI Nº 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(BRASIL, 2000); e a NBR 9050/2015, que tem como objetivo, “estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto,

construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade, da ABNT.

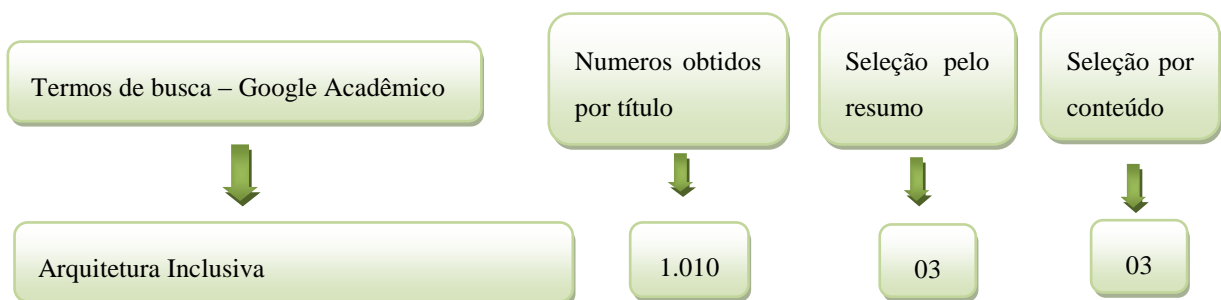
A análise de artigos sobre Desenho Universal por título foram distribuídos da seguinte forma:



**Figura 3** - Esquema de busca de Desenho Universal, Periódicos Capes

No sentido de ilustrar e enriquecer a discussão foram utilizados artigos científicos sobre o conceito de Psicologia Ambiental na área da arquitetura.

A análise de artigos sobre Psicologia Ambiental por título foram distribuídos da seguinte forma:



**Figura 4** - Esquema de busca de Psicologia Ambiental, Google Acadêmico

Foi inserido na discussão das entrevistas 2 artigos selecionados do <http://startpage.adaptse.org/172>.

Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida e facilitar o processo de planejamento de novas edificações acessíveis.

Esta pesquisa ofereceu possibilidade de gerar conhecimento sem afetar o bem-estar dos participantes da pesquisa e seus grupos ou coletividade.

Os entrevistados contemplam a acessibilidade arquitetônica em todas as unidades de saúde, inclusive em unidades hospitalares.

### 3.2.3 Construção das categorias

A análise dos dados foi baseada no método indutivo, sendo utilizado o conjunto de princípios e práticas descritos no manual de Charmaz (2006), o qual proporcionou, além de uma redação analítica dos dados coletados, uma reflexão do processo como um todo. A análise iniciou-se com as transcrições das entrevistas. Elas foram transcritas da seguinte forma: através da escuta da gravação foi digitalizada de forma corrida, em seguida foram feitas mais duas escutas com paradas nas partes em que as transcrições não ficaram claras, e em alguns casos foi feita uma terceira escuta com correção do texto transcrito. Já com os textos editados utilizando um programa editor de texto, foi feita uma grande margem à direita onde foram escritas as unidades de sentido que teve como objetivo nomear segmentos de dados com uma classificação que resume e representa cada parte de dado. Esta fase foi importante para a tomada de consciência dos problemas e possíveis soluções apresentadas pelos profissionais.

Cada ocorrência se transformou em um código que foi atribuído a cada segmento de texto, revelando as perspectivas necessárias para o início da análise, que, posteriormente tornou-se o formato do trabalho. Estes códigos foram organizados em fichas, permitindo uma melhor visualização. Por meio da codificação foi possível chegar a uma visão interpretativa que esclareceu e explicou as percepções dos sujeitos (CHARMAZ, 2009, p. 283). A codificação foi realizada em duas etapas, a codificação analítica e a codificação focada e simultaneamente foram criadas as categorias.

A primeira etapa da análise de dados iniciou-se com a atribuição de conceitos às entrevistas. Foi feita uma codificação analítica onde foram construídos 524 códigos, e em seguida estes foram agrupados por semelhança, inicialmente em 16 categorias. Durante novas análises, foram novamente agrupados, identificando as similaridades e diferenças entre eles. Posteriormente, a segunda análise se deu

com o enxugamento da variedade de códigos, tornando-os mais focados e a reorganização das categorias para 15. Dentro de cada categoria os códigos foram agrupados por assunto e destes surgiram subcategorias. Assim, os códigos foram sintetizados mais uma vez na fase denominada de codificação focada, que permitiu a redefinição e o direcionamento dos códigos, tornando-os mais significativos e seletivos com a finalidade de deixar as categorias mais claras.

Na terceira etapa emergiram das leituras reiteradas 04 (quatro) eixos temáticos. Cada um desses eixos levanta uma questão: Para que serve a acessibilidade, Ações para promover acessibilidade, Os mecanismos para se alcançar a acessibilidade, Os caminhos da mudança. Reorganizando os códigos em relação com esses 04(quatro) eixos concluímos com 06 (seis) categorias, e 56 (cinquenta e seis) códigos.

## 4 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Os resultados foram coletados em artigos científicos sobre Barreiras Arquitetônicas, conforme o Quadro 2 (Apêndice B).

### 4.1 RESULTADOS

Esta seção contempla os resultados da pesquisa de revisão literária de Barreiras Arquitetônicas realizada em 7 artigos científicos. Dos 7 (sete) artigos avaliados, 5 (cinco) estudaram acessibilidade em Unidade de Saúde Básica (UBS), 1 (um) em um Centro de Reabilitação e 1(um) em um Hospital. Os estudos avaliaram unidades de saúde nos estados do Piauí, Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Foram pesquisadas 301 unidades de saúde nos artigos, conforme descrito na Tabela 1.

**Tabela 1** - Artigos científicos da revisão literária de Barreiras Arquitetônicas

CÓDIGO DO ARTIGOS	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE	NOME DO ARTIGO	AUTOR(ES) DO ARTIGO
1	12	Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde	Vasconcelos e Pagliuca (2006)
2	236	Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil	Siqueira, et al. (2009)
3	20	Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde	França, et al. (2010)
4	1	Barreiras arquitetônicas: acessibilidade aos usuários	Carvalho e Avelar, 2010)
5	4	Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará	Pagliuca, Aragão e Almeida (2006)
6	19	Atenção primária a saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática	Martins et al. (2014)
7	9	Portas abertas ou portas fechadas	Souza e Rocha (2010)

Fonte: Coleta de dados sobre Barreiras Arquitetônicas com busca no Periódicos Capes e na Biblioteca Virtual em Saúde

Quanto ao acesso e deslocamentos interno nos edifícios estudados, foram avaliados os itens com as características de locomoção, tais como escadas, rampas, corrimão, portas, piso, circulação e degraus, com seus dados apresentados

nos artigos 1, 2, 3, 4 e 5, conforme descritos na Tabela 2, no item 4.2 Discussão.

Em relação as escadas, os artigos 1, 3, 4 e 5 apresentaram esse item em seus estudos, em um total 37 unidades de saúde avaliadas, foi constatado que em 16 unidades as escadas não estavam adequadas à norma. No artigo 5 foi considerado as escadas como inadequadas um total 3 unidades pois uma unidade é térrea.

A falta de rampas de acesso ou em desacordo com à norma somaram 162 unidades dos estudos avaliados, de um total de 273 unidades nos artigos 1, 2, 3, 4 e 5. Rampa sem corrimão foram encontrados nos artigos 2, 4 e 5 de um total de 241 unidades, 110 estavam em desacordo. Porta com largura inferior a 80cm apareceram nos artigos 3 e 4 em 21 unidades estudadas, 6 não atendiam à norma. Portas tipo vaivém sem visor vertical e porta de correr sem trilho rebaixado, foram discriminados nos artigos 1 e 5 em um total de 16 unidades estudadas, 8 unidades estavam em desacordo. Piso com superfície irregular foram destaques nos artigos 1, 3, 4 e 5 em um total de 37 unidades, verificou-se que 25 não atendiam à norma, embora o artigo 4 descreva que nessa unidade o piso é firme, estável, não provoca trepidação em dispositivo de cadeira de rodas, mas não possui superfície regular e nem antiderrapante. Os artigos 1, 3 e 5 descreveram áreas de circulação interna, em um total de 36 unidades, 26 não atenderam à norma que deve ter largura mínima exigida de 1,20m sem obstáculos. Apenas o artigo 2, com total de 236 unidades, cita degrau no percurso em 104 unidades.

O artigo 6 considerou inadequada a estrutura física geral em mais da metade das unidades e parcialmente adequadas em quase a metade das 19 unidades avaliadas, com presença de degraus e falta de corrimãos em rampas. No artigo 7, os entrevistados apontam problemas nas condições das estruturas gerais.

Na Tabela 3, apresentado no item 4.2 Discussão, estão representados os respectivos demonstrativos de balcões, bebedouro e telefone público. Este item foi expostos nos artigos 1, 3, 4 e 5, que juntos estudaram um total 37 unidades de saúde.

Quanto ao mobiliário, os balcões estavam em desacordo com a norma NBR 9050/2015 em 15 unidades de saúde. Os bebedouros não acessíveis foram os que menos atenderam às medidas antropométricas adequada, 27 unidades não atenderam à norma. Os telefones públicos acessíveis não obedeceram a norma em 20 unidades. No artigo 1, foi considerado como total 11 unidades que possuíam

telefones públicos e apenas 9 unidades possuíam bebedouros.

Na Tabela 4, apresentado no ítem 4.2 Discussão, nos artigos 1, 2, 3 e 4 apresentamos demonstrativos de sanitários. Devido a sua importância e particularidades, os sanitários foram apresentados em uma tabela específica. Constam dessa tabela detalhes que são importantes para o seu funcionamento como: área de manobra, transposição, barras de apoio, bacia sanitária, papelreira, válvula de descarga, lavatório, torneira e porta de acesso.

Em relação aos sanitários adequados para deficientes físicos, que foram destaque nos artigos 1, 3 e 4, em um total de 33 unidades de saúde estudadas que enfocaram este assunto, 09 unidades não atendiam à norma. Os artigos 1, 2 e 3 fizeram referência à ausência de área de manobra de cadeira de rodas, de pelo menos 90°, em um total de 268 unidades, 197 unidades não atendiam a norma preconizada. Quanto a falta de espaço para transposição do cadeirante para a bacia sanitária, os artigos 1 e 3, com total de 32 unidades estudadas contemplaram esse item, 20 unidades não possuíam espaço para transposição.

A ausência de bacia adequada ao uso de pessoas com deficiência física e barras de apoio para deficiente foram destaque nos artigos 1, 3 e 4, em um total de 33 unidades, 27 unidades não atendiam à norma NBR 9050/2015. A falta de papelreiras com altura e posição adequadas foram encontradas nos artigos 1, 3 e 4, em um total de 33 unidades de saúde, foram encontradas 24 unidades em desacordo. A ausência de válvula de descarga com altura conivente com a norma também apareceram nos artigos 1, 3 e 4, com o total de 33 unidades estudadas, demonstraram que 17 não atendiam à norma. A falta de lavatórios sem coluna e em altura adequada foram citados nos artigos 1, 3 e 4, em um total de 33 unidades avaliadas, 10 unidades estavam em desacordo. A ausência de torneiras dos lavatórios com alavancas apareceram nos artigos 1, 3 e 4, com total de 33 unidades, 21 unidades não atendiam a norma. Por fim, os artigos 2, 3 e 4 os quais estudaram 257 unidades, citaram que em 202 unidades a largura das portas de acesso aos sanitários eram inferiores a 80cm preconizada pela legislação.

## 4.2 DISCUSSÃO

Segundo Pagliuca, Aragão & Almeida (2006, p. 585), independente do seu caráter, as instituições de qualquer ordem são responsáveis pela segurança dos seus usuários. Da mesma forma, os hospitais, pois onde existe vida humana há necessidade de regras e normas destinadas a definir e regulamentar, como uma forma de prevenção, a segurança e convivência entre as pessoas.

O atendimento às normas previstas na legislação específica para o acesso pleno às unidades de saúde são fundamentais para se evitar a construção de barreiras arquitetônicas. Tendo como base de interpretação dos dados levantados, constatou-se a quantidade e diversidade de barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde.

Lei orgânica nº 10.098/2000 no seu Art. 2º cita que, barreira é qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em: a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público; b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados; c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes; d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa. No Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BRASIL, 2000).

Uma Instituição de saúde que garante a acessibilidade, oferece qualidade de vida e inclusão. A Lei 13.146 (2015), Art. 53 cita que, “a acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social.” (BRASIL, 2015)

As percentagem apresentadas nas tabelas 2, 3, e 4 traduzem os resultados relativos às estimativas de barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde. Onde o artigo consultado apresentava somente o número absoluto ou percentagem, a pesquisadora equalizou os dados através a expressão matemática de regra de três simples.

Nem todos os artigos contemplaram os mesmos itens de barreiras



arquitetônicas.

Na Tabela 2 apresentamos os itens: escada, rampa, portas, piso, circulação e degraus em relação a cada artigo e o total dos artigos que foram discriminados.

**Tabela 2 – Barreiras arquitetônicas no interior das unidades de saúde**

INSTALAÇÕES INTERNAS DO PRÉDIO		
Item em estudo	Número de unidades estudadas	Inadequação
Escada sem corrimão em pelo menos um lado	36	43,24%
Inexistência de rampa de acesso	273	68,77%
Rampa sem corrimão	240	45,83%
Porta com largura inferior a 80cm	20	30,00%
Porta tipo vai-e-vem sem visor vertical	16	50%
Porta de correr sem trilho rebaixado	16	43,75%
Piso que não apresentaram superfície regular, estática, firme, antiderrapante	37	67,56%
Área de circulação com largura livre inferior a 1,20m	36	72,22%
Degraus dificultando o acesso	UBS	44,20%

Fonte: Artigos Científico número 1, 2, 3, 4, e 5 que compõe a revisão literária de barreiras arquitetônicas

Os acessos são importantes formas de contato social e relacionam o espaço urbano com as estruturas internas dos edifícios. No levantamento das estruturas físicas de acesso e deslocamentos interno às unidades hospitalares descritos na Tabela 2, foram identificados os respectivos percentuais de cada item, relacionados a quantidade de unidades de saúde que apresentaram resultados.

Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) identificou 83,3% das escadas sem corrimão. Para França, et al. (2010, p. 969) 20% das unidades não possuem condições adequadas. Os entrevistados de Carvalho e Avelar (2010, p. 470) 24% avaliaram com boas as condições de acesso mas necessitando de melhorias, e 5% apontaram como precárias as condições de acesso em relação à segurança. E para Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 583) 50% das unidades possuíam escadas sem corrimão. Portanto, quanto as escadas de acesso, verificou-se que 43,24% não atenderam às normas.

Segundo Siqueira, et al. (2009, p. 41) 44,2% apresentaram degraus nos acessos nas unidades de saúde. Assim, estão em desacordo com a legislação:

A Lei 10.098/2000 no Art 5º, diz que o projeto e o traçado urbanizado de uso comunitário, compreendidos os itinerários e as passagens de pedestres, as

escadas e rampas, deverão observar os parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas e de acessibilidade da NBR 9050/2015. (BRASIL, 2000). A NBR 9050/15 (p. 54, 62 e 63) cita que, todas as entradas devem ser acessíveis e, caso não seja possível, desde que comprovado tecnicamente, deve ser adaptado o maior número de acessos. A entrada predial principal, ou a entrada de acesso do maior número de pessoas, tem a obrigatoriedade de atender a todas as condições de acessibilidade. O acesso por entradas secundárias somente é aceito se esgotadas todas as possibilidades de adequação da entrada principal e se justificado tecnicamente. E que os acessos devem ser vinculados através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência. Os acessos devem permanecer livres de quaisquer obstáculos de forma permanente. As dimensões dos pisos e espelhos devem ser constantes em toda a escada ou degraus isolados. A largura das escadas deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, em rotas acessíveis é de 1,20 m, e deve dispor de guia de balizamento. E ainda em relação as escadas, os corrimãos podem ser acoplados aos guarda-corpos e devem ser construídos com materiais rígidos. Devem ser firmemente fixados às paredes ou às barras de suporte, garantindo condições seguras de utilização (ABNT, 2015).

As rampas, além de dar segurança, promove a independência e autonomia de pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida, propiciando a essas pessoas condições de deslocamento sem ajuda de terceiros. É preciso que haja um declive adequado para que o usuário possa se deslocar com conforto e sem risco de quedas. A inexistência de rampas apareceu em 59,34%, embora não tenha ficado claro nos estudos apresentados, se todas unidades referidas possuíam necessidade de rampas. Os autores dos artigos assim especificaram: Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498), apontam que 41,66% não apresentaram rampas. Segundo Siqueira, et al. (2009, p. 41), 63% das unidades não possuíam rampas de acesso. França, et al. (2010, p. 968), consideram que apesar das estruturas dos edifícios serem térreas em 40% delas, as escadas e rampas não atendem a NBR 9050.

Segundo Carvalho e Avelar (2010, p. 472) demonstram que 29% dos participantes propõem a redução da inclinação da rampa.

Os corrimãos garantem a segurança e conforto aos usuários com mobilidade reduzida assegurando apoio para o alívio da carga corporal no deslocamento. As amostras descritas fazem referência de 45,64% quanto ao não atendimento de rampas com corrimãos. Sendo assim, Siqueira, et al. (2009, p. 41), demonstraram que 45,76% das unidades apresentaram rampas sem corrimão. Conforme o estudo de Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 584) 50% das unidades não possuem corrimão.

Conforme a NBR 9050/15 (p. 58), são consideradas rampas às superfícies

de piso com declividade igual ou superior a 5 %. Para garantir que uma rampa seja acessível, são definidos os limites máximos de inclinação sendo indicado a inclinação de 8,33%, os desníveis a serem vencidos e o número máximo de segmentos, conforme especificado na norma. A largura das rampas (L) deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas. A largura livre mínima recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m, sendo o mínimo admissível de 1,20 m. Toda rampa deve possuir corrimão de duas alturas em cada lado (ABNT, 2015)

Siqueira, et al. (2009, p. 41), demonstra que, 59,80% dos prédios não eram adequados para o acesso de idosos e portadores de deficiência física. Degraus dificultando o acesso de deficientes foram referidos em 44,2% das UBS. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas foi verificada em 63% das UBS e, entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão.

A porta é um dos mais importantes elementos da estrutura espacial, ela tem um papel fundamental nas relações sociais. O fato de uma pessoa não conseguir adentrar um ambiente no dia a dia, dificulta o convívio social afetando a autonomia e independência de pessoas usuárias de cadeiras de roda. As portas são essenciais para um bom deslocamento para pessoas que utilizam cadeiras de rodas, e se essas estão fora do padrão adequado se torna mais um fator que dificulta a circulação interna nas unidades de saúde. França, et al. (2010, p. 969) descreve que 30% das unidades pesquisadas contam com portas com largura inferior a 80cm. Em relação a portas do tipo vaivém sem visor vertical, 50% não possuíam esse quesito. Segundo a descrição dos autores dos artigos citados, Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) ponderam que, dos cinco locais onde havia portas do tipo vai-e-vem ou de duas folhas, 80% não possuíam visor vertical. Para Pagliuca, Aragão e Almeida (2006. P. 583) 100% das portas tipo vaivém não possuíam visor vertical com as medidas adequadas. Foi observado um total que apresentaram portas de correr sem trilho rebaixado de 43,75% das unidades que citaram esse item. Conforme Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498), dos cinco locais onde tinha porta de correr, 80% não possuíam trilhos rente ao chão. Para Pagliuca, Aragão e Almeida (2006. P. 583), 75% das portas de correr não possuíam trilhos nivelados ao chão. Para Carvalho e Avelar (2010, p. 473) as portas principais dos Laboratórios de uso do CRG atendem o que é previsto na NBR, porém precisam ser revestidas com material resistente a impactos, que podem ser provocados por cadeiras de rodas, bengalas entre outros. Em algumas portas foram encontradas maçanetas que não

são do tipo alavanca, conforme prescrito na NBR 9050 (2004).

A NBR 9050/15 (p. 70) condiciona as portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m. O vão livre de 0,80 m deve ser garantido também no caso de portas de correr e sanfonada, onde as maçanetas impedem seu recolhimento total. As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m. Recomenda-se que as portas tenham, na sua parte inferior, no lado oposto ao lado da abertura da porta, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso. As portas do tipo vaivém devem ter visor com largura mínima de 0,20 m, tendo sua face inferior situada entre 0,40 m e 0,90 m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso. O visor deve estar localizado no mínimo entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta. Em portas de correr, recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior. Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais frestas resultantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 15 mm (ABNT, 2015).

O piso tem um papel determinante na funcionalidade de uma unidade de saúde. Alguns fatores interferem na qualidade do piso utilizado, como, fator econômico, estrutura espacial como textura, cor, qualidade de execução, e a tecnologia com a utilização de materiais adequados. Conforme descrito em relação às condições do piso nas unidades pesquisadas, 67,56% não atenderam a norma. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) 50% das unidades não possuíam pisos de acordo com a norma. Para França, et al. (2010, p. 969), 75% não possuíam superfície regular, estável, firme e antiderrapante. Para Pagliuca, Aragão e Almeida (2006. P. 583) nenhuma unidade possui piso de acordo com a norma.

A NBR 9050/15 cita que, os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado). Deve-se evitar a utilização de padronagem na superfície do piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que pelo contraste de desenho ou cor possam causar a impressão de tridimensionalidade). Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus (ABNT, 2015).

As circulações apresentaram um desempenho ruim com 72,22% com largura inferior a 1,20m livre de obstáculos. Para Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) o acesso de pessoas, entre elas pacientes, acompanhantes, funcionários e alunos, deve possibilitar a entrada dos portadores de limitação física ao prédio sem a

ajuda de terceiros, ou seja, com total autonomia. No estudo apresentado por Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498), 75% das circulações não apresentaram circulação adequada. Para França, et al. (2010, p. 969), 65% das unidades não apresentaram dimensões coerentes com a norma. Segundo Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 583), nenhum hospital está corretamente adequado à norma, pois possuem circulações com largura de 1,20m, porém não estavam livres de obstáculos.

Segundo a NBR 9050/15 (p. 68), os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos. As larguras mínimas para corredores em edificações e equipamentos urbanos são: 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m; 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00 m; e 1,50 m para corredores com extensão superior a 10,00 m; 1,50 m para corredores de uso público (ABNT, 2015).

Os entrevistados denunciaram os aspectos da acessibilidade arquitetônica e urbana, como fatores importantes na determinação da possibilidade de acessar aos serviços de saúde, pois muitas pessoas com deficiência têm dificuldades de deslocamento nesses espaços. Especificamente em relação às condições estruturais das UBS, muitas têm rampas íngremes, escadas e corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados, entre outros problemas arquitetônicos, que dificultam a circulação de pessoas com mobilidade reduzida. (SOUZA & ROCHA, 2010, p. 234).

Estruturas físicas geral inadequado em 57,9%, parcialmente adequado em 42,1%. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes, salas de espera inadequadas, instalações sem identificação para portadores de limitações visuais ou auditivas constituem barreiras no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado (MARTINS et al, 2014, p 3413).

Segundo Pagliuca, Aragão & Almeida (2006, p. 587), “no intuito de promover a inclusão das pessoas portadoras de limitações, os mobiliários dos hospitais devem ser adequados a elas”.

Em sua conclusão Souza & Rocha (2010, p. 238) aponta como relevante os fatores ambientais quanto a equipamentos na área da saúde, considerando nossa farta legislação de acessibilidade, coloca ele: “ao analisarmos as questões que facilitam ou dificultam o acesso da pessoa com deficiência e mobilidade

reduzida aos serviços, a construção desses espaços ainda não é efetiva no Brasil.

Para Souza & Rocha (2010, p. 238) ainda em sua conclusão:

A população em geral não se responsabiliza e não luta pela eliminação das barreiras arquitetônicas nos espaços públicos, e o Estado também se omite nessa tarefa, não providenciando as adequações necessárias nos equipamentos e espaços públicos, privando o cidadão de um direito assegurado pela Constituição Federal Brasileira.

Na Tabela 3, são demonstradas os percentuais em relação a balcões, bebedouro e telefones públicos.

**Tabela 3 – Mobiliário e equipamentos no interior das unidades de saúde**

MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTO		
Item em estudo	Número de unidades estudadas	Inadequação
Balcões não atendem ao preconizado pela legislação	37	40,54%
Bebedouro não acessível	37	72,97%
Telefone público não acessível	37	54.05%

Fonte: Artigos Científicos número 1, 3, 4 e 5 que compoe a revisão literária de Barreiras Arquitetônicas

Em relação aos balcões, as pessoas usuárias de cadeiras de rodas necessitam de uma aproximação mínima que garanta um bom atendimento. Conforme descrito na Tabela 3, 40,54% não atenderam ao preconizado pela legislação. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498), 75% das unidades de saúde não atenderam esse item. Para França, et al. (2010, p. 969) a inobservância dessa especificação compromete o acesso do usuário cadeirante, determina uma sustentação postural inadequada que pode desencadear perturbações de estima e comportamento, e em 20% das UBS os balcões apresentaram altura superior ao preconizado e não atenderam à norma. Carvalho e Avelar (2010, p. 473) citam que, na unidade avaliada o balcão permite aproximação frontal, mas não tem profundidade que propicie aproximação de pessoas com cadeiras de rodas. Segundo Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 585) nas unidades estudadas, os balcões e as mesas não atenderam a altura em 20% das unidades, como preconizado pela legislação.

Conclui Souza & Rocha (2010, p. 234) que, as condições de acessibilidade e adequação de mobiliário, narradas pelos entrevistados em relação aos serviços de saúde [ ... ] eram bastante ruins, o que certamente influenciou a qualidade de vida dessas pessoas. A população em geral não se responsabiliza e não luta pela eliminação das barreiras arquitetônicas nos

espaços públicos, e o Estado também se omite nessa tarefa, não providenciando as adequações necessárias nos equipamentos e espaços públicos, privando o cidadão de um direito assegurado pela Constituição Federal Brasileira.

Em 72,97% apresentaram bebedouro não acessível. Para Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498), das unidades que possuíam bebedouros, nenhum atendia às medidas antropométricas adequadas, sendo encontradas alturas superiores e inferiores às preconizadas pela NRB 9050. França, et al. (2010, p. 969) cita que, 55% das UBS não disponibilizam bebedouro ou filtro de água para os usuários. E em 30% dessas instituições a disponibilização de filtros sobre mobiliário não permite aproximação lateral de uma pessoa cadeirante. Carvalho e Avelar (2010, p. 473) identificaram dois bebedouros, sendo que um deles está adaptado para atender usuários de cadeiras de rodas e crianças. Conforme Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 584) os bebedouros não respeitaram a altura em 97,5% das unidades estudadas.

Como podemos observar, trata-se de percentual bastante expressivo de unidades que não atendem às exigências das leis em relação aos bebedouros. Esse resultado é de grande relevância, por se tratar de interferência na saúde e no conforto dos usuários das unidades de saúde. Portanto as condições mínimas de usabilidade destes equipamentos não deveriam ser negligenciadas.

A NBR/15 (p. 117) recomenda que, todo mobiliário atenda aos princípios do desenho universal. Balcões de atendimento acessíveis devem ser facilmente identificados e localizados em rotas acessíveis, devem possuir superfície com largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m a 0,85 m do piso acabado, assegurando-se largura livre mínima sob a superfície de 0,80. Devem ser asseguradas altura livre sob o tampo de no mínimo 0,73 m e profundidade livre mínima de 0,30 m, de modo que a portador de cadeiras de rodas tenha a possibilidade de avançar sob o balcão (ABNT, 2015). Quanto aos bebedouros a NBR/15 (p. 115) recomenda que, a bica deve ser do tipo de jato inclinado, estar localizada no lado frontal do bebedouro, permitir a utilização por meio de copos e ser de fácil higienização. Deve-se instalar bebedouros com no mínimo duas alturas diferentes de bica, sendo uma de 0,90 m e outra entre 1,00 m e 1,10 m em relação ao piso acabado. O bebedouro de altura de bica de 0,90 m deve ter altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso acabado, e deve ser garantido um um módulo de referência de 0,80 x 1,20 para a aproximação frontal (ABNT, 2015).

Os telefones públicos não eram acessíveis em 54,05% da unidades de saúdes. Para Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) em cinco locais, dos nove que possuíam telefones públicos, nenhum aparelho se encontrava fora da altura

adequada. Conforme França, et al. (2010, p. 969) inexistem telefones públicos em 55% das unidades estudadas. Carvalho e Avelar (2010, p. 473) cita que, somente existia telefone público na proximidade da unidade estudada. Pagliuca, Aragão e Almeida (2006, p. 585) citam que os telefones estão instalados fora da norma.

Além das pessoas com deficiência física, “pessoas de baixa estatura não têm como usar estes equipamentos (bebedouros e telefones), o que inviabiliza o processo de inclusão de todos os cidadãos a despeito das diferenças de cada um” (PAGLIUCA, ARAGÃO & ALMEIDA, 2006, p. 587).

A NBR/15 (p. 114) dispõe que, deve haver no mínimo um que permita o uso por todas as pessoas, inclusive as pessoas com cadeiras de rodas. Telefones públicos deve ser garantido um módulo de referência de 0,80 x 1,20, posicionado para a aproximação frontal ao telefone. O telefone deve ser instalado suspenso, na parede oposta à entrada; a entrada deve estar localizada no lado de menor dimensão em relação ao módulo de referência de 0,80 x 1,20 e deve possuir um vão livre de no mínimo 0,80 m; o espaço em frente à cabina deve permitir rotação de 180° da cadeira de rodas (ABNT, 2015).

Na Tabela 4, são demonstradas os percentuais em relação a sanitários e seus componentes nas unidades de saúde.

**Tabela 4 – Sanitários no interior das unidades de**

SANITÁRIOS		
Item em estudo	Número de unidades estudadas	Inadequação
Ausência sanitários adequados às pessoas com deficiência física	33	27,27%
Ausência de área de manobra de cadeira de rodas com rotação de 90° ou mais	268	62,31%
Não possui espaço para transposição	32	62,50%
Não possui barras de apoio	33	81,81%
Bacia sanitária com altura superior ao preconizado	33	81,81%
Papeleira que não atendem a altura preconizada pela norma	33	72,72%
Valvula de descarga com altura preconizada pela norma	33	51,51%
Lavatório inadequado	33	30,30%
Torneira com alavanca	33	63,63%
Porta de acesso com largura inferior a 80cm.	257	78,60%

Fonte: Artigos Científicos número 1, 2, 3 e 4 que compõem a revisão literária de Barreiras Arquitetônicas

É grande a quantidade de sanitários que não oferecem acessibilidade. Devem ser observados os detalhes para proporcionar uma melhor usabilidade das instalações. Acessórios podem garantir o uso com conforto e proporcionar condições



mínimas de higiene.

Sanitários inadequados para utilização por pessoas com deficiência física foram encontrados em 27,27%. Para Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) apenas 75% não possuíam banheiro destinado aos deficientes físicos. Segundo França, et al. (2010, p. 969) em 96% das UBS as instalações sanitárias estão em desacordo com as normas técnicas. Carvalho e Avelar (2010, p. 468) identificaram a importância da instalação de banheiros adaptados para as pessoas com necessidades especiais, separando-os por gênero.

A NBR 9050/15 (p. 83) define que, os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem localizar-se em rotas acessíveis, próximas à circulação principal, próximas ou integradas às demais instalações sanitárias, evitando estar em locais isolados para situações de emergências ou auxílio, e devem ser devidamente sinalizados. Devem possuir entrada independente, de modo a possibilitar que a pessoa com deficiência possa utilizar a instalação sanitária acompanhada de uma pessoa do sexo oposto. Recomenda-se que a distância máxima a ser percorrida de qualquer ponto da edificação até o sanitário ou banheiro acessível seja de até 50 m (ABNT, 2015).

A pessoa usuária de cadeiras de rodas necessita de espaço para rotação em todo o seu percurso. Em relação aos sanitários deve ser prevista área para a movimentação e para transferência para a bacia sanitária. Um sanitário acessível permite que uma pessoa usuária de cadeiras de rodas possa utilizá-lo sem o auxílio de terceiros, trazendo independência e privacidade.

A falta de área de manobra de pelo menos 90° para cadeira de rodas foi constatada em 62,31% das unidades que apresentaram esse item. Para Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 498) dos locais visitados, 41,66% não permitiam ao deficiente físico uma rotação de no mínimo 90°. Segundo Siqueira, et al. (2009, p. 41) em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. França, et al. (2010, p. 969) cita que, em 65% dessas dependências o espaço interno não possibilita as manobras necessárias para que uma pessoa cadeirante possa utilizá-las.

A NBR 9050/15 (p. 85) diz que, as dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível devem garantir o posicionamento das peças sanitárias e com parâmetros de acessibilidade. As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, são: a) para rotação de 90° = 1,20 m x 1,20 m; b) para rotação de 180° = 1,50 m x 1,20 m; c) para rotação de 360° = círculo com diâmetro de 1,50 m (ABNT, 2015).

Em 62,50% das unidades analisadas foi constatada a falta de espaço para transposição do usuário de cadeira de rodas para a bacia sanitária. Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499), aponta que 50% das unidades estudadas não possuíam área de transferência. França, et al. (2010, p. 967) cita que 70% dos sanitários não dispunham de áreas de transferências junto às peças sanitárias.

Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499), nos banheiros, a área de transferência é aquela que torna possível a transposição da cadeira de rodas para a peça sanitária. Neste local, a área de aproximação deve oferecer espaço livre para o uso da peça, sem transposição.

A NBR 9050/15 (p. 85) diz que, a área necessária para garantir a transferência lateral, perpendicular e diagonal para a bacia sanitária, de 0,80m por 1,20m (ABNT, 2015).

A falta de barras de apoio para deficiente foram detectadas em 81,81%. Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499) citam que nenhuma unidade oferecia esse acessório em seus banheiros. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499) nenhuma unidades possuía barras de apoio. Para França, et al. (2010, p. 969) descreve que em 75% dessas instituições inexistiam barras horizontais instaladas junto à bacia sanitária e ao lavatório para que as pessoas com mobilidade prejudicada pudessem se apoiar.

Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499), a fim de facilitar a transposição do usuário de cadeira de rodas à bacia sanitária e minimizar o risco de quedas para aqueles com mobilidade reduzida, devem ser instaladas barras horizontais para apoio e auxílio.

A NBR 9050/15 (p. 90) recomenda que, junto à bacia sanitária, quando houver parede lateral, devem ser instaladas barras para apoio e transferência. Uma barra reta horizontal com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente. Junto à bacia sanitária, na parede do fundo, deve ser instalada uma barra reta com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente. Na impossibilidade de instalação de barras nas paredes laterais, são admitidas barras laterais fixas (com fixação na parede de fundo) ou articuladas (dar preferência pela barra lateral fixa), desde que sejam observados os parâmetros de segurança e dimensionamento estabelecidos, e que estas e seus apoios não interfiram na área de giro e transferência. Também na NBR 9050/2015 (p. 88), as barras de apoio são necessárias para garantir o uso com segurança e autonomia das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (ABNT, 2015).

Em relação a bacia sanitária, 81,81% não atendiam a altura preconizada. Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499) afirmam que foram encontradas em 100% das bacias sanitárias, altura inferior à preconizada. Segundo França, et al. (2010, p. 969) 70% das bacias sanitárias não atendiam à altura ideal. Carvalho e Avelar

(2010, p. 468) cita que a bacia sanitária está instalada a uma altura inferior ao preconizado pela norma.

A NBR 9050/15 (p. 85) diz que, quando houver mais de um sanitário acessível, recomenda-se que as bacias sanitárias, áreas de transferência e barras de apoio sejam posicionadas simetricamente opostas, contemplando todas as formas de transferência para a bacia, para atender a uma gama maior de necessidades das pessoas com deficiência (ABNT, 2015).

A NBR 9050/15 (p. 90) cita que, as bacias e assentos sanitários acessíveis não podem ter abertura frontal e devem estar a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior sem o assento. Com o assento, esta altura deve ser de no máximo 0,46 m para as bacias de adulto e 0,36 m para as infantis (ABNT, 2015).

A falta de papeleiras com altura e posição adequadas foram encontradas em 72,72%. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499), foram encontradas papeleiras a uma altura superior à preconizada em 91,6% das unidades estudadas. Para França, et al. (2010, p. 969) em 60% das unidades as papeleiras não atendiam à norma. Carvalho e Avelar (2010, p. 469) destaca que foi encontrada uma papeleira embutida e próxima à bacia sanitária, não atendendo o padrão estabelecido.

A NBR 9050/15 (p. 106) diz que, as papeleiras embutidas devem atender à altura de 0,55m do piso e 0,20m da borda da bacias. No caso de papeleiras de sobrepor que por suas dimensões devem ser alinhadas com a borda frontal da bacia, o acesso ao papel deve ser livre e de fácil alcance, com altura de 1,00m do piso. Não podem ser instaladas abaixo de 1,00 m de altura do piso acabado, para não atrapalhar o acesso à barra (ABNT, 2015).

A ausência de válvula de descarga com altura conivente com a norma também apareceram em 51,51% das unidades que apresentaram esse item. Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499) citam que foram encontradas válvulas de descarga a uma altura superior à preconizada em 75% das unidades. Para França, et al. (2010, p. 969) em 40% das unidades as válvula de descarga não atendiam à norma. Carvalho e Avelar (2010, p. 468) citam que o acionamento da descarga é automático e está instalado a uma altura de 0,76m, do seu eixo ao piso acabado, sendo que estas medidas seguem o padrão aceitável.

A NBR 9050/15 (p. 98) diz que, o acionamento da válvula de descarga deve estar a uma altura máxima de 1,00 m, e ser preferencialmente acionado por sensores eletrônicos ou dispositivos equivalentes. A força de acionamento deve ser inferior a 23 N. Admite-se outra localização para o acionamento com alcance manual (ABNT, 2015).

Quanto aos lavatórios, 30,30% apresentaram condições inapropriadas. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499), 22,22% não permitiam aproximação frontal conforme a norma. Para França, et al. (2010, p. 969) 40% não atendiam à norma. Para Carvalho e Avelar (2010, p. 468) o lavatório instalado no banheiro não é embutido em bancada e não permite uma área de aproximação frontal.

A NBR 9050/15 (p. 85) cita que, deve ser instalado lavatório sem coluna ou com coluna suspensa ou lavatório sobre tampo, dentro do sanitário ou boxe acessível, em local que não interfira na área de transferência para a bacia sanitária, podendo sua área de aproximação ser sobreposta à área de manobra; os lavatórios devem garantir altura frontal livre na superfície inferior e na superfície superior de no máximo 0,80 m, exceto a infantil (ABNT, 2015).

Em relação às torneiras com alavanca, 63,63% não atendiam à norma. Segundo Vasconcelos & Pagliuca (2006, p. 499) as torneiras devem ter alavancas operáveis com um único movimento, ou seja, de monocomando. Tal item não foi observado em sete dos oito banheiros que possuíam torneiras, ou seja 12,5%. Para França, et al. (2010, p. 967) nenhuma unidade possuía torneiras dos lavatórios com monocomando. Por fim Carvalho e Avelar (2010, p. 469) citam que as torneiras são acionadas por um dispositivo equivalente à alavanca, conforme o permitido.

A NBR 9050/15 (p. 99) diz que garantir o alcance manual da torneira de no máximo 0,50 m, medido da borda frontal do lavatório até o eixo da torneira (ABNT, 2015).

Por fim as porta de acesso aos sanitários com largura inferior a 80cm, das unidades que contemplaram esse item 78,60% foram inadequadas. Segundo Siqueira, et al. (2009, p. 41) em 77,54% dos banheiros das UBS não possuíam portas que garantissem o acesso de cadeirante. Para França, et al. (2010, p. 967) em 96% das unidades de saúde as portas dos sanitários não possuíam largura de 0,80m. Carvalho e Avelar (2010, p. 469) citam que a porta instalada de acesso ao banheiro é do tipo de correr, não possui maçaneta, e o puxador é vertical.

A NBR 9050/15 (p. 99) cita que, quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, deve abrir para o lado externo do sanitário ou boxe e possuir um

puxador horizontal no lado interno do ambiente, medindo no mínimo 0,40 m de comprimento, afastamento de no máximo 40 mm e diâmetro entre 25 mm e 35 mm; pode ser instalada porta de correr, desde que atenda às condições previstas, com vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m (ABNT, 2015).

Percebe-se, portanto, “a necessidade de mais esclarecimentos e conscientização quanto à inclusão de todas as pessoas, independentemente da sua condição física” (PAGLIUCA, ARAGÃO & ALMEIDA, 2006, p. 587).

Pagliuca, Aragão & Almeida (2006, p. 587), destaca em sua conclusão que cabe, portanto, à administração dos hospitais estarem atenta à legislação e cumpri-la. Para isto, é preciso assessorar-se de profissionais devidamente capacitados na área, incluídos aí o arquiteto e o engenheiro. A equipe de saúde também deve conhecer os princípios da acessibilidade para preservar aqueles já incorporados à arquitetura hospitalar e solicitar orientação adequada quando identificar barreiras no ambiente. Defende-se que a implantação e manutenção de ambientes acessíveis perpassam pela tomada de consciência do real significado de ambiente acessível. E que este vai além das barreiras arquitetônicas, pois depende da atitude inclusiva.

#### 4.3 CONCLUSÃO

Conclui-se que, em todo o país, as unidades de saúde não estão preparadas para atender com dignidade pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida. É preocupante a situação da acessibilidade nas unidades de saúde, o atendimento às normas, não atende a 50%, ou seja, mais da metade das unidades de saúde não se enquadram às normas, na maioria dos itens estudados, propiciando a criação de barreiras arquitetônicas que provocam dificuldades aos usuários.

A acessibilidade requer detalhamentos específicos nas edificações e o coerente atendimento à legislação para se evitar a construção de barreiras. No entanto o que se percebe, apesar da existência de regulamentação, é que a aplicação é restrita e ineficiente, resultando na falta de acessibilidade nos ambientes hospitalares. Percebe-se que, em relação às estruturas físicas, o acesso e o deslocamento apontaram índices altos em desacordo com a norma. A dificuldade de utilização dos espaços por pessoas com limitações motoras fazem com que estes fiquem dependentes, necessitando de acompanhante para adentrar e utilizar os ambientes. Sanitários não são adaptados, mobiliário e equipamentos inacessíveis provocam a exclusão de uma parcela significativa da população. Dispor de espaço

acessível é importante para uma boa conexão da pessoa com o ambiente, de tal forma a identificar e utilizar com autonomia e independência as funções necessárias para o atendimento de suas necessidades. Sabemos também que com um maior empenho das administrações nas unidades hospitalares existe a possibilidade de melhoras em questões pontuais e fácil resolução, não dependendo assim de recorrer a instâncias governamentais para atender a todos os requisitos de acessibilidade.

Com base nos dados obtidos da revisão literária, podemos observar que não ocorreram progressos significativos em acessibilidade nos últimos anos nas unidades de saúde estudadas. Os artigos demonstraram deficiências na implantação de medidas de acessibilidade, onde os resultados foram semelhantes ao longo tempo estudado.

Outro dado significativo se refere às deficiências de acessibilidade em unidades de saúde nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Embora tenhamos uma grande diversidade de características de população e de condições geográficas, os resultados são semelhantes nas regiões avaliadas. Acredita-se que aconteça a mesma situação no Centro Oeste, onde estamos inseridos. Nesse sentido pode-se perceber que, falta por parte do poder público, ações estratégicas e efetivas no sentido de garantir um atendimento igualitário para toda a população brasileira nas unidades de saúde

Faz-se necessário a melhoria das condições de acessibilidade para que pessoas possam usufruir de todas os ambientes com segurança, conforto, preservação da integridade e de sua privacidade.

## 5 AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA CONSTRUÇÃO CIVIL

Conforme relatado na página 22 e demonstrado com detalhes no item 3.2.2 “*Construção das categorias*”, nesse estudo, primeiramente foi feita a análise dos dados, a reflexão do processo, a transformação das entrevistas em códigos utilizando a codificação analítica focada e simultaneamente a criação das categorias. Posteriormente, foi feita a estruturação de 4(quarto) eixos que emergiram da temática e, cada um dos eixos trouxe uma questão que levou a inter-relação das categorias, discriminadas no Quadro 3 (Apêndice C).

Optou-se por apresentar os resultados considerando cada eixo com a(s) respectiva(s) categoria(s), subcategoria(s), de acordo com a tabela 5.

**Tabela 5** - Categorias, subcategorias

<b>PRIMEIRO EIXO - PARA QUE FAZER A ACESSIBILIDADE</b>	
Objetivos da acessibilidade	Garantir direitos fundamentais
	Para trazer eficiência no atendimento
	A sociedade é beneficiada
<b>SEGUNDO EIXO - ONDE HÁ IMPEDIMENTOS A SEREM SUPERADOS</b>	
Conscientização é necessário	Ampliar a visão
	Aliar projeto e execução
	Superar formalismos
	Superar conveniências
<b>TERCEIRO EIXO - OS MECANISMOS PARA SE ALCANÇAR ACESSIBILIDADE</b>	
Possibilidades de ação	Os conselhos e associações de classe são instrumentos importantes para obtenção de progresso
	O Poder Público é um instrumento importante para obtenção de progresso
	Profissionais podem garantir acessibilidade
Tecnologia versus custo	Tecnologia agrega eficiência à acessibilidade
	Argumento ambíguo do custo
<b>QUARTO EIXO - OS CAMINHOS DA MUDANÇA</b>	
Conscientização como processo	As expectativas da sociedade estão em processo de mudança
	Normas e demandas de mercado interagem no processo
O processo é gradual	Conscientização vem aumentando nas Instituições de saúde
	Profissionalismo transformando o ambiente construído

Fonte: Dados da pesquisa.

## 5.1 RESULTADOS

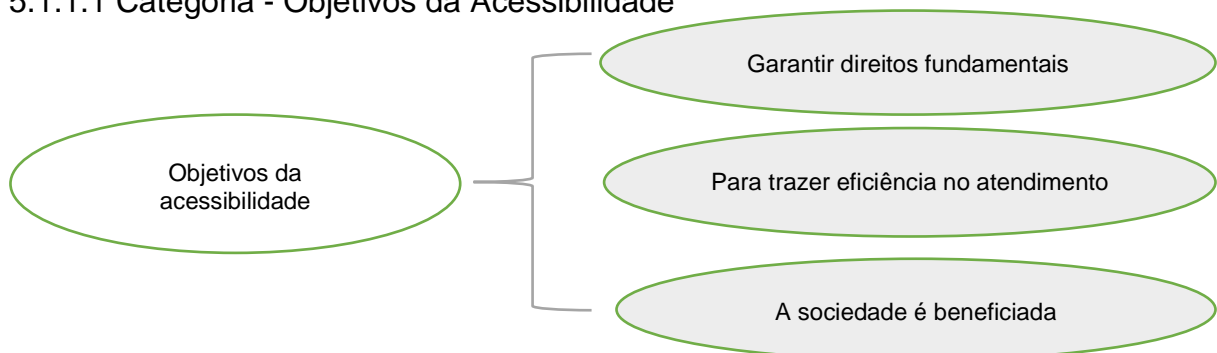
A presente pesquisa se propôs a investigar as perspectivas sobre os problemas que envolvem a acessibilidade nas unidades de saúde no país, pela visão de seis profissionais da construção civil. Buscou-se esquematizar as categorias, subcategorias e códigos em um modelo teórico que explica os processos relevantes. Para ilustrar essa discussão recorreu-se às exemplificações dos discursos dos participantes.

Destacam-se no material estudado, ideias que esclarecem para que se fazer acessibilidade, onde há impecílios a serem superados e quais são os mecanismos para se alcançar a acessibilidade. Além disso, obtivemos perspectivas a respeito dos caminhos da mudança.

### 5.1.1 Primeiro Eixo - Para que fazer acessibilidade

Todas as pessoas tem direito de viver em ambientes adequadas, seja para moradia, lazer, trabalho, educação e saúde. A acessibilidade garante que a inclusão aconteça naturalmente, trazendo como consequência, um ambiente confortável para todas às pessoas.

#### 5.1.1.1 Categoria - Objetivos da Acessibilidade



**Figura 5** - Categoria Objetivo da acessibilidade

Na visão dos entrevistados, a acessibilidade tem como objetivo atender aos direitos fundamentais, assim, promover a justiça social que todo ser humano tem direito. Independência, direito de ir e vir e autonomia são condições indispensáveis



para a vida em sociedade. A intenção é promover eficiência no atendimento a um grupo vulnerável, criando ambientes adequados que possibilitem um bom desenvolvimento das atividades nas unidades de saúde e evitar transtornos aos usuários. E finalmente, o resultado visado é beneficiar a sociedade, que pode compartilhar os espaços em condições de igualdade com todos os usuários.

Existe a necessidade de atendimento de uma parcela da população portadora de mais de uma deficiência, que precisa de espaços adaptados. Com a abrangência da legislação, se busca a igualdade de condições para todos. Mas, parece existir uma distorção no entendimento geral, onde se procura a igualização.

Considerando que quase 24% da população brasileira tem algum tipo de deficiência e são consumidores de mercadorias, bens e serviços, a acessibilidade plena contribui para que o maior número de pessoas seja inserido plenamente na vida cotidiana da sociedade. Sem barreiras, elas podem desenvolver suas atividades em condições de igualdade com as pessoas sem deficiência. Tanto a independência como a autonomia estão relacionadas com o desenvolvimento das atividades diárias, onde podem determinar a inclusão em seu ambiente social.

Não é criar coisas excludentes, é criar um espaço adequado para todo mundo, para que tenha a chance de fazer acontecer, de ela se desenvolver, de ter a opção de um curso, de lazer, e tudo. (A2)

Pensando no convívio social, a acessibilidade é um pressuposto dos direitos de igualdade da população na utilização de edifícios de uso público. A Constituição Federal de 1988, no seu Caput do Art. 5 define os direitos e deveres individuais e coletivos, em que todos são iguais perante a lei sem discriminação de qualquer natureza. O direito de oportunidades iguais diante da diversidade humana é uma parte da inclusão social. Para não reforçar a desigualdade, é necessário um olhar cuidadoso para as diversidades e peculiaridades inerentes às pessoas. É necessário garantir que pessoas possam usufruir dos espaços na sua plenitude. Assim estaremos no caminho da justiça social.

Você poder usufruir de todos esses espaços, pode ter nas atividades uma equiparação de oportunidades como qualquer outra pessoa [ ... ] é você dar a possibilidade de qualquer pessoa acessar e usufruir um ambiente. Em primeiro ponto com equidade com as outras pessoas (A1)

A falta de acesso aos espaços públicos contribui para que pessoas com deficiência e mobilidade reduzida sejam marginalizadas. A legislação brasileira é ampla, porém somente a obrigatoriedade não garante o atendimento de todas as necessidades das pessoas. Deve se ter um maior envolvimento da sociedade em relação a cobrança de direitos.

Isso ai não está atendendo o consumidor, não está atendendo todas as pessoas, então a gente tem de ir evoluindo. Eu acho que o Brasil está sempre uns 20, 30 anos atrasado nessa área. Então com certeza, acho que não vai voltar, vai pra frente sempre, mas, depende das pessoas também. Eu acho que a gente aceita as coisas, que está na cara que não serve pra todo mundo. (A1)

Já que os postos de saúde são mantidos pelo poder público, cabe a ele a iniciativa de implantar mudanças. As estruturas físicas são muitas vezes deficientes, insuficientes e sem manutenção adequada. As instalações de saúde deixam os pacientes muitas vezes desconfortáveis e insatisfeitos, não oferecendo condições de atendimento digno. Falta de adequação no atendimento pode privar pessoas de usufruir espaços públicos de saúde.

*Atenderem os pacientes num prédio não acessível [ ... ] uma unidade de atendimento, normalmente é do poder público, ou é municipal, o posto de saúde ou é do estado. [ ... ] eu acho que ai vai haver uma ação deprimente ... (A3)*

Nesse contexto, as unidades de saúde devem estar preparadas e oferecer facilidade de acesso aos seus serviços. Devemos considerar que a maioria das pessoas que buscam atendimento em uma unidade de saúde estão fragilizadas e carentes e as dificuldades de acesso prejudicam a qualidade do atendimento.

Nos equipamentos de saúde, postos de saúde, hospitais que provavelmente, claro, deve ter acesso acessível por gente com esse tipo de problema [ ... ] o portador de alguma necessidade ele tem que ser tratado como se ele não tivesse, como se fosse uma pessoa comum (A3)

O espaço físico adequado para assistência médica deve propiciar conforto, facilidade de circulação e acesso. O ambiente deve ser uma das garantias de bom atendimento em unidades de saúde. A acessibilidade facilita o trabalho dos

funcionários e garante a segurança aos pacientes e acompanhantes.

A falta de rota acessível nas unidades de saúde traz como consequência uma estrutura física deficiente e dificulta que pessoas com necessidades especiais sejam atendidas. A rota acessível fecha o circuito de requisitos necessários para um circulação fácil e segura, fazendo a interligação do trajeto interno com o externo, viabilizando o bom atendimento aos usuários.

De repente você não tem como chegar, você não forma um circuito, então é justamente a rota, não tem uma acessibilidade integrada (A1)

A inserção social implica em desenvolvimento de uma vida saudável e ocorre à medida que os espaços sejam acessíveis à todas as pessoas. Não conseguir transpor barreiras leva as pessoas com dificuldades de locomoção ao isolamento na sociedade. Muitas vezes, pessoas ficam confinados em seus ambientes domésticos por não terem condições de circulação adequada e segura para o desenvolvimento de suas atividades. Isso traz consequências graves para as pessoas com algum tipo de limitação física. Também tende a sobrecarregar seus familiares. O desrespeito às necessidades básicas traz desrespeito às pessoas.

Normalmente a gente pensa na situação mais frágil do ser humano [ ... ] que tem uma deficiência ou está atravessando um estado momentâneo de deficiência, ali ele sente as barreiras mais difíceis do que uma outra pessoa numa situação normal [ ... ] a pessoa não sai de casa, ai não se inclui na sociedade. Tem vontade de assistir um teatro, tem vontade de fazer um curso superior, tem! Mas não tem condições, essas barreiras ai assim, elas são enormes ...(E1)

Os ambientes devem ser preparados para dar segurança e atender a todas as pessoas, mas nem sempre isso acontece. A falta de acessibilidade interfere no desempenho dos profissionais das unidades de saúde, tanto pela demora no atendimento quanto pela dificuldade no manuseio do paciente. A falta de equipamentos, mobiliário inapropriado, circulação com obstáculos e subdimensionados, ambientes com espaços insuficientes, são exemplos de falhas de estrutura que dificultam um bom atendimento. O profissional, muitas vezes, precisa de um esforço muito maior para assistir ao paciente na hora de uma consulta e\ou exame. Assim, a falta de acessibilidade o deixa sujeito a vários riscos na condução de pacientes com deficiência, tendo que se adaptar a situações

inesperadas. As mulheres são mais vulneráveis e prejudicadas pela dificuldade na transferência ou uso de equipamentos específicos como os exames ginecológicos e mamografia.

Então são muitas coisas que acabam atrapalhando a saúde, principalmente quando você fala na saúde da mulher, que ela precisa de exames periódicos e com alguns equipamentos próprios que existem no mercado, são adequados à acessibilidade e não são comprados! Ai , em qualquer rede ... não estou falando do poder público não! Você vai nessas redes chiques, particulares, e também não tem. Fazer uma mamografia, muitas vezes o aparelho não desce... isso acarreta um problema de saúde para quem é deficiente ou problema de mobilidade [ ... ] a gente que tem deficiência tem muito problema pra fazer determinados exames, por que as macas são altas, pra você fazer a transferência você tem uma dificuldade muito grande.(A1)

A falta de acessibilidade pode levar ao comprometimento da saúde dos funcionários, dos acompanhantes que muitas vezes são solicitados a ajudar e dos próprios deficientes físicos. Além de tornar o atendimento mais complicado no sentido operacional, traz constrangimentos e pode acarretar transtornos emocionais. As dificuldades vão se tornando recorrentes, dia após dia e a assistência vai se tornando estressante para o profissional e penosa para os usuários. Essas situações podem trazer como consequência abalo psicoemocional do paciente, podendo prejudicar a recuperação de sua saúde.

E a questão do risco. Por que você está expondo uma pessoa com deficiência, por que se está dentro de numa área de saúde não está bem, há diversos riscos [ ... ] você pode até ter risco de morte da pessoa [ ...] então precisava carregar a pessoa, colocar a pessoa no box ... impossível você num hospital ... as pessoas estão lá por que estão com problema de saúde, e isso na maioria das vezes causa imobilidade, você tá com uma dor, você está numa cadeira, né? E não ter acessibilidade é ... é o trabalho ao contrário, é um absurdo (A1)

A percepção do espaço físico e a consciência do ambiente é importante para o paciente se sentir bem. Apesar da legislação ser abrangente, o que o usuário sente não está na norma. O profissional projetista, além de usar seus conhecimentos técnicos que permitam atender às necessidades de pessoas com deficiência, também deve usar sua sensibilidade ao projetar. É importante amenizar o clima hospitalar, muitas vezes hostil e frio, projetando edifícios dentro de condições que garantam conforto ambiental, físico e psicológico.

Conforto é você pensar [ ... ] na cabeça do paciente, primeira coisa [ ... ] por que se o olhar agrada já ajuda e muito, já ameniza, pode não ter o ar condicionado, não estar funcionando, se o ambiente é agradável, ele se sente confortável ... (A4)

Considerando que a perspectiva de vida do brasileiro vem aumentando, amplia também a necessidade de utilizar especialidades medicas diversas. O idoso precisa de maior atenção para garantir perspectivas positivas de vida. Cada vez mais idosos com limitações de mobilidade necessitam de cuidados especiais. A acessibilidade pode trazer autonomia e independência a essa parcela da população.

O aumento da expectativa de vida aumentou muito, a gente vai ter mais idosos e muito mais cuidado com esses idosos [ ... ] não só eu, eu trabalho com isso, mas acho que as pessoas de maneira geral, os arquitetos, projetistas de maneira geral vão projetar mais, pensando nessa ... nesse pessoal dentro da faixa etária mais elevada. (A5)

Desenho universal é de grande importância no atendimento das necessidades de acessibilidade. Esse conceito proporciona grande flexibilidade no ato de projetar para atender a quase todas as tipologias físicas, inclusive para as pessoas idosas. E também, oferece maior segurança, podendo ser utilizado como instrumento de inclusão.

Um desenho que a pessoa vai ter um mínimo de risco possível, de quedas, principalmente no caso dos idosos [ ... ] se tem declive botar um ... corrimão [ ... ] se a gente começar implementar essas pequenas coisas a gente vai ajudar muito no dia-a-dia das pessoas. (A5)

Toda sociedade recebe o retorno das benfeitorias implantadas em edifícios de uso público. O ambiente hospitalar deve oferecer bem estar para pessoas. O conforto no ambiente contribui e agrega qualidade nos atendimentos, trazendo tranquilidade e bem estar aos usuários.

Culturalmente ainda não adquirimos a consciência de que um espaço comum pode ser utilizado sem segregação ou limitação. Espaços públicos devem ser construídos para atender a todos e serem compartilhados em condições de igualdade. Muitas vezes isso não é suficiente, causando uma separação entre pessoas consideradas padrão e as com algum tipo de limitação.

Temos que pegar a situação mais difícil e tentar colocar ela como geral, por que ai você trabalha com segurança [ ... ] a gente tá tentando ajudar pessoas que está na situação de maior fragilidade (E1)

Ressalta-se que a acessibilidade acontece como um elo de ligação entre o conforto físico e o conforto psicológico. Quando o ambiente é projetado e executado pensando nas diversidades de pessoas que poderão utilizar, agrega conforto e torna o espaço humanizado. Portanto, nesse cenário, a acessibilidade é importante para o ambiente hospitalar, considerando que pessoas com deficiência física são psicologicamente mais vulneráveis às condições físicas.

Na área da saúde ele tem que abranger muito por que o stress, a gente aprende isso, e isso é verdade [...] elementos na arquitetura ou espaço que te dê uma tranquilidade, um conforto que seja. Você não pode estar desconfortável e a grande maioria das pessoas, gente ... são mais maltratadas ainda [ ...] fila, você fica em pé, você é mal tratado por que o governo demora ... enfim ... mas isso ai é uma questão de Brasil. Eu acho que conforto é você pensar nessa ... é a primeira coisa que eu penso é na cabeça do paciente. (A4)

Uma das formas de inclusão social é fornecer um ambiente acolhedor, equiparando as oportunidades de todas as pessoas dentro da sociedade. Espaços, equipamentos e mobiliários básicos como os acessórios e os móveis de recepções, sanitários, consultórios, e circulação em geral, devem atender às necessidades de todos. Considerando que existem diferenças físicas entre pessoas, e que as características individuais devem ser respeitadas, a acessibilidade é uma forma de combater a discriminação. Além das pessoas com deficiência, é importante também lembrar dos usuários que tem dificuldades de locomoção momentâneas.

O mobiliário [ ... ] ele também precisa ainda de muito desenvolvimento, muita pesquisa em cima disso, principalmente na questão dos espaços públicos, os de saúde então nem se fala, né, por que a questão de maca, exames que são feitos, dependendo da posição que a pessoa tem que ficar ... e não é adequado pra todo tipo de limitação ... (A2)

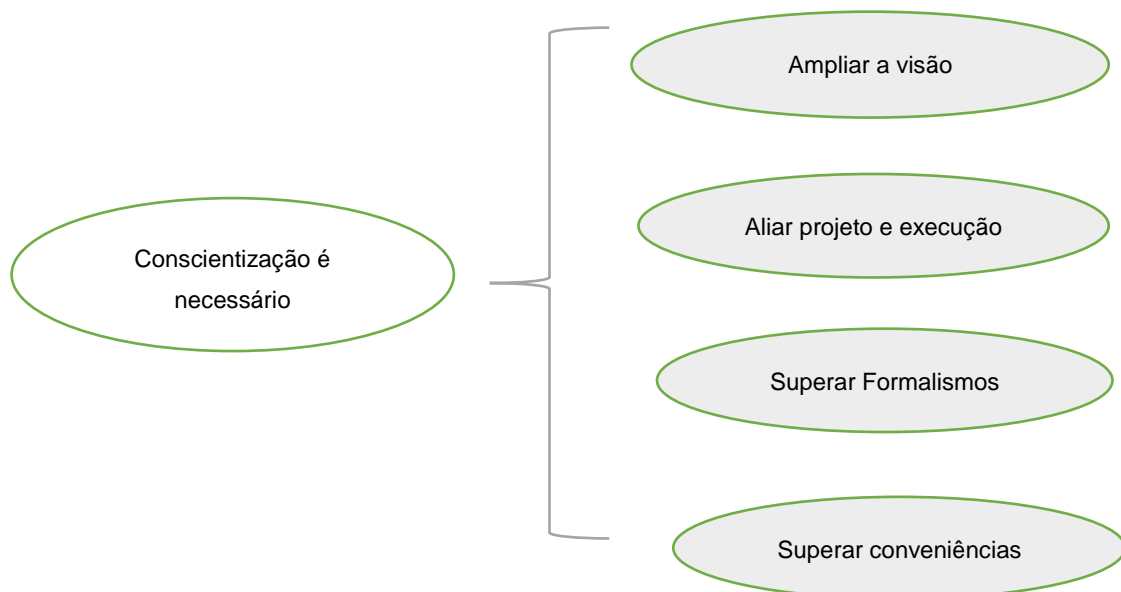
A comunicação é fundamental para uma locomoção segura e eficiente das pessoas com mobilidade reduzida nos espaços de uso público. Ela facilita o deslocamento interno, identificando os sanitários, consultórios, e outros. Esse é um instrumento importante para completar um sistema de acessibilidade, reforçando a independência e agilidade de locomoção dessas pessoas.

Ela já se sente mais em condições de conhecer melhor o prédio, pesquisar ali o que ela esta precisando ou pelo menos onde é a chegada, ou o consultório, tal ... sem ter que ficar perguntando, por que a gente tenta sempre criar mecanismos de acessibilidade e dar autonomia e independência para as pessoas. Se existe comunicação visual então facilita muito [ ... ] a primeira coisa quando entro num edifício ... assim, eu vou olhando se tem comunicação visual, e vou logo anotando e falo ... "gente tem que ter uma comunicação visual, vamos dar independência para as pessoas, fica muito mais fácil ... (A5)

### 5.1.2 Segundo Eixo - Onde há Impedimentos a Serem Superados

Na visão dos participantes, a conscientização do profissional da construção civil vem crescendo gradativamente. Restrições e hábitos moldam a forma de pensar e agir na concepção de um projeto e na concretização de um edifício. Graças ao surgimento de legislações específicas, vem ocorrendo mudanças no entendimento dos profissionais em relação ao projeto acessível. Apesar do rigor da legislação, a acessibilidade ainda não se tornou realidade em muitas unidades de saúde. Essa situação mostra, de acordo com os profissionais entrevistados, que leis e regulamentos em si, não são suficientes.

#### 5.1.2.1 Categoria- Conscientização é necessário



**Figura 6** - Categoria Conscientização é Necessário

Os profissionais da construção civil percebem que a implantação da acessibilidade passa por uma abertura de visão. É preciso pensar no ambiente com foco no benefício das pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida. A construção de uma edificação segue um processo que vai desde a elaboração do projeto até o documento que autoriza a ocupação, sendo todas as etapas importantes para o resultado final. Dentre os mecanismos que podem melhorar as condições de acessibilidade está o gerenciamento da obra que alia o projeto à execução, exercendo controle sobre as barreiras arquitetônicas. Sendo assim, é necessário superar formalismos e observar as necessidades para conceber espaços realmente utilizáveis por todas as pessoas. Para uma acessibilidade adequada nas unidades de saúde, o profissional deve também superar determinadas conveniências em relação ao ato de projetar, como alguns hábitos da cultura profissional.

Os entrevistados descrevem que os projetos implantados em unidades de saúde devem preconizar uma visão agregadora que vai além da aplicação seca da legislação. Os projetos arquitetônicos podem oferecer uma gama de soluções que facilitem o deslocamento e atenda aos pré-requisitos de acessibilidade. Entretanto, alguns profissionais se atem apenas às normas de aprovação de projetos, se esquecendo de valorizar a acessibilidade como uma meta em si. Considerando a quantidade de pessoas com deficiência física e com dificuldades de locomoção, deve-se pensar em formas de incrementar a conscientização na cobrança dos direitos de utilização dos ambientes. A conscientização garante a cidadania e é necessária para que os espaços de uso público se transformem.

A Arquitetura tem um campo de atuação bastante abrangente, sendo a acessibilidade apenas uma fração das possibilidades de benefícios que uma edificação pode oferecer. É importante aplicar conceitos específicos na concepção de edificações que se adequem aos desajustes físicos que as pessoas que irão utilizar os ambientes podem ter. Essa deve ser uma das preocupações que podem interferir para o bom desempenho das atividades desenvolvidas em uma unidade hospitalar. Os profissionais projetistas da área de saúde devem, além da aplicação de leis, normas e decretos, considerar o impacto que essa edificação pode causar nas pessoas.

Porque as normas elas são frias [ ... ] então a gente tem que criar o



ambiente dentro das normas, promovendo acessibilidade, mas também levar em consideração essa questão social para você não acabar excluindo (A2)

O profissional da construção civil deve ter uma visão do todo nos projetos arquitetônicos, incorporando instrumentos que venham contemplar e proporcionar aconchego, conforto e liberdade de locomoção. Em um ambiente de saúde, o deslocamento de funcionários, acompanhantes e pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida, deve fluir livremente, sem a ajuda de terceiros. A rota acessível permite que as pessoas com dificuldades de locomoção possam circular normalmente com independência e autonomia. Permite a interligação dos espaços sem barreiras. Muitas vezes, em edifícios de saúde, a rota incompleta dificulta a acessibilidade.

Hoje, a gente tem uma acessibilidade pontual, então você tem [ ... ] e ai de repente você não tem como chegar, você não forma um circuito, então é justamente a rota, não tem uma acessibilidade integrada [ ... ] É justamente onde pega mais, acho que é a famosa rota, hoje chamo muito de acessibilidade integrada (A1)

Existe a necessidade de se quebrar as barreiras que separam as pessoas. Deve-se incrementar processos que venham introduzir mudanças de comportamento para uma maior conscientização de inclusão. Os profissionais da construção civil possuem informações acadêmicas para atender com qualidade às necessidades das pessoas. Uma das possibilidades é oferecer projetos acessíveis que, gradativamente ajudem no processo de conscientização. No entanto, não cabe somente ao profissional projetista promovê-la, devendo ser tratada como um tema de interesse de toda a sociedade e dos órgãos governamentais.

Quando eu fiz o curso em São Paulo [ nome do arquiteto ] fez todo mundo ser cadeirante, todo mundo sentou na cadeira “vamos lá pra você vê, tenta você sentar num vaso sanitário” por que ai você começa a pensar, e é verdade, não adianta você fazer a barra, mas a cadeira não tem como girar, o banheiro é grande mas o vaso não está no lugar preciso, a altura do vaso não é adequada para a cadeira, o tamanho da barra, a pessoa sem pensar, não pensou que ela tem que ter a distância pra ele pôr o braço para voltar pra cadeira. Então, tem várias coisa que você não tá lá, você nunca consegue visualizar isso, você tem que vivenciar, né, é o ideal. E as escolas deveriam pensar nisso, por que é uma coisa simples. Por que por mais que você pensa assim, é difícil, mas é muito difícil, imagino pra uma pessoa que tem necessidade, é muito difícil... é muito difícil! A gente não consegue imaginar...(A4)

Grande parte da população tem dificuldades para entender as reais demandas das pessoas com necessidades especiais. A conscientização é mais fácil quando se vive ou convive com portadores de deficiência. Considerando que vivemos dentro de nossos próprios padrões, muitas vezes não conseguimos entender as dificuldades dos outros. Campanhas educativas que informem as condições de vulnerabilidade vividas por pessoas com deficiência física podem ser eficientes para sensibilização da sociedade.

Nós passamos muitos anos sem uma conscientização de cidadania né, não só no aspecto de acessibilidade, em vários sentidos, então eu acho que esse é um deles. Infelizmente, essa questão de cidadania pede que pessoas usem espaços, então muitas vezes não é só governamental, arquitetos, o próprio ser humano no uso de seu ambiente, ele provoca barreiras [ ... ] provoca que pessoas não usem os ambientes ...(A1)

A implantação da acessibilidade passa pelas fases de aprovação do projeto e de execução da obra. Porém, para uma obra ser bem executada, é importante que o projeto contemple informações detalhadas, pois a falta dessas abre precedentes para alterações na fase de execução. Portanto se faz necessário que tanto o executor quanto o projetista tenham a mesma visão e cuidado com a acessibilidade. Em edifícios de uso público, os profissionais da construção civil devem utilizar a criatividade no sentido de aliar a acessibilidade às condições físicas do prédio. Muitas vezes as instituições de saúde ocupam edifícios já construídos e a adaptação às normas de acessibilidade se torna complexa.

A fase de concepção de um projeto acessível é o momento adequado de se fazer a arquitetura inclusiva. Na fase de execução, deve-se seguir fielmente o projeto aprovado. Alterações durante a construção, muitas vezes geram espaços construídos que não atendem aos requisitos legais necessários para a acessibilidade plena.

Tenta dar uma característica de acessibilidade ao projeto mas na hora da execução vem outro problema [ ... ] se nós formos na linha da iniciativa pública, né, que é a prefeitura construindo, a prefeitura, estado, a preocupação também é muito pequena com acessibilidade, com a execução do projeto. (E1)

A aprovação de um projeto segue uma sequência de procedimentos de controle que garante o atendimento de pré-requisitos básicos. A fase seguinte

contempla a execução da obra e nessa etapa a fiscalização torna-se de fundamental importância. Na fiscalização de uma obra, faz-se necessário checar o que contempla o projeto para garantir a qualidade da execução. Após a conclusão da obra é realizada por parte do órgão fiscalizador uma vistoria para verificação se o imóvel foi construído de acordo com o projeto. Tal vistoria visa a liberação do documento que autoriza a ocupação do imóvel. Na prática, quando ocorre omissão por parte da fiscalização da obra e da vistoria final, o documento de ocupação é liberado sem o cumprimento integral do projeto. Esse fato pode prejudicar a implantação das estruturas de acessibilidade projetadas.

Todos os processos licitatórios, todos os processos da gestão urbana, do crescimento acelerado parece que eles vão ao contrário dos bons projetos você não tem tempo, você entra na prefeitura com um projeto básico, sem detalhamento e acessibilidade é detalhamento se você não mostrar que tem que ter aquela inclinaçãozinha, aquele desnivelzinho, não vai sair bom...(A1)

Nem sempre edifícios ocupados por unidades de saúde pública permitem adequações que garantam aos ambientes um atendimento satisfatório. Para garantir um padrão mínimo de atendimento não é suficiente quebrar paredes. Alguns edifícios apresentam problemas conjunturais básicos. O resultado disso pode ser uma má qualidade da instalação, dificultando ou impossibilitando a implantação da acessibilidade. O antídoto é o projeto acessível que deve fundamentalmente se apropriar da capacidade criativa do profissional projetista e de tecnologias disponíveis no mercado para garantir viabilidade de ocupação.

Então acho que aí o que vai ajudar é a criatividade, e é você fazer vários estudos, conhecer tecnologias, que isso hoje em dia tem muita tecnologia no mercado que pode te ajudar, e pensar ...(A1)

Na visão dos entrevistados tanto nas fases de projeto quanto de execução, existem tendências de se restringir às exigências legais, esquecendo-se do espírito da lei. Muitas vezes o profissional da construção civil se atém exclusivamente às normas, negligenciando o real uso do ambiente.

Somente seguir as normas e leis não garante necessariamente um espaço confortável e eficiente para todas as pessoas. Apesar da qualidade da legislação o profissional precisa pensar além do que é cobrado e considerar as

especificidades dos futuros usuários do espaço a ser projetado e construído. O real uso do ambiente fica negligenciado em relação às possibilidades de usabilidade.

Passamos muitos anos sem uma conscientização de cidadania, não só no aspecto de acessibilidade, em vários sentidos, então eu acho que esse é um deles. Infelizmente, essa questão de cidadania pede que pessoas usem espaços, então muitas vezes não é só governamental, arquitetos, o próprio ser humano no uso de seu ambiente ele provoca barreiras, provoca que pessoas não usem os ambientes ...(E1)

Considerando que arquitetura é arte, a estética é um dos componentes do projeto arquitetônico. O profissional projetista deve aliar a estética à organização funcional. A acessibilidade espacial visa integrar o espaço como um todo, e não em soluções isoladas. É necessário a adoção de diferentes medidas que privilegiem um projeto que atenda a todos. Os profissionais devem criar alternativas que valorizem a forma construtiva sem negligenciar a funcionalidade da acessibilidade. As soluções adotadas devem levar em consideração o entendimento de como as pessoas conseguem realizar suas atividades aliado à estética.

A gente que é arquiteto, trabalha com o belo também, e as pessoas nos cobram isso, e nessa área de acessibilidade, um canto reto numa casa, num corredor ... é um perigo, por uma criança, pra um velho, bom ... enfim, pra todo mundo, entendeu [ ... ] então, eu acho que veio conscientizar, e espero que o desing venha para isso também [ ... ] nessa área de saúde você tem que olhar pra isso ai, por que isso causa acidente. Entendeu? Tem que evitar [ ... ] não estou fazendo uma coisa só pra colocar meu nome em aparência que é lindo, eu tenho que fazer funcionar... (A4)

A arquitetura hospitalar deve romper com projetos padronizados, uma vez que a legislação que normatiza a acessibilidade é de qualidade, porém, somente ela não garante uma arquitetura inclusiva. A colocação de pequenos detalhes e acessórios como recursos construtivos não são suficientes para um bom projeto. Os espaços devem permitir o deslocamento com áreas maiores de circulação sem obstáculos, possibilitar o uso de todos os ambientes e equipamentos. É também muito importante uma comunicação que facilite a articulação entre todas as possibilidades de atendimento.

Eu acho que, você tem projetos que se adequam, vai muito do profissional, tem profissional que pega o desenho universal, não, ele faz acessibilidade, acessibilidade é um band aid no projeto você vê que ele ... ai ele, haa, tem que fazer acessibilidade, então vai lá coloca a plataforminha, entradas meio difíceis, e tem profissional que já cria isso integrado com todo mundo (A1)

Muitas vezes o cliente não entende a real finalidade de determinadas exigências, podendo dificultar o andamento dos trabalhos. Assim, não percebendo a função dos profissionais que fazem a aprovação dos projetos nos órgãos envolvidos, consideram desnecessárias tantas exigências. O profissional também deve intermediar a negociação nesse processo para garantir uma conclusão satisfatória nesse processo.

*Eu até brinco muito com meus clientes, “não ... vocês não vão nesses órgãos de análise,” por que eles brigam muito, eles querem impor [ ... ] exatamente por isso, por que eles sempre querem menos, por que é uma área que eles não tem noção e eu, eu brigo [ ... ] o que eu posso fazer em cima do que eles impõem para colocar, se eu achar que está certo... não é só por que eu acho que está certo, é por que eu acredito na vivência deles (A4)*

Cabe ao projetista, com seu conhecimento acadêmico e prático, mostrar ao cliente os benefícios das imposições legais. Quando o cliente entende que as exigências da legislação podem melhorar a qualidade do seu empreendimento, ele aceita. Quando o projeto é bem executado, atende bem o desenvolvimento de suas atividades e valoriza o investimento.

*As pessoas ficam tão satisfeitas quando você faz uma coisa que eles gostam e fazem um trabalho dele dar certo ...(A4)*

Os participantes das entrevistas também enfatizam que existem profissionais da construção civil que incluem acessibilidade em seus projetos de forma superficial. Assim, não atendendo a todos os tipos de deficiência, sendo os cuidados limitados para as pessoas que possuem duas ou mais deficiências, como os idosos. Na cultura profissional, não se exige suficientemente que o arquiteto acompanhe a obra. A falta de acompanhamento gera vários tipos de deficiências no resultado final da construção. Também enfatizam o hábito brasileiro de dar um jeitinho. E ainda que, as normas e leis criadas tem muitas vezes sua aplicação prorrogada ou não são exigidas na sua totalidade pelos agentes fiscalizadores.

Os espaços públicos são feitos para todos, mas, nem sempre todos podem utilizar, existindo uma contradição. Edificações são construídas considerando mais a exigência da legislação do que o atendimento às necessidades das pessoas.

A acessibilidade deve ser universal e não um lugar determinado para cada tipo de pessoa.

Lógico que todo o bom profissional, assim como em qualquer área que foi aparecendo e desenvolvendo ele vai se atualizando, então, acho que cabe a ética, que deveria ser desde os princípios que o ser humano mudou vai...na antiguidade uma pessoa que tivesse alguma deficiência não conseguiria sobreviver pelas condições ambientais ... a partir desta mudança não precisaria nem ter leis, normas, uma vez que você tem espaço para o ser humano, a obra do arquiteto vai ser construída para os seres humanos, dentro deste projeto deveriam estar incluídas as pessoas que tem dificuldades de andar, de enxergar, as outras tipologias de pessoas se não o homem padrão ... (A1)

O hábito de dar um jeitinho já estabelecido na cultura geral pode prejudicar a aplicação fiel das normas. Cada indivíduo integra inconscientemente, hábitos de comportamento, de língua, de julgamento e formas de se relacionar com o mundo. São próprias à sua classe social, profissão, cultura, subcultura do grupo e da instituição que o formou. Um dos hábitos de comportamento se refere à aplicação da legislação, onde prazos são estabelecidos e não são cumpridos. A ética nem sempre rompe com esses padrões interiorizados. Portanto, mesmo com legislações abrangentes, não são atendidas todas as necessidades de todos os tipos de deficiência, devido a negligência na cobrança das leis, normas e decretos. Em relação a isso, os profissionais da construção civil como, arquitetos, engenheiros, designers, responsáveis técnicos, fiscais de obras, muitas vezes se omitem na eliminação completa de barreiras arquitetônicas.

Eu acho que a gente tá bem de norma, o que falta é cumprir as normas. Se a gente cumprisse metade do que está aí, você vê quantas normas já tem, quantos decretos que deram prazos pra cumprimento e esses prazos não foram cumpridos. Então, se a gente cumprir a legislação existente a gente já está num bom caminho ...(A5)

Após a elaboração do projeto, na fase de execução, o gerenciamento por parte do projetista garante a qualidade da obra. Muitas vezes, a construção é acompanhada por profissionais que não participaram da concepção do projeto. Ocorre ainda que se o projeto não contemplar todos os detalhes, a construção será executada de acordo com a orientação do responsável técnico pela obra, dando margem a interpretações que podem criar barreiras. Para que uma construção seja bem sucedida toda a equipe de profissionais deve estar envolvida na compreensão

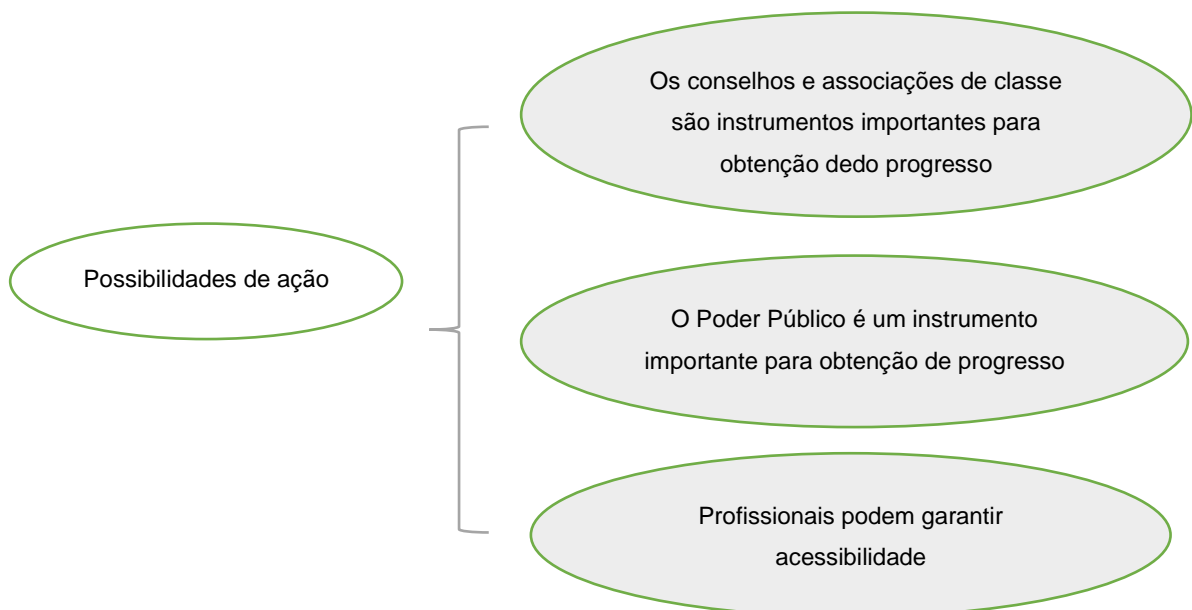
integral do projeto.

Isso é uma coisa que na nossa cultura de contratar o projetista isso é muito separado, muitas vezes a pessoa que projeta ele não vem a obra, né. Mas isso deveria ser o profissional que acompanha a obra, também tem que ter essa visão em conjunto da acessibilidade pra que ele garanta a execução da obra em si, afim com o projeto ...(A2)

### 5.1.3 Terceiro Eixo - Os Mecanismos Para se Alcançar a Acessibilidade

Os profissionais da construção civil contam com certos mecanismos que garantem a concretização e o desenvolvimento da acessibilidade. Para um bom resultado final na implantação da acessibilidade, deve haver entendimento entre entidades de classe, Poder Público e profissionais envolvidos na construção. Outro fator apontado como determinante para concretização da acessibilidade, é a disponibilidade de tecnologias que os profissionais podem e devem utilizar. O mercado oferece equipamentos, acessórios e produtos desenvolvidos especificamente para essa finalidade, sendo grandes aliados dos profissionais. No entanto, ainda existe o questionamento quanto ao custo que a acessibilidade agrega à obra.

#### 5.1.3.1 Categoria - Possibilidades de Ação



**Figura 7** - Categoria Possibilidades de Ação

Existem algumas possibilidades de promoção e controle sobre as ações

impostas sobre o profissional com reflexo na acessibilidade. Os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo (CAU) e os Conselhos Regionais de Engenharia e Agronomia (CREA) tem uma participação importante. A atuação do conselho permite o acompanhamento e orientações gerais das atividades técnicas e regulamentares dos profissionais. Outra forma importante de interferência para garantia dos direitos são as associações de pessoas com deficiência. Além disso, o Poder Público pode e deve garantir o sucesso no processo de acessibilidade, com seu poder de atuação amplo e consistente. Finalmente o profissional da área da construção civil permite a concretização de atos e ações suporte ao processo de acessibilidade.

Os Conselhos e as associações de classe são instrumentos importantes para a obtenção do progresso da acessibilidade. Os conselhos de classe atuam diretamente com os profissionais projetista, fazendo com que assumam compromissos com suas atividades. As associações de pessoas com deficiência são importantes para cobrar ações efetivas do poder público e transmitir conhecimento sobre as necessidades de cada categoria. O profissional da construção civil no seu campo de atuação deve interferir de forma ampla, visando garantir ganhos no processo de inclusão.

Os conselhos CAU e CREA, através de seu setor de fiscalização, tem a função de exercer controle quanto ao cumprimento das normas legais e técnicas para elaboração de projetos e construções. Cabe ao profissional se fazer presente e acompanhar as exigências do conselho de classe quanto as atualizações de suas atividades. O Projetista e\ou responsável técnico da obra é fiscalizado, e caso encontradas divergências em sua atuação, cabe penalidades previstas pelos conselhos.

É muito complicado, depois que está pronto você ter uma denúncia, ai vai ... e tem que refazer a obra é tudo um processo muito longo [ ... ] o arquiteto é responsável pela obra ou contrata-se um engenheiro, se mudou o projeto tem que denunciar, né, por que você não pode ... um projeto divergente daquilo que foi feito. (A1)

Cabe aos conselhos de classe a divulgação de temas relevantes como acessibilidade, através de seminários, palestras e congressos, promovendo oportunidade de qualificação aos profissionais. Também a divulgação de tendências de mercado e atualização das legislações pertinentes à profissão. O profissional deve permanentemente buscar formas de atualização para uma conscientização



ampla e atender a população com toda a diversidade de necessidades.

O próprio conselho de arquitetura, o CAU, o Instituto de Arquiteto, hoje tem outras Associações de Arquitetos [ ... ] eu acho que a obrigação destas instituições é promover cursos, ou enfim, formações para atender a todos os profissionais, para atender a essa legislação (A3)  
e no caso do profissional, acho que deve ter mais conscientização, tem que ter mais palestras, tem que ter mais seminários, tem que ter ... sabe, maior envolvimento dos profissionais com o tema.(A5)

As associações de pessoas com deficiência tem instrumentos e formas eficientes de sensibilizar para as questões de necessidades específicas do indivíduo com comprometimento físico. Essas entidades tem avançado bastante em ações que garantam a participação das pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida na sociedade. Em grandes obras, as associações tem uma grande interferência, pois são ativas e cobram o cumprimento da legislação.

Fortalecimento das categorias que dependem dessa legislação, desse direito garantido para que um dia se transformem em leis, se transformem em exigências legais mesmo, por que tudo aquilo que é uma exigência legal, é um acordo social ...(A2)

No museu [ nome do museu ] quando foi inaugurado, houve um problema sério desse tipo [ ... ] uma associação [ ... ] de deficientes físicos [ ... ] no dia seguinte os caras já estavam com um protesto lá, por que visitante com algum problema não conseguia chegar [ no último pavimento ] não conseguia, por que eram escadas [ ... ] e foi inaugurado assim [ ... ] uns projetos que a gente faz em ponta de lança, esse pessoal é ativo, sabe, e no dia seguinte, ai tiveram que achar ... e acharam aquela solução que é pela lateral da escada um equipamento que põe a pessoa ... um mecanismo ...(A3)

O Poder Público é um instrumento importante para obtenção de progresso em relação à acessibilidade. Através de entidades da administração pública é possível cuidar da adaptação, eliminação e/ou supressão de barreiras arquitetônicas. Com a participação de instituições nacionais, estaduais e municipais no processo, com fiscalização eficiente, é possível eliminar os obstáculos nas unidades de saúde.

Em geral, as ações fiscalizadoras competem às prefeituras. Um dos obstáculos para um bom resultado no processo de acessibilidade é a falta de qualificação dos fiscais em todo o processo. A eliminação de barreiras arquitetônicas depende da execução do projeto conforme aprovado, garantida por uma fiscalização eficiente. Na prática, ocorre com frequência, que o projeto após aprovação é

alterado na fase de execução por motivos econômicos, dificuldade de execução ou por falta de conhecimento. No caso de alguma inconformidade, os fiscais dos órgãos públicos deveriam embargar a obra, mas nem sempre isso acontece. Muitas vezes o alvará de conclusão de obra é fornecido mesmo com deficiências na execução. Existe a necessidade de analistas de projeto e fiscais terem o mesmo tipo de procedimento. O problema se resolveria se houvesse maior preocupação com as dificuldades dos usuários e o foco na qualidade de vida das pessoas.

Talvez por causa agora da legislação, das exigências [ ... ] você não consegue aprovar um projeto de jeito nenhum na prefeitura, se não atender essa legislação de acessibilidade ... (A3)

você faz o projeto tudo certinho, dentro da norma, né, bem especificado e o executor acaba não executando daquela maneira, quando você vai ver depois está completamente diferente ... ou diferente do que você projetou. Então, aí no caso, tem que ser realmente o acompanhamento e a fiscalização é a única forma [ ... ] o poder público é que tem esse poder de dar fiscalização ... (A5)

Realmente fazer uma verificação se o que foi construído foi de acordo com o que foi planejado através do projeto arquitetônico, tem que ter essa preocupação para que realmente emitir o termo de conclusão de obra. Então, preocupando com a população, preocupando com a fiscalização, mas preocupando também com o durante a execução da obra ... (E1)

O crescimento acelerado dos grandes centros induz ao crescente número de construções, tornando a fiscalização insuficiente. Então os órgãos governamentais deveriam manter atualizado o contingente de funcionários que exercem a função de fiscalização a fim de atender a demanda. Além disso, para manter as barreiras arquitetônicas sob controle, os profissionais responsáveis pela fiscalização devem ser requalificados, mantendo a atualização sobre a legislação e uma correta atuação. Um dos obstáculos para a eficiência do profissional responsável pela fiscalização é a falta de qualificação específica na área da acessibilidade e motivação. É necessário amparar os profissionais com maior acesso ao conhecimento técnico relevante para a área, visando evitar que barreiras físicas continuem sendo construídas.

Tem toda uma regulamentação, tem fiscalização aí que ainda não está eficiente [ ... ] e não está por que não tem concurso para fiscal de obra [ ... ] tem 15 anos que não tem. E dentro do aspecto do controle urbanístico isso aí é um desastre. Por que a cidade cresce e os fiscais vão ficando mais velhos, vão saindo ou com outras opções de vida [ ... ] embora se tenha legislação farta mas há dificuldade tanto em se levar informação quanto de

fiscalizar [ ...] são engenheiros e arquitetos, é uma mão de obra extremamente qualificada mas desmotivada, fruto de várias questões. Mas elas precisam ser ainda, requalificadas nesse aspecto de acessibilidade, ter uma visão que o que foi aprovado tem que ser executado.(E1)

Entretanto, algumas vezes, o documento de conclusão de obra é liberado sem o cumprimento do que foi planejado. É importante manter uma coerência entre aprovação, fiscalização e execução da obra. Precisa maior rigor nesse ponto para garantir a implantação das normas de acessibilidade para um bom retorno na utilização dos espaços construídos de uso público, como exemplo nas unidades de saúde.

Então a gente vê muita coisa assim, que é aprovada com desenho correto, e depois na hora do Habite-se, não sei, quem é que faz essa fiscalização e acabam aprovando projetos que não estão dentro das normas. Então acho que é ... no caso, o poder público tem um poder muito forte, fiscalizando isso, e de fazer com que se cumpra mesmo os projetos da forma que os profissionais estão desenhando, projetando. (A5)

A legislação de acessibilidade é uma forma de organização das necessidades das pessoas com deficiência, oferecendo aos profissionais diretrizes que facilitem o desenvolvimento de suas atividades para produzir um projeto acessível, garantindo um padrão mínimo a ser seguido. Com os resultados na implantação da legislação na parte de deficiência, as exigências vem aumentando e são periodicamente atualizadas.

Eu acho que as normas, de uma maneira geral atendem, talvez quem sabe, que as normas não atendam um ou outro caso específico [ ... ] para poder atender a inclinação também cada vez menor 8% agora, já foi 15, caiu para 12, para 10 e agora é 8, por que é considerado que a pessoa tem que ela própria [ ... ] eu acho que normalmente dá para resolver com as normas que existem ... (A3)

Nesse contexto, a legislação é importante para que as unidades hospitalares adotem as diversas formas de inclusão. Deve ser considerado o estado de vulnerabilidade que os pacientes se encontram dentro dessas instituições. As unidades de saúde estão inseridas dentro de um processo social que deve privilegiar o acolhimento à diversidade humana. A adaptação do espaço físico garante parte desse acolhimento, tornando ainda mais necessário do cumprimento da legislação. Além disso, dentre outros fatores, a acessibilidade integral traz ganhos em relação à

conscientização da sociedade perante as necessidades das pessoas. Tanto as unidades de saúde pública como nas instituições privadas tem conseguido bons resultados com a aplicação da legislação. Em grandes obras como unidades hospitalares, existe maior rigor na cobrança da legislação.

Nos hospitais você realmente tem que preocupar com todo tipo de deficiências por que, num hospital você está sujeito a receber todas as pessoas. Então é cumprir a legislação ...(A5)

Profissionais devem buscar soluções compatíveis com problemas advindos de diferentes âmbitos de atuação. Com bom senso e capacitação, o projetista consegue atender a acessibilidade mesmo sem obrigatoriedade legal. Através de conceitos como rota acessível e desenho universal, o profissional promove acessibilidade de forma ampla e atende melhor o seu cliente. Cabe também ao profissional, mostrar ao proprietário da obra que acessibilidade é um investimento e que valoriza seu empreendimento.

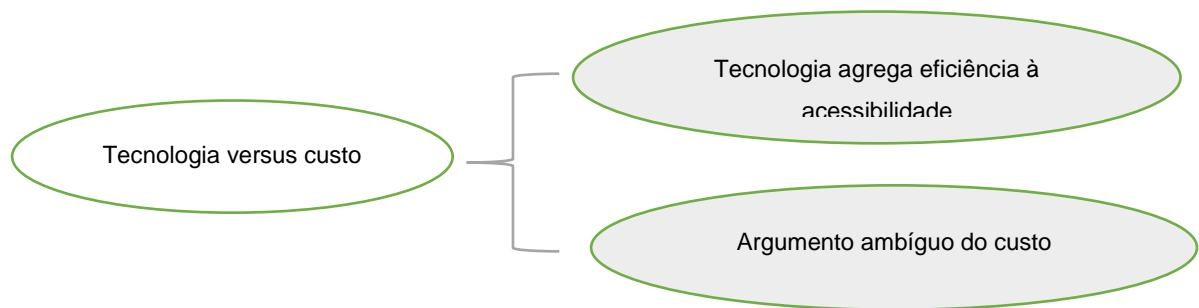
Uma das funções do arquiteto é encontrar soluções técnicas adequadas às necessidades de um projeto, e ele deve estar capacitado para isso. Pela importância do seu trabalho o profissional deve mostrar ao cliente o que precisa ser feito, mesmo quando não se tem obrigatoriedade da legislação. O cliente deve entender que a acessibilidade é um benefício que vai agregar valor ao seu empreendimento.

No dia-a-dia de todo profissional que a consciência de projetar construções que leve em conta todos os problemas, desse problema de mobilidade até do conforto ambiental de uma maneira geral [ ... ] como todas as obras, todos projetos do escritório eu acompanho até o fim [ ... ] essa deve ser uma relação amigável e não existe, é um profissional que está à serviço do cliente [ ... ] não tem essa de pegar a planta, corte, fachada ... (A3)  
O sucesso do empreendimento é o sucesso dele. Então se a coisa não funciona, não funciona para ele também ... (A4)

Com a rota acessível e o conceito de Desenho Universal, podem ajudar o profissional atender melhor a todas as tipologias de deficiência. A rota acessível permite compor espaços com livre deslocamento de deficiente físico-motor no espaço construído. E o desenho universal oferece flexibilidade no ato de projetar, a aplicação de seus conceitos permite o uso dos espaços por todas as pessoas. Dentro do conceito de desenho universal, o espaço público e as edificações podem oferecer à população em geral acesso a todas atividades.

Você dar a possibilidade de qualquer pessoa acessar e usufruir um ambiente, em primeiro ponto com equidade com as outras pessoas, tá! Às vezes você precisa de uma adequação, sim, mas ai é que está o desenho universal, é você conseguir que as coisas funcionem independentes, que sejam usadas, sejam seguras, independente do ser humano que estiver usando. (A1)

### 5.1.3.2 Categoria - Tecnologia Versus Custo



**Figura 8 - Categoria Tecnologia Versus Custo**

Para realizar uma acessibilidade adequada nas unidades de saúde, o profissional da construção civil pode contar com grande variedade de materiais e tecnologias. Além disso, o projeto acessível deve considerar o custo visando a viabilidade da construção.

À medida que normas e leis vão sendo atualizadas, o mercado vai identificando as necessidades de oferecer às pessoas com deficiência novos equipamentos, materiais e acessórios.

A interferência do Estado com a aplicação da legislação leva o mercado ao investimento em produtos específicos que venham a facilitar a implantação da acessibilidade. Com tecnologia encontra-se boas soluções, para atender aos usuários com eficiência, cabendo aos profissionais projetistas a especificação adequada e detalhamento completo.

O próprio mercado, as indústrias procuram atender as necessidades, por que talvez sintam que cada vez mais essas legislações que são criadas são efetivamente levadas à sério, então começam a criar .... ha pouco tempo você não tinha algumas opções para resolver alguns problemas de acessibilidade nos projetos de arquitetura, hoje se tem mecanismos e ... e muitos... muitas indústrias fabricando coisas que você consegue resolver o problema de acessibilidade tanto numa maneira horizontal como vertical, tranquilo ... (A3)

São promovidas feiras específicas para lançamentos de produtos que visam dar conforto, independência e autonomia às pessoas com deficiência. Elas apresentam anualmente, inovações e soluções em produtos, equipamentos e serviços. Continuamente são lançados produtos que trazem possibilidades de utilização nos espaços construídos como nas instituições de saúde. A melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, depende, em parte, da criação de produtos específicos que atendam às suas necessidades. Nos projetos esses produtos agregam qualidade, e a possibilidade de atender determinadas situações onde não é possível a adoção de medidas construtivas convencionais.

E quando a gente vai numa feira dessas tipo, REATECH, a gente vê a quantidade de produtos novos e cada vez mais, visando o conforto, a independência da pessoa com deficiência. E acho que só tem a melhorar cada vez mais, se Deus quiser. (A5)

Aumenta ou não o custo das obras com a inclusão da acessibilidade? O argumento ambíguo do custo cria muitas dificuldades na implantação da acessibilidade. Porém esse custo é relativo, pois medidas conscientes no planejamento é possível minimizar os gastos tornando viável a construção acessível. O mesmo pode não acontecer em edifícios já construídos, considerando o estado de conservação e a estrutura física que a edificação apresenta.

O investimento em acessibilidade é um fator positivo que contribui para a relação custo benefício do empreendimento. Embora de difícil mensuração, a diferença de custo entre construção acessível e não acessível é considerada pequena por profissionais da área. Podemos afirmar que, planejamento, detalhamento\especificação e gerenciamento da obra são muito importantes para o sucesso de um projeto acessível. Um projeto totalmente acessível custa menos do que se pensa em relação ao custo total da obra.

Acessibilidade é detalhamento se você não mostrar que tem que ter aquela inclinaçãozinha, aquele desnívelzinho, não vai sair bom [ ... ] quando você constrói acessível não tem diferença de custo nenhuma, quase, praticamente se for é de equipamento eletromecânico, por que o restante ... (A1)

Um trabalho sobre isso e a diferença é muito pequena, não chega a 8%, fazer uma coisa totalmente acessível, então vale a pena, é uma ... se você pensar no que você vai dar de retorno para a população usuária daquele espaço, o que é 8% numa construção? não é nada ... (A5)

A construção acessível traz custos extras quando não é planejada. Uma construção sem planejamento, mal executada, é condenada a ter seu orçamento muito além do aceitável. Para fazer uma obra acessível é necessário colocar materiais corretos nos lugares certos. A implantação da acessibilidade tem seu custo adicional, que pode ser diluído nos benefícios e minimizado com um projeto bem elaborado que traga eficiência.

A relação de custo, é claro que essas providências para tornar uma construção acessível tem um custo [ ... ] assim como hoje você vai fazer um prédio corretamente, ambientalmente, né, também tem um custo, só que, a própria sociedade, os próprios envolvidos na construção estão chegando à conclusão que o custo [ ... ] deve ser absorvido, por que ... por todos os sentidos ... (A3)

Muitas vezes o custo da obra é elevado pelas dificuldades de adequação nas estruturas físicas de edifícios já construídos. Adequação consiste em demolir as inconformidades e construir de forma adequada. Vários fatores podem interferir no custo, dependendo do estado de conservação e as possibilidades de adequação. As interferências ao fazer um adequação acessível podem ser grandes, e mesmo assim, podem não atender às necessidades. Fazer acessibilidade depois de pronto é fazer duas vezes, pois a adequação é um retrabalho e custa caro. Nesse caso precisa de mais criatividade e mais uso da tecnologia para a solução. Isso implica em aumento de custos.

Reformas geralmente são caras mesmo. Normalmente a reforma acaba sendo mais cara até do que a construção. Mas, para a acessibilidade, o problema maior não é nem o custo, por que reformar é sempre caro, tanto para transformar o ambiente em espaço acessível ou reformar por que você quer modificar aquele ambiente. O problema maior é que as vezes as construções não aceitam a adaptação necessária ... (A2)

Projetos diferenciados necessitam de mais estudo e empenho e podem surgir soluções mais interessantes com o uso da tecnologia. Embora equipamentos eletroeletrônicos tragam aumento de custo, é uma solução bastante viável tanto em edifícios reformados quanto em edificações novas.

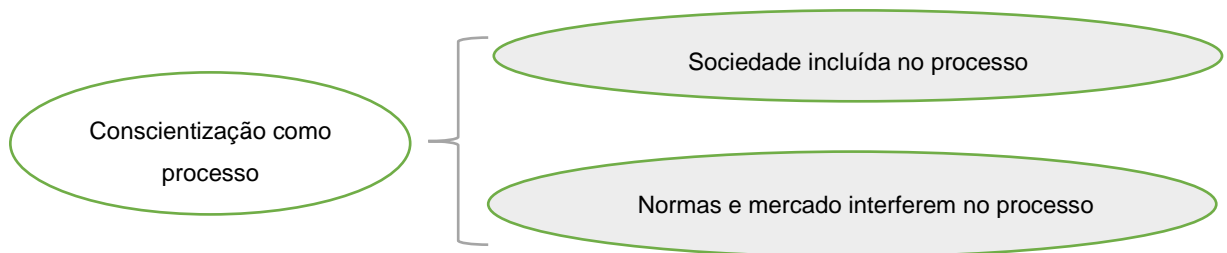
É que reforma você não tem um custo presumido, ... Na reforma podem ser bem grandes, porque? Muitas vezes você tem que colocar um equipamento

eletromecânico, cortar uma laje, reforçar uma viga, porta eu acho que ainda é o de menos, adequar um banheiro. Então é difícil você ter um índice numa reforma, as vezes reforma depende da dificuldade ...(A1)

#### 5.1.4 Quarto Eixo - Os Caminhos da Mudança

Podemos afirmar que estão ocorrendo mudanças significativas no entendimento de ações ligadas a acessibilidade. Portanto, é necessário que o processo se desenvolva através da conscientização da sociedade civil, bem como de todas as esferas governamentais. Embora a acessibilidade sofra interferência de vários fatores, de um modo geral está havendo um progresso crescente, gradual e constante.

##### 5.1.4.1 Categoria - Conscientização como processo



**Figura 9** - Categoria Conscientização como Processo

A medida que vão sendo implantadas medidas concretas de apropriação das formas de se fazer acessibilidade, mudanças atitudinais vão acontecendo. A própria sociedade vai procurando formas de inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência. Embora seja uma questão que envolve toda a sociedade, os profissionais da construção civil, através de posturas éticas podem ajudar nesse processo.

Acredita-se que esteja havendo uma mudança nas atitudes e comportamentos da população perante as necessidades de pessoas com deficiência física e mobilidades reduzida em espaços construídos de uso público. Percebe-se que as pessoas com deficiência física vem sendo melhor assistidas que outros tipos de deficiência.

A acessibilidade é uma tendência crescente na construção civil e acredita-se que seja um processo irreversível. Sendo assim, devemos considerar que



também o processo de conscientização da sociedade, da mesma forma, é uma tendência crescente. Mudança de atitude das pessoas na sociedade perante ao ambiente construído vem evoluindo paralelamente às questões de conscientização do usuário. Assim, à medida que melhorias em acessibilidade vão sendo implantadas a sociedade vai solicitando mais.

Cada vez mais, ela veio pra ficar [ ... ] trabalho de conscientização, com a nova legislação e com a conscientização da população. A população cada vez vai ficar mais idosa, cada vez mais vai precisar de acessibilidade [ ...] espero de coração que esteja vindo pra ficar ...(A5)

Com o entendimento da necessidade de conscientização pela sociedade, vem crescendo, lentamente, a inclusão de deficientes físicos nas prioridades de atendimento. Embora, ainda tenha um longo caminho a percorrer quanto à conscientização, existem boas perspectivas de melhora. Entretanto, deve-se preocupar mais com pessoas com outros tipos de deficiência, inclusive com múltiplas deficiências, pois o atendimento dessa parcela da população ainda está aquém do desejado.

Eu acho que a sociedade tem caminhado num pensamento mais ... inclusivo. Por uma questão moral, por questão ética [ ...] não aceita mais esconder um parente como já se foi no passado, as pessoas que tinham um parente com alguma deficiência as vezes escondiam até da sociedade, aquele parente não saia de casa, aquele parente não convivia publicamente. [ ... ] o reflexo disso na arquitetura e no urbanismo ...(A2)

A tecnologia é um grande aliado dos profissionais projetistas. Embora seus custos ainda sejam considerados altos para a utilização em todos os tipos de construções, existe um bom potencial nas soluções construtivas de maneira geral. Profissionais da área da construção civil estão cada vez mais utilizando a tecnologia como medida para proporcionar funcionalidade e conforto em seus projetos. Porém profissionais da área da construção civil, muitas vezes, se prendem muito às normas, não considerando todas as possibilidades de soluções disponíveis.

A tecnologia tem desenvolvido produtos e equipamentos utilizados para facilitar a acessibilidade, que infelizmente ainda não está disponível a todas as pessoas. Existem produtos com preços incompatíveis com o poder de compra da população. Por outro lado, acredita-se que com o aumento do consumo de tecnologia e equipamentos, há um natural estímulo às pesquisas e o resultado são

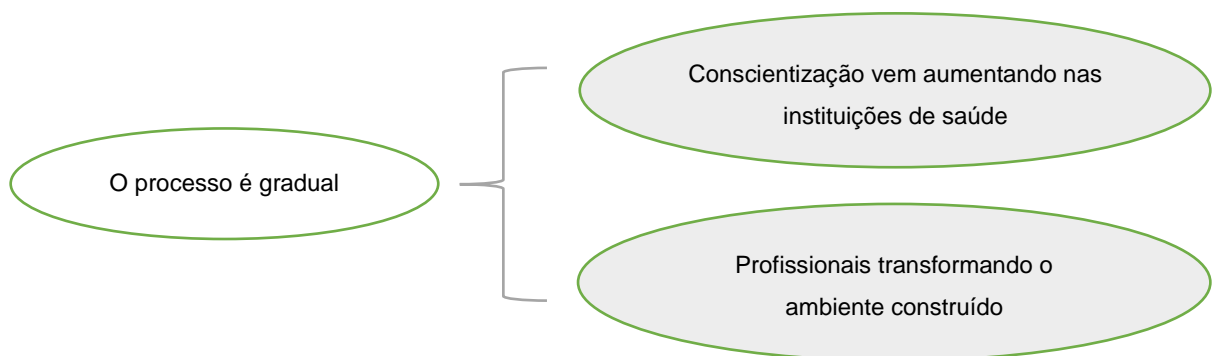
mais opções e conseqüentemente menor custo.

Como a adoção destes materiais diferenciados, é pouco ainda, é questão de mercado mesmo. Pouca demanda, poucas pessoas oferecem, as pessoas dominam o mercado e paga um preço lá em cima [ ...] conforme esse quadro vai se tornando um quadro mais frequente e outras empresas comecem a se interessar por disponibilizar material para esse tipo de construção, é barras de segurança [ ... ] conforme essa demanda vai aumentando, eu imagino, mais empresas vão disponibilizar materiais, vai ter mais pesquisa para materiais mais resistentes e mais baratos e ai esse custo vai praticamente ficar equiparado a um acabamento comum ...(A2)

Devemos considerar que, ao projetar genericamente, o projetista utiliza a legislação como padrão, se limitando às suas exigências. Porém, em projetos especiais como em unidades de saúde, as normas são apenas um balizamento para o atendimento das necessidades do edifício. Projetistas especializados em unidades hospitalares devem considerar além das normas, a ética profissional como parâmetro e gradualmente superar as exigências legais.

O bom profissional, assim como em qualquer área, que foi aparecendo e desenvolvendo, ele vai se atualizando, então, acho que cabe a ética [ ... ] não precisaria nem ter leis, normas, uma vez que você tem espaço para o ser humano, a obra do arquiteto vai ser construída para os seres humanos. Dentro deste projeto deveria estar incluso as pessoas que tem dificuldades de andar, de enxergar, a outras tipologias de pessoas se não o homem padrão. Então, acho que é uma questão ética em primeiro lugar ...(A1)

#### 5.1.4.2 Categoria - O processo é Gradual



**Figura 10** - Categoria O processo é Gradual

A conscientização das pessoas na sociedade vem aumentando em relação ao atendimento das necessidades de pessoas com deficiência. Com a cobrança do cumprimento da legislação de acessibilidade o processo vem obtendo avanços, embora parte dos espaços de uso público ainda não atendam com

dignidade as pessoas com comprometimento físico-motor. O Desenho Universal é um conceito que vai sendo gradativamente incorporado na Arquitetura. Através desse conceito, Arquitetos e Designers podem agregar qualidade aos seus projetos em busca do atendimento às necessidades de todos.

Podemos considerar que a acessibilidade ainda está em fase inicial por se tratar de uma preocupação relativamente recente. A cobrança do cumprimento da legislação vem trazendo resultados concretos nas instituições de saúde.

Acessibilidade está no meio de um processo evolutivo que tem ocorrido grandes avanços, mas ainda há muito a ser feito. Com a vivência da aplicação da legislação vem ocorrendo adequações para melhor atender a todos os tipos de deficiência. A atualização da legislação é de fundamental importância para a contínuo avanço no processo de inclusão das pessoas no contexto social. A criação de espaços inclusivos é uma tendência crescente e sem volta, pois permite o uso democrático dos espaços, principalmente, nos locais de uso público.

Os balcões de atendimento, que as pessoas hoje tão tendo mais consciência em relação a isso, de rebaixar o balcão, dele ser acessível a uma cadeira de rodas, ter aquele espaço para cadeira de rodas possa entrar, isso é fundamental, principalmente essa área que eu falo que é a área do atendimento, muito difícil você ter um prédio todo com mobiliário acessível [ ... ] o mobiliário, acho que tem muito a caminhar, mas também a gente já percebe um pequeno avanço. Tudo ainda é um pequeno avanço mas é ... está indo ... nossa, se comparar com dez, quinze anos à traz eu acho que nós já evoluímos bastante ...(A5)

O atendimento da legislação de acessibilidade é maior nas instituições particulares de saúde. Embora essa consciência de atendimento das necessidades de acessibilidade das pessoas seja recente, existe maior preocupação na rede particular de saúde. Normalmente os hospitais particulares são mais acessíveis, atendendo melhor às normas que os da rede pública. Muitas vezes, os estabelecimentos de saúde pública tem dificuldades de implantação da acessibilidade devido à falta de planejamento. As necessidades de atendimento vão surgindo e as adaptações e adequações vão sendo feitas na medida do possível, não tendo um plano claro de atuação.

Eles alugam o prédio [ ... ] a gente tem problemas assim básicos, nos postos, coisas feitas de qualquer jeito [ ... ] hoje você vai no [ nome do hospital ] esses hospitais particulares se adequaram super bem à acessibilidade. Mas eu mesma já fiz projeto para [ nome do hospital

particular ] que até 10 anos atrás não tinha acessibilidade ou seja o cara que ... numa cadeira de rodas, dentro do quarto, ele não conseguia usar ... uma pessoa tinha que carrega-lo para usar o banheiro. Os banheiros da área comum também não eram acessíveis ...(A1)

Na elaboração de um projeto, a rota acessível é uma ferramenta bastante eficaz, no sentido de oferecer ao usuário um ambiente construído mais integrado. Outro fator que oferece qualidade ao projeto é o desenho universal, tanto mais, quando dirigido a todos os tipos de deficiência, não priorizando uma deficiência em detrimento de outra. Acredita-se que o processo de implantação da acessibilidade tende a acelerar, considerando que estudantes de arquitetura estão sendo preparados para fazer projetos inclusivos. Embora profissionais mais antigos não tenham recebido este tipo de preparação na universidade, sua atualização deve ser constante.

A rota acessível possibilita a solução de muitos problemas de acessibilidade nos projetos, embora não seja uma realidade em todas as unidades de saúde. Esse tema deve fazer parte das preocupações do profissional, no sentido de oferecer confortavelmente diversas formas de circulação e acesso. Por falta desse tipo de preocupação algumas obras não são feitas de forma acessível. Precisam ser readequadas, mas, nem sempre isso é possível, dificultando a usabilidade dos edifícios.

Temos feito grandes projetos [ ... ] e todos esses projetos constam das rotas possíveis, encarando desde ... o deficiente chegando à pé com mais alguém, chegando por via de locomoção própria, ou chegando de veículo, ou de ambulância, enfim, de qualquer maneira ele sempre vai ter alguma forma de se locomover confortavelmente [ ... ] alguns desses projetos a gente teve que readequar depois de um tempo ... (A3)

Embora a utilização do Desenho Universal esteja prevista na legislação, ainda não é visível a interferência desse conceito na implantação da acessibilidade nas unidades de saúde. O Desenho Universal tem como pressuposto básico o atendimento a todos, sem considerar a diferença entre usuários, e não se limita à acessibilidade. Ainda encontramos problemas resolvidos sem a preocupação com todos os tipos de deficiência. Percebe-se que a aplicação do Desenho Universal tem sido maior nas deficiências física.

Hoje a gente percebe que até existe uma preocupação com a pessoa com mobilidade reduzida ou cadeirante, mas a gente não ... não consegue

perceber nos projetos a preocupação com o deficiente visual [ ... ] deficiente auditivo [ ... ] mas estamos caminhando ... essa parte de motora as pessoas já olham mais para esse lado ... (A5)

Todavia, o aprendizado propicia novas conquistas para a sociedade. Assim como a legislação vem se atualizando e adequando às necessidades, a universidade deve proceder da mesma forma. Considerando que essa tendência é irreversível, acredita-se que as universidades brasileiras estejam se adequando para oferecer conhecimento sobre os novos conceitos que atendam à acessibilidade. Devemos considerar que estudantes de arquitetura estão sendo preparados para fazer acessibilidade.

Tem que levar em conta essas considerações que a legislação faz [ ... ] ter uma própria consciência [ ... ] como formação profissional. Nas faculdades hoje também se ensina e se prepara os estudantes de arquitetura para atender esse tipo de problema nos projetos que vão fazer ... (A3)

A importância dada à acessibilidade nos projetos é recente, como também a cobrança desse tema na legislação, tão pouco nas disciplinas das universidades. Ainda existe alguma resistência por parte de profissionais projetistas mais antigos quanto à aceitação de determinados conceitos ligados a acessibilidade. Porém, a superação dessa dificuldade é inevitável.

Acho que não é uma coisa tão difícil, até colocar um equipamento eletromecânico, uma coisa assim, não é um bicho de sete cabeças como as pessoas pensam. [ ... ] não falar somente da arquitetura mas também do mobiliário, equipamentos, do atendimento, por que uma coisa é a arquitetura, outra coisa são todos aqueles quesitos que vão ser possíveis da pessoa garantir realmente a sua saúde. Eu acho que também peca muito ai. E sem ser na área da saúde, acho que os outros quesitos de atualização dos profissionais. e de eles se convencerem, por que se pegar arquitetos mais antigos, eles às vezes não se convencem que é importante aquilo [ ... ] eu acho que a nova geração é bem diferente, eu sinto nos alunos, uma vontade maior ... (A1)

## 5.2 DISCUSSÃO

Esta seção apresenta e contextualiza o modelo construído à partir das entrevistas com 6 profissionais da área de construção civil. As reflexões acadêmicas, técnicas e legais foram baseadas na Arquitetura Inclusiva com foco em projetos hospitalares. Essa área da arquitetura é recente e complementa os conceitos

convencionais da arquitetura pois propõe um olhar sensível às diferenças entre pessoas. Nesse contexto abordamos o Desenho Universal, que hoje faz parte de exigências legais e a Psicologia Ambiental que enfoca a relação entre o ser humano e o seu ambiente. Com o intuito de organizar essa discussão de forma mais estruturada, optou-se por manter os eixos que emergiram da interpretação das entrevistas.

### 5.2.1 Para que Fazer Acessibilidade

A acessibilidade em unidades de saúde, vem sendo implantada gradualmente, com aplicação de medidas mais concretas. Mediante as dificuldades de se fazer acessibilidade é inevitável questionar a necessidade da arquitetura acessível. Trata-se de garantir os direitos dos cidadãos e superar barreiras arquitetônicas que dificultam ou impedem o acesso de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida nas unidades de saúde.

#### 5.2.1.1 Objetivos da Acessibilidade

Muitas vezes, os espaços das unidades de saúde não são preparados para atender às pessoas com deficiência. Devem ser considerados nos projetos inclusivos atributos que garantam espaços físicos que sejam agentes de integração entre os portadores de necessidades especiais e as pessoas à sua volta. O espaço deve, antes de tudo, preconizar respeito e dignidade às pessoas com necessidades especiais, humanizando as instituições hospitalares.

A quantidade de pessoas com deficiência no Brasil destaca a necessidade de assistência em acessibilidade. Todos os participantes, em algum momento das entrevistas, expressaram a necessidade de oferecer as pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida, segurança, autonomia e independência. As barreiras de usabilidade dos edifícios das instituições de saúde muitas vezes excluem as pessoas com algum tipo de limitação física. As dificuldades de transpor barreiras levam as pessoa ao isolamento na sociedade. Muitas pessoas não sabem cobrar seus direitos à acessibilidade garantidos por lei. Todos tem direito a um ambiente agradável e que ofereça condições de usabilidade que permita

equiparação ou inclusão.

Em seu Art. 4º a Lei 13.146/15 descreve que toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades como as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. Considera-se discriminação em razão da deficiência, toda forma de distinção, restrição ou exclusão por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistidas. O Art. 8 cita que é dever do Estado, da sociedade e da família, assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, à acessibilidade, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, entre outros. O Art. 53 descreve que a acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social (BRASIL, 2015).

O Decreto 5.296\04 consideram como deficiente físico e com mobilidade reduzida: as seguintes alterações completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

O acolhimento das diferenças e diversidades constituem mudanças nos padrões de comportamento estabelecidos com vistas à cidadania e a qualidade de vida. As pessoas com comprometimento físico são uma parcela importante da população que carece de atenção especial. Essa categoria de pessoas deve ter acesso às unidades de saúde em condições de igualdade com as pessoas sem deficiência.

Para Duarte & Cohen (2003, p.03) a espécie humana não pode ser reduzida a uma medida-padrão e, por conseguinte, toda a arquitetura que se voltar unicamente para a standardização (Le Corbusier considerou como "standard" a altura humana de 1,83m e estabeleceu esta sequência de medidas do "Modulor" para encontrar harmonia nas composições arquitetônicas) das proporções estará fadada a gerar espaços esfregadores. Pessoas com dificuldade de locomoção, idosos, portadores de deficiência, pessoas obesas, gestantes, deficientes visuais, pessoas de baixa ou alta estatura entre outros, representam um grande contingente humano que tem, nos últimos anos, lutado contra as desigualdades de acesso físico no meio edificado.

É fato que nem sempre as instituições de saúde pública estão capacitadas para atender com dignidade e atenção a todas as pessoas. Existem

atributos negativos que dificultam a melhoria nos atendimentos, em contrapartida existem medidas que podem minimizar os problemas de acessibilidade. É necessário, no entanto, que os dirigentes dessas instituições públicas de saúde assumam a luta contra a construção e permanência de barreiras arquitetônicas. A acessibilidade representa a ausência de barreiras e é fundamental para o atendimento na área de saúde.

O art. 9 da Lei 13.146/15 cita que a pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de: proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público; disponibilização de recursos, tanto humanos quanto tecnológicos que garantam atendimento em igualdade de condições com as demais pessoas; acesso a informações e disponibilização de recursos de comunicação acessível. O art 10 cita que, compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida. O art. 25 descreve que os espaços de serviços de saúde, tanto privados quanto públicos, devem assegurar às pessoas com deficiência ... mediante a remoção de barreiras por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BRASIL, 2015).

São muitos os desafios enfrentados pelos arquitetos e demais profissionais envolvidos nos projetos hospitalares pela diversidade de necessidades para prover ambientes que realmente produzem assistência à saúde. Existem novos conceitos e possibilidades que podem dar suporte na concepção de projetos acessíveis. Uma boa qualidade do ambiente promove a integração das pessoas com necessidades especiais, facilitando a atuação segura dos profissionais de saúde e oferecendo conforto aos acompanhantes.

Segundo Duarte & Cohen (2003, p. 03), é bem verdade que temos assistido, nas últimas décadas, ao surgimento de um crescente número de estudos preocupados com a readequação dos edifícios e dos espaços urbanos aos usuários portadores de deficiência. Contudo, estes trabalhos se limitam, geralmente, a estudar as características de acessibilidade física de pessoas portadoras de deficiência para subsidiar propostas de readequação dos espaços públicos ou privados”. Completando o raciocínio, “no entanto, ainda assim, persiste o caráter pragmático do arquiteto-cientista que, apesar de alargar seu espectro de medidas, continua padronizando e tornando científicas as medidas matemáticas da forma do ser humano. A percepção e a experiência de todos os usuários nem sempre é levada em consideração nestes trabalhos e é aí que nos afastamos da abordagem humanística da Arquitetura.

A falta de rota acessível traz consequências negativas para o deficiente



físico, não permitindo que ele usufrua as possibilidades de uso do edifício. A medida que o deficiente se depara com espaços com obstáculos intransponíveis para suas capacidades motoras, ele tende a se isolar da sociedade. O desrespeito às necessidades das pessoas com deficiência trazem o desrespeito ao ser humano.

O Decreto 5.296\04 em seu art. 19 descreve que a construção, ampliação e reforma de edificações de uso público deve garantir pelo menos um de seus acessos ao interior, com comunicação com todas as suas dependências e serviços, livres de obstáculos que impeçam ou dificultem sua acessibilidade (BRASIL. 2004).

A NBR 9050\15 descreve que, nas áreas de qualquer espaço ou edificação de uso público ou coletivo, devem ser servidas de uma ou mais rotas acessíveis. A rota acessível é um trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado que conecta os ambientes internos e externos de espaços e edificações, e que pode ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas. A rota acessível pode coincidir com a rota de fuga (ABNT, 2015).

Para um eficiente atendimento é importante que o usuário se identifique com o espaço de utilização. Portanto, é necessário que o indivíduo possa conhecer e reconhecer as possibilidades de sua atuação sobre o ambiente. A facilidade de circulação e deslocamento nos espaços é determinante para o bem estar do paciente no ambiente de saúde. No entanto, nem todas as instituições de saúde possuem uma rota acessível que o conduza livremente do exterior até os ambientes internos. A recorrência das dificuldades encontradas no deslocamento pode levar as pessoas com deficiência física ao desânimo e cansaço. Esse cidadão pode perder a vontade de se integrar na sociedade, causando sérios problemas tanto para ele como para seus familiares.

Quando os ambientes de atendimento nas unidades de saúde não estão preparados para atender às pessoas com dificuldades de locomoção, as consequências são muito grandes. Uma boa funcionalidade do edifício torna a rotina hospitalar mais segura e eficiente pois os funcionários podem realizar suas atividades com mais tranquilidade. Para que o usuário receba assistência com maior segurança é importante que o edifício seja bem projetado e equipado para o atendimento às necessidades.

É sensível a condição da mulher deficiente, pois ela acumula necessidades que nem sempre as unidades de saúde são equipadas para atender. Como as unidades de saúde possuem as funções curativa e preventiva, a mulher deficiente também precisa fazer exames preventivos periódicos. Para seu

atendimento são necessários mobiliários especiais devido as suas alterações morfofuncionais. Nesse caso, ela está sujeita a uma assistência reduzida de benefícios pois esses mobiliários normalmente não são encontrados em unidades de saúde básica. O mercado oferece condições de suprir essa deficiência, sendo preciso as unidades de saúde adquiri-los.

É garantido às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida o atendimento prioritário, mas muitas vezes se limita ao primeiro atendimento, não dando continuidade com a compatibilidade de suas necessidades. A carência de acessibilidade atinge diretamente as pessoas com dificuldade de locomoção, porém indiretamente aos funcionários e acompanhantes produzindo efeitos maléficos em sua saúde. Compreender estas implicações leva ao maior entendimento das necessidades. A inadequação dos espaços pode comprometer sensivelmente o atendimento e provocar um efeito contrário ao preconizado. Essa relação espaço\ser humano afeta a todas as pessoas que de alguma maneira utilizam esses lugares, como pacientes, funcionários e acompanhantes. Mesmo os deficientes físicos que possuem capacidade de desenvolver suas atividades com autonomia podem ser impedidos ou limitados por falta de acessibilidade. Os transtornos e constrangimentos podem elevar o nível de estresse, provocando alterações psicoemocionais nos pacientes. Um espaço bem elaborado, harmonizado e equipado com mobiliário adequado, pode ajudar a reduzi-lo.

O Decreto 5.296\04 em seu art. 5 coloca que os órgãos da administração direta e indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos ... deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. O art. 6 diz que, o atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas referidas no artigo 5. E que o tratamento inclui, dentre outros, assentos de uso preferencial sinalizado, espaços e instalações acessíveis; mobiliário de recepção e atendimento obrigatório adaptado à altura e à condição física de pessoas em cadeiras de rodas; a existência de local de atendimento específico para as pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

Segundo Gomes, Rezende & Tortorelli (2010, p. 135), o atendimento prioritário hoje em dia pode ser descrito como bem aceito pela população em geral. Se entrarmos em um ônibus, fila de bancos e de atendimentos em geral observamos que a grande maioria da população respeita e cumpre ao que está disposto em documentos normativos e leis brasileiras. Nesse aspecto, pode-se observar que a sociedade em geral avançou e está de fato colocando em prática o que deveria ser feito sem ter tido a necessidade de criação e elaboração de outras Leis.

Fatores que propiciem conforto físico permitem que o usuário tenha uma

percepção agradável sobre o espaço. O ambiente físico está atrelado às experiências vividas no local.

Para Bestetti, (2004, p. 605), a composição que proporcione maior bem-estar possível, especialmente dentro dos limites do uso compartilhado dos espaços coletivos de permanência transitória mais demorada ou apenas de passagem. Além da geometria definida pela composição de formas, a percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas, permite traduções que também qualificam o espaço. Duarte & Cohen (2004, p. 6) afirmam que, um espaço construído com barreiras poderá estar acentuando a deficiência de uma pessoa com deficiência física, aumentando sua dificuldade e tornando-a incapaz de viver uma vida cotidiana ativa. Desta forma, muitas das limitações e incapacidades das pessoa com deficiência física não se devem a uma falta de habilidade de se adaptarem ao ambiente, mas a uma deficiência do espaço construído de abrigar diversidades. Neste caso, a deficiência em si não é o fator causador da imobilidade e sim a falta de adequação do meio.

Com o aumento da expectativa de vida da população os idosos vão, ao longo do tempo, desenvolvendo deficiências físicas, auditivas, sensoriais e cognitivas. Essas dificuldades podem se acentuar devido a deficiências no espaço construído. É responsabilidade dos profissionais projetistas se preocupar vez mais com essa parcela crescente da população que necessita de mais atenção quanto à acessibilidade.

Acessibilidade refere-se à possibilidade de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações e equipamentos.” E “Foi definido restrição, pela Organização Mundial de Saúde – International Classification of Functioning, Disability and Health, em 2001, indicando o grau de dificuldade que cada indivíduo possui para realizar alguma atividade. A restrição físico-motora refere-se ao impedimento ou às dificuldades encontradas em relação ao desenvolvimento de atividades que dependam de força física, coordenação motora, precisão ou mobilidade. Ainda podemos considerar a restrição múltipla, que decorre da associação de mais de um tipo de restrição de natureza diversa (BESTETTI, 2014, p. 607).

Outro ponto destacado é que o desenho universal é um conceito da Arquitetura Inclusiva e se constitui como um instrumento de inclusão que atende às necessidades de todos, inclusive os idosos.

Segundo Bestetti (2014, p. 606), é um modo de concepção de espaços e produtos visando a sua utilização por amplo espectro de usuários, incluindo crianças, idosos e pessoas com restrições temporárias ou permanente. A meta é atingir um desenho de qualidade no qual, além de requisitos estéticos, é fundamental o fácil entendimento sobre o uso (legibilidade), a segurança e o conforto para todos, dotando o espaço de qualidades que beneficiem seus usuários.

Os espaços de uso público humanizados geram condições de encontro entre pessoas, pois a qualidade dos espaços está diretamente relacionada ao bem-estar dos usuários. O conforto físico exerce influência sobre as relações interpessoais que resultam na tranquilidade na utilização dos espaços públicos. As consequências desse conforto se traduz em fatores positivos que interferem no aspecto psicológico do paciente. Os espaços verdadeiramente humanizados e confortáveis trabalham os ambientes como um todo, desde equipamentos, mobiliários e as informações produzidas dentro dele.

Segundo Duarte & Cohen (2003, p. 04), o ambiente construído é rico em exemplos de como os ângulos de visão, pontos de vista, formas de locomoção, maneiras de percepção e necessidades espaciais diferentes podem também resultar em maneiras diferentes de experienciar os espaços. As autoras percebem que, a impossibilidade de vivenciar o espaço da mesma forma que outro usuário representa uma barreira ao relacionamento; barreira esta que pode, em muitos casos, ser considerada maior do que os obstáculos físicos do espaço urbano.

O Art. 84, Lei 13.146/15 descreve que a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.” Em seu Art. 25 cita que “os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BRASIL,2015).

O conforto físico agrega várias funções em relação ao dimensionamento, iluminação, ventilação, temperatura, entre outros e interfere diretamente no conforto psicológico. A qualidade do espaço dentro dos padrões de conforto físico leva à tranquilidade e relaxamento, evitando as situações de agressão psicológica, com os constrangimentos por falta de acessibilidade. O respeito pelo usuário deve ser preservado, e é garantido quando focamos no conforto físico\psicológico relacionado também à acessibilidade. O estresse hospitalar está associado, não só ao estado físico da pessoa, mas também a integração entre uso-usuário-espaço construído. Os espaços criados com foco no conforto físico\psicológico gera um ambiente harmonioso. A recuperação e renovação da saúde está associada ao quanto as pessoas se sentem seguras e aconchegadas no ambiente. Para Bestetti (2014, p. 601), “o ambiente onde estamos inseridos, seja ele construído ou não, emite estímulos que podem nos agradar ou desagradar, gerando sensação de desconforto

se houver grande disparidade com os limites do nosso corpo”.

Na procura pelo projeto ideal, deve-se partir do todo para pequenos detalhes como acessórios, mobiliários e equipamentos. Visando a otimização do espaço, os detalhes como altura de mobiliários, inclinações de rampas, posição de barras de apoio, corrimãos e outros, valorizam a utilização com conforto. A comunicação visual possibilita ao público a orientação do percurso para se chegar ao seu objetivo. É importante o entendimento da configuração arquitetônica do espaço, através de placas, letreiros, sinais, códigos e mapas para as pessoas poderem se orientar melhor dentro do espaço construído. A comunicação visual traz eficiência no atendimento e segurança para os usuários. Porém, a acessibilidade não deve ser pensada como um conjunto de medidas que busquem atender apenas às pessoas com deficiência física, mas sim a todas as pessoas usuárias daquele espaço.

Segundo Bestetti (2014, p. 605) usam-se formas, dimensões e volumes que configurem e criem espaços que podem ser mais ou menos agradáveis, mas sempre adequados para as pessoas. Essa morfologia deve traduzir a composição que proporcione maior bem-estar possível, especialmente dentro dos limites do uso compartilhado dos espaços coletivos de permanência transitória, mais demorada ou apenas de passagem.

A NBR 9050\15 recomenda que, todos os acessórios, mobiliários e equipamentos, atendam aos princípios do Desenho Universal. Os balcões, lixeiras, bebedouros, barras de apoio, telefones públicos, mesas, assentos, entre outros, devem garantir localização, altura, largura, adequados que permita aproximação, identificação, manobra, e alcance para pessoas com deficiência. Devem ser de fácil localização dentro de uma rota acessível, e propicie ao usuário segurança, autonomia e dimensões adequadas. As condições de informação e sinalização deve garantir orientação aos usuários com precisão e clareza de comunicação. A sinalização deve ser autoexplicativa, perceptível, legível para todos, inclusive para pessoas com deficiência física. Os sinais podem ser classificados como: de localização, de advertência e de instrução, e podem ser utilizados individualmente ou combinados (ABNT, 2015).

### 5.2.2 Onde há Impedimento a Serem Superados

Está havendo uma reestruturação na forma de pensar e agir na implantação da acessibilidade. Nos últimos anos o tema deixou de ser restrito às associações de pessoas com deficiência e passou a ser destaque na atuação de profissionais da construção civil. Neste cenário, a acessibilidade deve ser compreendida como uma forma de expansão de conhecimentos e de atuação. A quebra de paradigmas de comportamentos profissionais deve ser considerada para atingir metas grandiosas quando da construção de espaços sem barreiras.

### 5.2.2.1 Conscientização é Necessário

Um edifício acessível não incorpora apenas aspectos relacionados ao processo construtivo. Consiste na compreensão das necessidades dos usuários, com foco no benefício e no impacto que os espaços planejados podem proporcionar. O processo de concepção arquitetônica em unidades de saúde é complexo e está sujeito a interferência de diversas esferas de controle. O profissional deve procurar conscientemente formas que deem suporte ao deslocamento das pessoas para não gerar traumas. É importante que o profissional esteja aberto a novas formas de atuação, com o objetivo de proporcionar maior conscientização tanto da categoria como da sociedade.

Nas últimas décadas foram criadas normas, decretos e leis, que interferem na maneira de projetar. Existe a necessidade de conscientização de profissionais, no sentido de abrir a visão quanto a necessidade de atendimento da legislação. Conceitos humanizados podem ser utilizados por profissionais paralelamente às exigências legais e que proporcionam mais flexibilidade em projetos especiais como em unidades hospitalares.

É importante conhecer e respeitar o perfil do público que irá utilizar o espaço projetado. Efetuar pesquisa no sentido de encontrar soluções para atender um público específico ajuda no entendimento de suas necessidades. A acessibilidade deve estar presente no dia a dia de todas as pessoas. A falta dela pode causar acidentes, além de ser um fator de exclusão. A legislação é um mecanismo de alinhamento com um limite mínimo a ser seguido. Cabe ao profissional conhecer e aplicar as normas previstas na legislação, com foco na superação desse limite para alcançar um projeto de qualidade que beneficie a todos. Para Gomes, Rezende & Tortorelli (2010, p. 135), “a grande ênfase que tem sido dada a acessibilidade e deficiência deve-se ao fato de existirem documentos normativos, leis e decretos que dispõem sobre direitos e deveres de órgãos públicos e da sociedade em geral”.

A Lei 10.098\00 no Art. 1º “estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2000).

A qualidade do projeto acessível deve contemplar uma visão ampla das possibilidades de atuação, com medidas que favoreçam a acessibilidade como um todo. Soluções pontuais são normalmente pouco abrangentes e não atendem a todas as necessidades de uso do espaço. A rota acessível é um cuidado importante na implantação da acessibilidade. O aprimoramento de soluções construtivas envolve a adoção de medidas integradas de deslocamento. Quando a rota é implantada em uma unidade hospitalar propicia ao edifício espaços com estabilidade, segurança e orientação que favorecem o deslocamento.

A conscientização deve ser trabalhada constantemente em todas as esferas da sociedade, inclusive nas classes profissionais de arquitetos, engenheiros e designers. Não bastam campanhas isoladas, sendo necessário uma persistente e contínua divulgação que atue diretamente sobre a sociedade civil. Grande parte da população tem dificuldades para entender as reais necessidades das pessoas com deficiência. A conscientização é mais fácil quando se vive ou convive com portadores de deficiência. Vivemos dentro de nossos próprios padrões e muitas vezes não conseguimos entender as dificuldades dos outros.

A concepção do projeto é o momento onde o profissional coloca o que há de mais belo de sua expressão artística. Essa fase deve ser bem consciente e trazer informações importantes para uma obra bem executada. A criatividade é uma marca na função de projetar, porém o profissional deve primar pela qualidade. Ele deve estar atento a muitos detalhes e especificações que valorizem o projeto hospitalar. A execução da obra deve estar permanentemente aliada ao projeto, ser bem gerenciada, com a preocupação de atendimento a tudo que foi contemplado no projeto. A fiscalização deve ser atuante para garantir a execução da obra coerente com o projeto e cumprimento da legislação específica de acessibilidade.

A Lei 13.146\15 no Art. 55 descreve que, a concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação, e de outros serviços, equipamentos e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade. O desenho universal será sempre tomado como regra de caráter geral. Nas hipóteses em que comprovadamente o desenho universal não possa ser empreendido, deve ser adotada adaptação razoável (BRASIL, 2015).

O projeto hospitalar deve ser rico em detalhes e especificações adequadas. São muitas as possibilidades de erro de execução quando o projeto não contempla todas as informações necessárias. Apesar de exigências legais, ainda encontramos edifícios hospitalares que não oferecem todas as condições adequadas de acessibilidade. Embora os edifícios hospitalares particulares atendam melhor às condições de acessibilidade que os públicos, ainda existe uma carência de atendimento nessas instituições. Muitas vezes as obras são projetadas e executadas em ritmo acelerado em função de sua importância, prejudicando o resultado final. Seguir as instruções legais quanto ao uso do desenho universal garante um projeto compatível com as necessidades.

É importante uma coerência entre aprovação, execução e fiscalização, visando garantir o cumprimento das normas e a fidelidade com o projeto. Uma forma concreta de evitar alterações do projeto na fase de execução é o seu detalhamento. Quando o projeto contempla todos os detalhes, o responsável técnico da obra tem argumentos para controlar a execução, dificultando a possibilidade de alteração do projeto. Com todas as especificações construtivas e de materiais em mãos, o executor possui mais instrumentos que garantam uma execução compatível com o projeto. Uma mesma visão e cuidado entre o projetista, o responsável técnico e executor pode garantir uma construção livre de barreiras e aumentar a possibilidade de uma acessibilidade integrada.

Devido à falta de planejamento, principalmente nos órgãos públicos, e o aumento da demanda em unidades de saúde, o que normalmente acontece é a adaptação de um edifício construído. Porém, sem uma avaliação prévia do edifício à ser ocupado, corre-se o risco da adaptação não apresentar bons resultados. Um edifício de uma unidade de saúde deve atender a vários pré-requisitos que são necessários para um bom atendimento. A avaliação do edifício deve levar em conta o custo\benefício, considerando que o arquiteto pode lançar mão de diversas soluções criativas e eficientes para resolução de problemas construtivos. Todavia, nem sempre a avaliação do imóvel é feita por profissionais capacitados para tal função, provocando uma reforma mal elaborada e ocupação incompatível com as reais necessidades.



deficientes físicos e com mobilidade reduzida, terá a capacidade de permitir as trocas, estimular o estabelecimento de teias de relações, valorizar as experiências dos lugares e evitar o esfacelamento das individualidades.

Muitos profissionais da área de construção civil atuam de forma consciente na elaboração de projetos, conciliando as normas prevista na legislação com a qualidade do uso das atividades afins. Infelizmente, nem toda a categoria atua da mesma forma, pois alguns profissionais focam demasiadamente na legislação, negligenciando a funcionalidade e eficácia do projeto. Alguns profissionais da área da construção civil se preocupam mais em atender às normas do que o real uso do ambiente.

Segundo Kuhnen et. al. (2010, p. 541) quando as possibilidades de alteração das características físicas do espaço construído são reduzidas, o indivíduo lança mão de estratégias de enfrentamento da realidade adversa, com vistas a minimizar possíveis desequilíbrios na relação homem-ambiente e prejuízos psicológicos. Essas defesas dizem respeito a ajustamentos e flexibilizações de comportamento frente às exigências do meio, com o objetivo de abrandar o efeito de elementos estressores. É de se supor que, quanto maior a disparidade entre o meio físico e a identidade pessoal, maior o esforço do sujeito em se adequar e mais complexas as estratégias de defesa elaboradas. O estabelecimento de uma relação saudável com o meio construído passa, portanto, pelo equilíbrio de adequação do espaço às necessidades individuais do usuário, por meio da construção de ambientes personalizados.

O perfil de alguns profissionais leva a uma conduta de elaboração de projetos, muitas vezes, vinculada ao cumprimento de exigências legais. Como formadores de opinião, os profissionais da construção civil devem considerar uma postura que vai além das exigências legais, para a consolidação de uma sociedade realmente inclusiva. Simplesmente cumprir a legislação é fazer o mínimo em relação às medidas necessárias para a elaboração de um bom projeto. As normas devem ser um ponto de partida para se chegar a um resultado que valorize suas habilidades criativas, atendendo o fator formal, estético e funcional. O arquiteto é um artista e como tal deve zelar pela composição estética do edifício. Esse comportamento não invalida a necessidade da aplicação da lei, ao contrário, as legislações foram criadas para garantir que as necessidades especiais das pessoas sejam atendidas. O processo construtivo é amplo, constituído inicialmente pelo programa de necessidades, onde o profissional deve incluir especificidades no projeto. A acessibilidade em uma unidade da saúde deve ser incluída nessa etapa e

vinculada a todo o processo de projeto até a execução da obra. É necessário interligar a proposta arquitetônica com as normas, decretos e leis vigentes para elaboração da arquitetura hospitalar, que deve trazer uma personalização do espaço conivente com o usuário.

Duarte & Cohen (2003, p. 06) expõe o sentido de incluir conceitos de arquitetura humanista nas universidades, “costumamos propor a nossos estudantes uma reflexão sobre a Qualidade de Vida e o Desenvolvimento Sustentável das cidades de amanhã. Assim, nós esperamos fazê-los compreender que o arquiteto tem uma missão muito mais elevada do que a de pensar nos aspectos estéticos e funcionais dos edifícios”.

Há profissionais que utilizam o Desenho Universal em seus projetos, permitindo a ampla utilização de equipamentos e participação de todos os usuários nos espaços comuns. Em contrapartida, existem profissionais que não incluem em seus projetos todos os fatores de integração do usuário com o meio físico. O Desenho Universal com seus 7 princípios oferece a possibilidade de utilização de equipamentos, mobiliários e acessórios com segurança, conforto e autonomia.

Bestetti (2014, p. 606) descreve os princípios do desenho universal, com “1 - o uso equitativo, quando o desenho é utilizável por pessoas com habilidades diversas. 2 - o uso flexível, o desenho acomoda uma ampla faixa de preferências e habilidades. 3 - o uso simples e intuitivo, torna-se de fácil compreensão, independentemente de experiência, conhecimento, habilidades de linguagem ou nível de concentração do usuário. 4 - quando o desenho comunica a informação necessária para o usuário, independentemente de suas habilidades ou das condições do ambiente, ele se torna de fácil percepção. 5 - também pode minimizar riscos e consequências adversas de ações acidentais ou não intencionais. 6 - possibilita baixo esforço físico, tendo uso eficiente, confortável e com o mínimo de fadiga. Finalmente, 7 - pode prover dimensão e espaço apropriados para o acesso, o alcance, a manipulação e o uso, independentemente do tamanho do corpo, da postura ou mobilidade do usuário”.

Seguir as normas não é suficiente, sendo necessário o compromisso com o conceito de acessibilidade. Uma das funções do arquiteto ao elaborar um projeto é conduzir o cliente para o entendimento das normas. Nesse ponto é fundamental traçar um paralelo entre as demandas dos usuários e as possibilidades de abrangência da legislação. O objetivo final do projeto deve ser atender o público alvo. É importante provocar o entendimento do cliente no sentido de mostrar que o projeto arquitetônico é uma forma de acomodação das necessidades do usuário final, e isso é garantido pela legislação. O projeto deve ser acompanhado desde de

seu início até a aprovação pelo profissional e intermediar a relação entre o cliente e o analista de projeto. Um relacionamento de confiança entre o profissional e o cliente traz a valorização ao projeto e benefícios para o empreendimento através da qualidade das soluções adotadas.

A maior parte das medidas de acessibilidade implantadas nas unidades de saúde não atendem a todos os tipos de deficiência. Muitas vezes o atendimento à deficiência física é privilegiada em detrimento dos outros tipos de deficiência. Até mesmo o mercado de produtos destinados a acessibilidade oferece maiores opções para pessoas com dificuldades motoras. No entanto o profissional projetista não deve se esquecer dos outros tipos de deficiência em seus projetos. Existem pessoas que possuem múltiplas deficiências e devem igualmente ser contempladas com os benefícios da acessibilidade plena.

Kuhnen, et. al, (2010, p. 545) conclui em seu estudo que, sob a ótica da fragmentação da identidade de lugar e das falhas no processo de enfrentamento do ambiente, constatamos que importantes indícios relacionam a redução das opções de apropriação do espaço ao comprometimento da saúde. Proporcionar maior controle ambiental às pessoas favorece a construção natural de identidade de lugar e a satisfação de necessidades psicofisiológicas. Por isso, acreditamos que a quebra do vínculo de identidade, pela baixa possibilidade de controle pessoal do ambiente, provoca sofrimento, uma vez que as necessidades e aspirações individuais podem não ser satisfeitas.

A morosidade de incorporação de novas leis na prática, dificulta a implantação e cobrança de algumas leis que poderiam ajudar categorias de deficientes que hoje encontram-se prejudicados. A conscientização é um processo gradual porque novas vivências precisam ser superadas na maneira estabelecida de pensar na cultura profissional.

Segundo Bourdieu & Wacquant (1992), cada grupo social possui seu habitus que é um conjunto de práticas, de valores e de preferências. As pessoas tendem a reproduzir as relações sociais marcadas pela dominação dos interesses de certos grupos, desprezando os interesses de outros grupos, sem que o indivíduo que age de tal forma esteja consciente disso. O habitus é um sistema de disposições duráveis, transponíveis para novos indivíduos que entram no campo, é um vetor de práticas estabelecidos que são, assim, mantidos e reproduzidos. Porém, apesar de ser o produto da história de um certo campo profissional ou de um certo setor da sociedade, o habitus é um sistema de disposições aberto que continuamente está confrontado com novas vivências e continuamente influenciado por elas. É durável, mas não imutável.

Existem profissionais que assumem uma postura de não acompanhar a obra, se restringindo a elaborar o projeto. Essa postura cultural é uma conduta que pode gerar distorções no entendimento do projeto na fase de execução. Quando o projeto não é acompanhado pelo profissional arquiteto na fase da obra, aumentam as chances de alterações no projeto, aumentando também as possibilidades de surgirem barreiras arquitetônicas. Existe a necessidade de integração de toda a equipe envolvida na construção de um edifício. Em obras complexas como unidades de saúde isso faz muita diferença no resultado final do edifício acessível.

Outro fato relevante é que existem profissionais da área da construção que alegam que o excesso de regulamentação atrapalha a eficiência do projeto em unidades de saúde. Entretanto essa posição não é compartilhada por todos os entrevistados, que alegam que a legislação para pessoas com deficiência é bem estruturada e oferece condições de atendimento de suas necessidades.

Para Gomes, Rezende & Tortorelli (2010, p. 135), os pontos mais relevantes destacados são que as disposições legais têm determinado avanços no que tange a acessibilidade, tais como aprovações de projetos de natureza arquitetônica e urbanística, instalação de elevadores e percursos acessíveis, aprimoramento nos meios de transporte públicos, facilidades relacionadas comunicação e informação e disposições sobre ajudas técnicas e medidas de fomento eliminação de barreiras.

### 5.2.3 Os Mecanismos para se Alcançar a Acessibilidade

Como instrumentos para a atuação dos profissionais na área de projetos e construções os conselhos de classe (CAU) e (CREA) atuam no sentido de zelar pela ética profissional e na fiscalização, responsabilizando o profissional por sua atuação perante a sociedade. As associações de classe de pessoas com deficiência física atuam no sentido de reivindicar, colaborar e fazer cumprir a legislação específica da categoria. O Poder Público contribui com a elaboração e atualização da legislação, fiscalização e controle do cumprimento de leis, decretos e normas. Os profissionais da construção civil elaboram projetos utilizando seus conhecimentos técnicos, acadêmicos e éticos associados às exigências legais. A tecnologia contribui com os profissionais oferecendo novos produtos e proporcionando eficiência e eficácia em soluções construtivas. O custo é um item que deve ser observado com atenção no sentido de viabilizar a implantação da acessibilidade.

### 5.2.3.1 Possibilidades de Ação

O CAU e CREA tem a função de regulamentar e fiscalizar as atividades profissionais. Dentre as atividades das associações de classe de pessoas com deficiência merece destaque a função de comunicar às autoridades quanto a eventuais descumprimentos de leis relativas às garantias de direitos da categoria. O Poder Público, além de zelar pelas garantias dos direitos das pessoas através da legislação, atua diretamente sobre o seu cumprimento através da fiscalização nas obras em construção. Cabe ao profissional a pesquisa de novas formas e conceitos que permitam uma atuação direcionada às pessoas usuárias das unidades de saúde. Assim, é possível pensar em formas de acelerar o processo de uma acessibilidade plena para todos.

Os conselhos de classe de arquitetos e engenheiros tem como função zelar pela atuação profissional com seriedade e responsabilidade de suas funções junto à sociedade. Além de dar respaldo à categoria, os conselhos garantem que somente pessoas habilitadas possam exercer as atividades da construção civil.

Tanto o CAU como o CREA exigem do profissional a declaração de que a atividade que está sendo registrada no conselho atende às regras de acessibilidade previstas nas normas NBR 9050/2015 (ABNT; 2015) e no Decreto Federal nº 5.296/2004, responsabilizando o profissional pelo atendimento das exigências. Na execução da obra o conselho atua na fiscalização, orientando e atuando quando a obra está em desacordo com o que foi estabelecido no projeto.

O Art. 56 da Lei 13.146 \15 faz referência que, “as entidades de fiscalização profissional das atividades de Engenharia, de Arquitetura e correlatos, ao anotarem a responsabilidade técnica de projetos, devem exigir a responsabilidade profissional declarada de atendimento às regras de acessibilidade previstas em legislação e em normas técnicas pertinentes” (BRASIL, 2015).

O CAU entre outras competências, no Art. 4 contempla, promover estudos, pesquisas, campanhas de valorização profissional, publicações e medidas que objetivem o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do Arquiteto e Urbanista, no âmbito de sua jurisdição. No Art. 50 cita que, apreciar e deliberar assuntos relacionados à orientação e fiscalização do exercício da Arquitetura e Urbanismo; propor e estimular as instituições de ensino de Arquitetura e Urbanismo a tratarem a questão acadêmica como um processo que sempre se reflete na qualificação profissional e, conseqüentemente, no nível de vida da comunidade; propor medidas que estimulem as instituições de ensino de Arquitetura e Urbanismo do território

de sua jurisdição a tratarem a questão da qualificação profissional como um processo contínuo.(CAU, 2010)

As associações de pessoas com deficiência física vem ao longo da história ganhando força, estrutura e o respeito da sociedade. Atuam de maneira concreta, com o objetivo de garantia de seus direitos, buscando a criação de leis, normas e decretos que favoreçam a inclusão dessa categoria no bojo da sociedade. Seu fortalecimento está, gradativamente, revertendo posturas atitudinais da população em prol das pessoas com necessidades especiais. Essas entidades atuam de forma autônoma e independente na fiscalização de edifícios públicos visando garantir direitos de deslocamento e de utilização desses espaços livres de barreiras arquitetônicas.

Nos grandes centros é comum o surgimento de obras incompatíveis com os critérios e medidas legais. A fiscalização é o principal meio de controle na identificação de inconformidades na execução das obras. É responsabilidade do Poder Público, através das prefeituras municipais, a observância das condições apresentadas no projeto e a fiscalização da execução da obra. Apesar da legislação vigente, as soluções em acessibilidade em construções, muitas vezes são inadequadas ou se restringem a atender às exigências para aprovação de projetos nas prefeituras. Um dos obstáculos para obtenção de eficiência na atuação das prefeituras é o número insuficiente de profissionais preparados para o atendimento das demandas de fiscalização. A falta de atuação do estado não isenta de responsabilidade o executor, que deve conhecer a legislação e zelar pela qualidade do produto final. Tanto o profissional da construção civil como o fiscal de execução de obras devem ser sensíveis à aplicação das normas que trazem melhorias na qualidade de vida da população.

A lei 13.146\15 apresenta no Art. 54 que são sujeitas ao cumprimento das disposições dessa lei e de outras normas relativas à acessibilidade, sempre que houver interação com a matéria nela regulada: a aprovação de projeto arquitetônico e urbanístico ou de comunicação e informação; a execução de qualquer tipo de obra quando tenham destinação pública ou coletiva. No Art. 56 a construção, a reforma, a ampliação ou a mudança de uso de edificações abertas ao público, de uso público ou privadas de uso coletivo deverão ser executadas de modo a serem acessíveis (BRASIL.2015).

A vistoria do edifício após a construção habilita a concessão do documento de conclusão de obra que certifica o atendimento de todas as etapas,

garantindo que o imóvel está habilitado para a utilização proposta. Infelizmente, algumas vezes o documento de conclusão de obra é liberado sem o cumprimento total do projeto.

A lei 13.146/15 no Art. 56 cita que, para a aprovação, o licenciamento ou a emissão de certificado de projeto executivo arquitetônico, urbanístico e de instalações e equipamentos temporários ou permanentes e para o licenciamento ou a emissão de certificado de conclusão de obra ou de serviço, deve ser atestado o atendimento às regras de acessibilidade; que o poder público, após certificar a acessibilidade de edificação ou de serviço, determinará a colocação, em espaços ou em locais de ampla visibilidade, o símbolo internacional de acesso, na forma prevista em legislação e em normas técnicas correlatas (BRASIL, 2015).

A legislação de acessibilidade traz um alinhamento entre as necessidades das pessoas e sua inclusão no espaço construído. Muitas vezes, apenas o enfoque da legislação pode não atender a realidade de todas as pessoas que merecem atenção especial.

Guimarães (2010, p. 02) ressalta que, através do planejamento ambiental, pode-se intervir nas circunstâncias físicas e psico-sociais da relação pessoa-ambiente com a correta distinção entre os aspectos de desafio ou de intimidação presentes no espaço edificado. Prover condições ambientais satisfatórias a pessoas com deficiência poderia significar a alteração dos tradicionais níveis de conforto, de forma a abranger um padrão de normalidade mais amplo. No entanto, não se poderia atingir níveis de conforto para a satisfação de todos, a partir deste padrão considerado "normal". Por mais amplo que seja, nos limites desse padrão sempre haverá pessoas com pouca habilidade de ajuste. Requer-se então, que os níveis de conforto sejam repensados de maneira a formar limites flexíveis que se ajustem às habilidades de diferentes pessoas com pouca capacidade de adaptação. Assim, as alternativas se complementam em geral para instrumentar a competência ambiental de qualquer usuário.

A legislação vem sendo constantemente atualizada com o intuito de abarcar as demandas das pessoas com necessidades especiais. O processo de planejar é dinâmico e portanto, deve estar constantemente sob atenção. Recentemente foi instituído o estatuto da pessoa com deficiência e a atualizada a NBR 9050 que foi aprimorada com base nas experiências acumuladas durante um período de aplicação.

Conforme cita a Lei 13.146 / 15 no Art. 1º: É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

A legislação contribuiu bastante na sistematização da conduta de projetos hospitalares. A imposição das leis permitiu uma maior influência no processo de conscientização dos dirigentes e proprietários de instituições públicas e privadas em todo o país.

Para Gomes, Rezende & Tortorelli (2010, p. 136), “outros pontos levantados são os que dizem respeito às infrações, penalidades e estipulações dos valores de multas e sobre o compromisso do poder público com a promoção de campanhas informativas e educativas, dirigidas população em geral, objetivando conscientizar a população quanto acessibilidade.

Ainda não temos todas as unidade de saúde contemplando todos os índices de acessibilidade que as leis exigem.

Para Guimarães (2002, p. 02), nossa sociedade só reconhece deficiência humana quando se depara com pessoas que sofrem esse tipo de stress com o uso do meio edificado, constantemente, a cada minuto de sua vida. Considera essas pessoas portadoras de deficiência. Nesses casos, as situações de stress que dificultam a qualidade de vida de todos são mais intensas e por isso são identificadas como barreiras arquitetônicas para os portadores de deficiência. Mas, infelizmente, nossa sociedade faz pouco ou quase nada para eliminar as barreiras arquitetônicas existentes e para evitar que outras barreiras surjam por aí.

Para garantir um bom desempenho do edifício, o projeto deve contemplar conceitos que permitam um amplo entendimento das necessidades do usuário. A implantação da acessibilidade ampla com utilização sem restrições deve significar um “selo de qualidade” do projeto.

A anotação de responsabilidade técnica junto ao conselho de classe é o certificado de capacitação do arquiteto. Sendo assim, compete a ele, baseado em seus conhecimentos técnicos, demonstrar ao cliente o melhor caminho. Todo projeto arquitetônico tem suas particularidades, cabendo ao arquiteto apresentar as condições que devem ser atendidas para o melhor desempenho do edifício projetado. A acessibilidade é um investimento em qualidade e que agrega valor ao imóvel trazendo qualificação na utilização. O atendimento às normas de acessibilidade, além de ser uma formalidade é essencial para um bom projeto.

Segundo Guimarães (2002, p. 03), quando a acessibilidade é restrita ou mal



formulada, o dinheiro aplicado é jogado fora. Afinal, o espaço construído que se obtém não predispõe as pessoas a serem felizes e a buscarem mais acessibilidade, como um todo. Prevaecem ideias erradas, mitos, como esses a seguir: o custo é muito alto, poucas pessoas realmente necessitam, as alterações necessárias são complexas, as consequências são até comprometedoras por questões de segurança, praticidade, etc. Quando a acessibilidade é ampla e bem formulada, o que se observa é justamente o contrário. Ao invés do inviável, do grotesco, do absurdo, obtém-se o funcional, o seguro, o conveniente, o belo, o agradável, o desejável.

Apesar das exigências da legislação quanto à utilização do Desenho Universal, nem todos os profissionais estão atualizados sobre o assunto. Cabe maior divulgação do tema, inclusive nas universidades, com adequação de currículo mínimo para todo o país. O dia-a-dia das pessoas é bastante facilitado com a utilização da rota acessível e do desenho universal. Rota acessível, desenho universal, a legislação específica de acessibilidade e conceitos humanistas fecham o ciclo da acessibilidade plena.

Segundo Kuhnen (2010, p. 539), por definição, as relações mútuas estabelecidas entre pessoa e ambiente são o objeto da psicologia ambiental; mas, em tal contexto, é importante perceber que desdobramentos significativos das interações sociais e a saúde humana podem ser observados, especialmente, no interior de e em função de construções, onde as pessoas passam a maior parte de suas vidas.

A Lei 13.146/15 no Art. 55 cita que, a concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação, e de outros serviços, equipamentos e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade. O desenho universal será sempre tomado como regra de caráter geral. Nas hipóteses em que comprovadamente o desenho universal não possa ser empreendido, deve ser adotada adaptação razoável. Caberá ao poder público promover a inclusão de conteúdos temáticos referentes ao desenho universal, nas diretrizes curriculares da educação profissional e tecnológica e do ensino superior e na formação das carreiras de Estado. Os programas, projetos e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidas com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de fomento deverão incluir temas voltados para o desenho universal. Desde a etapa de concepção, as políticas públicas deverão considerar a adoção do desenho universal (BRASIL, 2015).

### 5.2.3.2 Tecnologia Versus Custo

A tecnologia permite ajustar as soluções construtivas convencionais às necessidades do corpo humano. Possibilita a interação entre espaços, ambientes em si e em níveis diferentes. Equipamentos de tecnologia assistida permitem uma

inter-relação entre o ambiente e as pessoas. Considerando que tudo tem um custo, a tecnologia agrega qualidade, levando em conta que o custo varia de acordo com as necessidades e condições físicas apresentadas no edifício.

Afim de permitir espaços democráticos, em termos inclusivos, a legislação brasileira de acessibilidade fornece parâmetros, possibilitando a interferência da tecnologia. Podemos comprovar avanços tecnológicos importantes com interferência em espaços físicos trazendo eficiência e eficácia com conforto ou simplesmente espaços confortáveis.

A Lei 13.146/15 no Art. 74 cita que, é garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida. O Art. 75 cita que, o poder público desenvolverá plano específico de medidas, a ser renovado em cada período de 4 (quatro) anos, com a finalidade de, entre outras observações: facilitar o acesso a crédito especializado, inclusive com oferta de linhas de crédito subsidiadas específicas para aquisição de tecnologia assistiva; criar mecanismos de fomento à pesquisa e à produção nacional de tecnologia assistiva, inclusive por meio de concessão de linhas de crédito subsidiado e de parcerias com institutos de pesquisa oficiais; facilitar e agilizar o processo de inclusão de novos recursos de tecnologia assistiva no rol de produtos distribuídos no âmbito do SUS e por outros órgãos governamentais (BRASIL, 2015).

A tecnologia deve acompanhar as exigências da legislação de acessibilidade para atender tanto ao público em geral como a uma população específica. Para isso são realizados investimentos em pesquisas para a aplicação do desenho universal e ergonomia. Isso tem contribuído com a criação de novos equipamentos e produtos que, aplicados em projetos, propicia novos meios de tornar os espaços acessíveis.

A REATECH é o exemplo de uma feira para divulgação e lançamento de acessórios, produtos, equipamentos e materiais destinados ao atendimento de pessoas com necessidades especiais. Essas feiras são significativas para o mercado, para os projetistas se manterem atualizados quanto aos lançamentos e disponibilidade de produtos que venham propiciar maior acessibilidade.

A reforma de edifícios usados adaptados para abrigar unidades de saúde, às vezes se torna muito complexa para atender às condições mínimas de ocupação. Embora haja aumento de custo, existem equipamentos eletroeletrônicos que pode tornar esses tipos de edifícios viáveis. Quando a obra é executada com detalhes bem elaborados e especificação coerente, a relação custo benefício é positiva e não

sobrecarrega o orçamento.

Considerando a função social de uma unidade de saúde, o custo extra de uma construção totalmente acessível é pequeno. O custo pode ser minimizado com a adoção de medidas que viabilizem a construção, como pesquisas em detalhamentos e na especificação de materiais adequados ao uso. Os resultados do investimento são justificados com os benefícios na qualidade do atendimento à população, tornando o sistema de saúde mais eficiente e agradável com a adoção de medidas que tragam a acessibilidade plena.

Segundo Guimarães (2002, p.03), existem aí duas situações que devemos considerar: custo e viabilidade. Custo não é desperdício. É o preço pago na obtenção de um bem. Junto ao custo está sempre o benefício. Se acessibilidade exige custos, também traz grandes benefícios. Está comprovado que a acessibilidade prevista num projeto arquitetônico representa 0,1% dos gastos a serem feitos com um projeto convencional, cheio de barreiras. Estas despesas chegam a 35% a mais do que o preço convencional caso esteja inclusa a instalação de um elevador não previsto originariamente. Viabilidade se refere aos resultados que se pode obter em função dos investimentos a ponto de justifica-los. A acessibilidade é viável imediatamente quando uma pessoa portadora de deficiência atua profissionalmente e reverte como contribuinte o investimento social aplicado em termos de serviços. A acessibilidade é viável a longo prazo quando o investimento aplicado se dilui para diferentes gerações juntamente com a formação educacional da cidadania.

Fazer acessibilidade depois de pronto é fazer duas vezes, pois a adequação é um retrabalho e custa caro. Muitas vezes as soluções apresentadas são pontuais e não levam em consideração a estrutura construtiva como um todo. Deve ser avaliado que, quando a solução não é adequada, como por exemplo uma rampa com inclinação superior ao ideal, ao invés de ajudar pessoas no seu desempenho traz mais dificuldades. A colocação de equipamentos eletroeletrônicos pode trazer soluções simples e viáveis, porém em muitas situações são muito complicadas e se traduzem em aumento de custo, podendo inviabilizar a adoção dessa medida. Devido às soluções inadequadas e de inviabilidade de equipamentos eletroeletrônicos, muitas unidades de saúde ficam com seus atendimentos prejudicados, atingindo diretamente o usuário.

Guimarães (2002, p. 03) adverte que, nem sempre é possível a acessibilidade em ambientes já construídos, quando o acúmulo de barreiras exigem grande investimento para sua remoção e a transformação de atitudes conservadoras e de mentes inflexíveis. Porém, a acessibilidade é sempre possível quando as atitudes se voltam para evitar o stress de uma

deficiência antes que ele se manifeste.” Conclui ele que, “isso nos faz pensar que devemos pensar em acessibilidade com previsão, sempre e sempre. Mesmo nos espaços já existentes, o investimento vale a pena quando contemplamos o passar do tempo. Errado é adotar medidas paliativas e incompletas, tais como, rampas íngremes e sem corrimão, por exemplo. Afinal, perde-se dinheiro fazendo-se errado o que poderíamos acertar numa só vez. Pior. Evita-se com este desperdício que as pessoas possam usufruir dos benefícios da coisa certa.

## 5.2.4 Os Caminhos da Mudança

Quando falamos de arquitetura inclusiva com foco na acessibilidade, estamos considerando uma aproximação do usuário com conceitos arquitetônicos humanistas. Para não segregar, a arquitetura pode utilizar ferramentas variadas para criar espaços que possam ser vivenciados por toda a sociedade. O processo de conscientização passa por ideias inovadoras que façam com que a sociedade tenha condições de intercâmbio entre pessoas.

### 5.2.4.1 Conscientização como processo

A normatização de acessibilidade vem despertando o senso de responsabilidade nos projetistas e em entidades públicas e privadas. Os projetistas vem procurando alternativas para proporcionar acessibilidade satisfatória às pessoas com deficiência nos ambientes construídos. Não é admissível que espaços de uso público não sejam acessíveis a todas as pessoas. Tem-se pensado no desempenho de uma construção contando com elementos e materiais que contribuam para minimizar as desvantagens inerentes às pessoas com necessidades especiais.

A sociedade vem aceitando de bom grado as benfeitorias de acessibilidade nos edifícios, pois coloca a pessoas com deficiência em um posição de igualdade com pessoas sem comprometimento físico. Entende-se que todo espaço público construído deve atender a diversidade de seus usuários. Nesse sentido, percebe-se uma gradativa e benéfica alteração na forma de ver e entender as alternativas de integração de pessoas com deficiência nos ambientes construídos.

Para Guimarães (2002, p. 02), acessibilidade é um processo de transformação do ambiente e de mudança da organização das atividades humanas que diminuem o efeito de uma deficiência. Esse processo se desenvolve a partir do reconhecimento social de que deficiência é resultante do grau de maturidade de um povo para atender os direitos individuais de

cidadania plena. Deficiência é resultante do desajuste entre as características físicas das pessoas e as condições onde elas atuam. Não é, portanto, algo associado de forma específica a um tipo de pessoa. Não é coisa de “deficientes”, a não ser que entendamos cada um de nós sermos deficientes em lidar com a busca do aprimoramento pessoal e de ambientes mais adequados às nossas necessidades.” Completa ele, “já está comprovado por vários estudos e experimentações que a inclusão se manifesta pela transformação das atitudes, do comportamento, da administração, do atendimento e da organização físico-espacial ao longo do tempo. Inclusão se manifesta, então, através da acessibilidade.

As normas são benéficas e ajudam a avançar no processo de conscientização dos profissionais quanto a utilização do ambiente construído, além de aliar necessidades e conforto com vantagens tecnológicas. A tecnologia traz o aprimoramento de objetos e de elementos que, quando inseridos em ambientes construídos ajudam na inclusão de pessoas no cotidiano da vida social. Contudo, é necessário que haja alinhamento entre os custos desses produtos e a disponibilidade de recursos para aquisição pelas unidades de saúde.

Devido à complexidade de projetos hospitalares, o arquiteto no ato de projetar deve avançar além das exigências legais. Existem opções tecnológicas que o profissional pode introduzir nos projetos com o intuito de melhorar a sua eficiência. O custo do investimento em tecnologia ainda alto mas é justificado pelo benefício social. O aumento da demanda induz o mercado a ofertar mais produtos e materiais cada vez mais eficientes. Considerando a lei da oferta e da procura, os preços são impulsionados para baixo, tornando a tecnologia mais acessível a todos.

Com acessibilidade, a pessoa passa a investir em si mesma. O acaso de deficiências em caráter permanente não se sobressai nos investimentos pela qualidade do ambiente construído. A pessoa segue vivendo de modo pleno se a acessibilidade ocorrer em seu lar, em seu ambiente de trabalho, em seu ambiente de lazer, em seu ambiente de convívio social. Ao invés de perpetuar uma vida vegetativa sob noções de despesas públicas a fundos sociais sem retorno, desperdício, o beneficiado retorna o investimento em termos quantitativos, aferidos pela produtividade industrial, por exemplo, e qualitativos, aferidos pelo ambiente de vida participativa que passa a motivar (GUIMARÃES, 2002, p. 03).

#### 5.2.4.2 O processo é Gradual

A conscientização deve ser uma busca constante para o aprimoramento e continuidade de soluções construtivas que favoreçam a acessibilidade nas unidades de saúde. Acessibilidade é um conjunto de soluções que compõe um processo

dinâmico e constante. A qualidade dessas soluções em projetos hospitalares depende, sobre maneira, do cumprimento das etapas desde o projeto até a execução.

Muito tem sido feito no sentido de adotar soluções construtivas para atender a acessibilidade em unidades de saúde. O desempenho da acessibilidade nas unidades de saúde é incipiente e ainda carece de desenvolvimento. Devido a importância de suas finalidades os projetos devem ser cuidadosamente projetados e executados a fim de atender com dignidade e promover inclusão social. Normalmente os hospitais particulares são mais acessíveis, atendendo melhor às normas do que os da rede pública, embora essa melhoria no atendimento seja recente. Não deveria existir distinção entre a implantação de normas de acessibilidade entre instituições públicas e privadas, visto que, ambas devem seguir os mesmos parâmetros da legislação e atender às mesmas necessidades.

Segundo Guimarães (2002, p. 05), a prática da acessibilidade não deve estar restrita aos edifícios públicos, e não é só responsabilidade da administração governamental. Cada organização administrativa deve conter seu programa de implantação da acessibilidade. É uma forma de garantir qualidade ambiental no espaço construído e nas formas de funcionamento dessas organizações.

A segregação espacial nas unidades de saúde acontece quando o espaço não oferece plenas condições de acesso e utilização pelo usuário, não permitindo que ele usufrua do bem coletivo. Tendo como parâmetro a legislação e a aplicação de conceitos como o desenho universal e psicologia ambiental, entre outros, os profissionais projetistas podem ampliar formas de qualificação de espaços nos projetos. É necessário uma aproximação urgente da aplicação prática de pesquisas nesses campos, afim de subsidiar esses conceitos.

Para Duarte & Cohen (2003, p. 07), a acessibilidade ao espaço construído não deve ser compreendida como um conjunto de medidas que favoreceriam apenas às pessoas portadoras de deficiência - o que poderia até aumentar a exclusão espacial e a segregação destes grupos -, mas sim medidas técnico-sociais destinadas a acolher todos os usuários em potencial.

É importante conhecer e compreender os conceitos de acessibilidade como condição de deslocamento e interação entre espaços no ato de projetar. Em se tratando de características físicas dos espaços, a rota acessível está diretamente

relacionada às condições de trânsito dentro de locais de uso público. Ela possibilita a solução de muitos problemas de acessibilidade nos projetos, devendo fazer parte das preocupações dos profissionais em oferecer diversas formas de acesso.

O desenho universal é um conceito que conduz a práticas profissionais que possibilitam atender ao ser humano. A utilização do conceito do Desenho Universal ainda é tímido em projetos acessíveis para unidades de saúde. Trata-se de um conjunto de soluções que permite compatibilizar as diferentes funções, diversidades de equipamentos e ferramentas no estágio de planejamento. Embora seja cobrado pela legislação específica de acessibilidade, o desenho universal ainda é pouco compreendido na classe profissional, principalmente por profissionais mais antigos.

Para Guimarães (2005, p. 01), dentre outros desafios para o aprendizado de Design Universal, é essencial estimular a percepção do impacto ambiental sobre os problemas de mobilidade, usabilidade e de orientação no espaço edificado de pessoas com habilidades comprometidas por uma deficiência permanente ou temporária. Como muitos estudantes/profissionais de design não estão conscientes de que vivenciam tais problemas relativos ao uso ambiental em seu cotidiano, pouco podem compreender seu papel em minimizar os efeitos de uma deficiência física, mental ou sensorial e de como isso pode atingir a todos reduzindo a qualidade de vida." Completa ele, "o enfoque é sobre o aprendizado de Design Universal uma vez que este conceito tem sido confundido em termos pragmáticos com a simples aplicação técnica de parâmetros ergonômicos da acessibilidade ambiental.

Acredita-se que atualmente os estudantes de arquitetura estão sendo preparados para fazer acessibilidade. Um profissional entrevistado sugere a inclusão de disciplinas padronizadas relativas à acessibilidade e desenho universal nos currículos de todas as universidades brasileiras. Essa sugestão deve ser considerada pois o que se percebe é que a conscientização da classe profissional precisa ser melhor trabalhada para se obter um efeito mais duradouro e concreto nos resultados de projetos acessíveis.

Duarte & Cohen (2003, p. 04) destacam que, o enfoque humanista fará com que a arquitetura seja vista como locus de ação e reação de atores sociais, e seu estudo crítico deverá preocupar-se em compreender a emoção experimentada em cada espaço (constrangimento, afeto, rejeição, indiferença). Neste sentido, sustentamos que seja necessário levar o aluno de arquitetura a compreender a experiência do homem nos espaços, a partir de sua diversidade e buscando sempre uma maior qualidade de vida para todos.

Coforme Duarte & Cohen (2003, p. 12), se criarmos subsídios para

programas de integração socio-espacial das pessoas portadoras de deficiência, estaremos ao mesmo tempo contribuindo para a construção de uma cidadania plena para todos e subsidiando a emergência de novos paradigmas de concepção urbanística e arquitetônica para as cidades brasileiras. Assim, o impacto social de planejadores formados com uma visão mais holística do espaço construído será enorme, pois representará o aumento da "qualidade de vida" não apenas dos 14% da população brasileira que possui algum tipo de deficiência (segundo censo IBGE 2000) mas também da população como um todo que estará convivendo com a diversidade humana e sentindo os resultados da mudança de mentalidade destes novos planejadores, atuais alunos de arquitetura e urbanismo.

### 5.3 CONCLUSÃO

Este estudo partiu da premissa de apreender o saber prático de profissionais da área da construção civil, no sentido de conduzir ao entendimento das condições de acessibilidade em ambientes hospitalares no contexto atual. Esta variedade de olhares nos mostra um cenário onde a acessibilidade em unidades de saúde é uma realidade, porém com muitas lacunas. A acessibilidade é para os participantes um ponto relevante para a qualidade dos edifícios de saúde, onde podem ser projetados ambientes saudáveis que pressupõem atendimentos acolhedores para todas as pessoas.

Porém, a acessibilidade está sendo conduzida de uma forma pouco prática onde não se olha muito além do cumprimento de legislações específicas e ainda a aplicação delas ocorre de maneira fragmentada. Atualmente parte das unidades de saúde no país não contam com um atendimento condizente com as necessidades de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

Mudar esse cenário requer adoção de novos conceitos humanistas para a criação de uma nova cultura profissional. Pressupõe buscas a igualdade social com base no entendimento das diversidades. A pesquisadora acredita que, além de aproveitar mais plenamente o conceito técnico de desenho universal, também deve ser adotada uma visão humanista na formação profissional.

Outro ponto muito importante é a participação do Poder Público, que cria a legislação mas não garante formas de implantação eficiente. A fiscalização nas construções de edifícios hospitalares tem sido insuficiente, pouco atuante e ineficaz para evitar a criação de barreiras arquitetônicas que causam a exclusão social.



## RECOMENDAÇÕES

São complexas as condições que envolvem as causas da persistência de barreiras arquitetônicas no que diz respeito à acessibilidade nas unidades de saúde no Brasil. Não existem culpados e sim um sistema a ser ajustado às necessidades e conveniências para tornar as edificações mais acessíveis.

As entrevistas com os profissionais da área da construção civil nos apontam para diversas questões que vão desde hábitos, passando pela formação profissional, atividades que envolvem conselhos de classe, culminando com a necessidade da gestão pública de controle e execução da legislação específica de acessibilidade.

A revisão literária nos mostra que, no período estudado, embora haja farta legislação, ainda existe carência de acessibilidade aparentemente generalizada em unidades de saúde de todo o país.

Existem legislações que definem regras de acessibilidade nas esferas, federal, estadual e municipal, mas poucas ações são executadas em conjunto. Para tornar eficientes essas normas legais devem ser intensificadas ações que deem suporte à fiscalização na fase de execução de obras.

Considerando que o edifício possui uma longa vida útil, o efeito de medidas incorretas na construção ou reforma deixa cicatrizes. Ainda encontramos muitas barreiras físicas nas instituições hospitalares por falhas de projeto e execução inadequada. A tendência é que cada vez mais isso vá diminuindo pois o processo de transformação dos espaços passa pela implantação e aceitação de fatores que favoreçam a acessibilidade nas unidades de saúde.

A articulação entre associação de classe de pessoas com deficiência, conselhos de classe de profissionais da área da construção e instâncias governamentais cria condições para a eliminação de barreiras arquitetônicas nas construções e reformas de unidades de saúde. Um diálogo consistente entre essas instituições soma forças para uma consolidação da conscientização social em busca de uma arquitetura inclusiva.

Almeja-se com esse estudo contribuir para a melhoria dos padrões de acessibilidade arquitetônica, buscando promover o atendimento humanizado e resolutivo nas unidades de saúde. Pretende-se ainda contribuir com informações para

o meio acadêmico, para profissionais da construção civil, para as ações públicas e na conscientização da sociedade em geral.

## REFERENCIAS

FERNANDES, IDILIA; LIPPO, HUMBERTO. **Política de acessibilidade universal na sociedade contemporânea**. Textos & Contextos, Porto Alegre, 2013.

**Instituto de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 06/10/2015.

**Relatório Mundial sobre a deficiência** – Publicado pela Organização Mundial da Saúde, São Paulo, 2011. <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documenos/RELATORIOMUNDIALCOMPLETO>. Acesso em 11/10/2015.

VASCONCELOS, LUCIANA RODRIGUES; PAGLIUCA, LORITA MARLENE FREITAS. **Mapeamento da Acessibilidade do Portador de Limitação Física a Serviços Básicos de Saúde**. Rio de Janeiro: Esc Anna Nery R Enferm, 2006.

ELY, VERA HELENA MORO BINS; SILVA, CRISTIANE SILVEIRA DA; **Unidades Habitacionais Hoteleiras na Ilha de Santa Catarina: Um Estudo Sobre a Acessibilidade Espacial**. Produção, v. 19, 2009.

SIQUEIRA, FERNANDO CARLOS VINHOLES; FACCHINI, LUIZ AUGUSTO; SILVEIRA, DENISE SILVA DA; PICCINI, ROBERTO XAVIER; THUMÉ, ELAINE, TOMASI, ELAINE. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Pelotas RS, 2009.

MOSCHETTA, VANESSA CARLA; BELOTO, GISLAINE ELIZARE. **Vivências Espaciais e a Percepção do Lugar pelas Pessoas Deficientes**. Maringá, PN, Revista, 2007.

PEREIRA, MIRILÚ MOURÃO. **A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais no ensino superior**. Revista, 2006.

OLIVEIRA, CASSANDRA MELO; NUERNBERG, ADRIANO HENRIQUE; NUNES, CARLOS HENRIQUE SANCINETO DA SILVA. **Desenho universal e avaliação psicológica na perspectiva dos direitos humanos, Avaliação Psicológica**. Florianópolis-SC, 2013.

BESTETTI, MARIA LUISA TRINDADE. **Ambiência: espaço físico e comportamento**. Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol. Rio de Janeiro, 2014.

CAMBIAGHI, SILVANA. **Desenho Universal: Métodos e Técnicas para Arquitetos e Urbanistas**. Editora SENAC, São Paulo, 2ª edição 2011.

PINHEIRO, JOSÉ Q. **Psicologia Ambiental: a busca de um ambiente melhor**. Universidade do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 1997.

WHITTEMORE, ROBIN; KNAFL, KATHLEEN. **The integrative review: updated methodology**. Blackwell Publishing Ltda. Portland, Oregon, USA, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano**. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.

DANTAS, CLAUDIA DE CARVALHO; LEITE, JOSÉTE LUZIA; LIMA, SUZIMARA BEATRIZ SOUZA DE; STIPP, MARLUCI ANDRADE CONCEIÇÃO. **Teoria Fundamentada nos Dados – Aspectos Conceituais e Operacionais: Metodologia Possível de ser Aplicada na Pesquisa em Enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem, 2009.

HENWOOD, KAREN; PIDGEON, NICK. **A teoria fundamentada**. In: **breakwell, g. (Orgs.). Método de pesquisa em psicologia**. São Paulo; Artmed, 2010, p 340-361.

MINAYO, CECÍLIA DE SOUZA. **Metodologia de Pesquisa Qualitativa Avançada**. São Paulo, SP, 2006.

CHARMAZ, KATHY. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. ed. Artmed, Porto Alegre, 2009.

**BRASIL**, Lei 13.146 de 6 julho de 2015, Instituto a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Estatuto da Pessoas com Deficiêncai**). Disponível em: [www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/-13146-6-julho-2015-781174-publicacaooriginal-147468-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/-13146-6-julho-2015-781174-publicacaooriginal-147468-pl.html). Acesso em 18/10/2015.

**BRASIL**. Decreto-lei no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas deficientes e com mobilidade reduzida e da outras providências. Disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2004](http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2004). Acesso em 18/10/2004.

**BRASIL**. Lei n. 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências [online]. Brasília: 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm>. Acesso em 18/10/2000.

FRANÇA, INÁCIA SÁTIRO XAVIER DE; PAGLIUCAL, LORITA MARLENE FREITAS; BAPTISTA, ROSILENE SANTOS; FRANÇA, EURÍPEDES GIL DE; COURA, ALEXANDRE SILVA, SOUZA. **Violência Simbólica no Acesso das Pessoas com Deficiência às Unidades de Saúde**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2010.

CARVALHO, ALINY MELO; AVELAR, SOLANGE ANDRADE. **Barreiras Arquitetônicas: Acessibilidade aos Usuários**, Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga, São Paulo, SP, 2010.

PAGLIUCAL, LORITA MARLENE FREITAS; ARAGÃO, ANTÔNIA ELIANA ARAUJO; ALMEIDA, PAULO CÉSAR. **Acessibilidade e deficiência física: identificação de**

**barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral.** Rev Esc Enferm USP. 2007.

MARTINS, ALINE BLAYA; D'AVILA, OTÁVIO PEREIRA; HILGERT, JULIANA BALBINOT; HUGO, FERNANDO NEVES. **Atenção Primária a Saúde Voltada as Necessidades dos idosos: da Teoria a Prática.** Ciêncas & Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS, 2014.

SOUZA, CAMILA CRISTINA BORTOLOZZO XIMENES; ROCHA, EUCENIR FREDINI. **Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo,** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2010.

DUARTE, CRISTIANE ROSE DE SIQUEIRA; COHEN, REGINA. **O Ensino da Arquitetura Inclusiva como Ferramenta par a Melhoria da Qualidade de Vida para Todos.** In: PROJETAR 2003. (Org.). Projetar: Desafios e Conquistas da Pesquisa e do Ensino de Projeto. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2003, p. 159-173.

GOMES, ANA ELIZABETH GONDIM; REZENDE, LUCIANA KRAUSS; TORTORELLI, MARIANA FERNANDES PRADO. **Acessibilidade e deficiência: Análise de Documentos Normativos.** São Paulo, SP, 2010.

DUARTE, CRISTIANE ROSE DE SIQUEIRA; COHEN, REGINA. **Afeto e Lugar: A Construção de uma Experiência Afetiva por Pessoas com Dificuldade de Locomoção.** In Anais do Seminário Acessibilidade no Cotidiano. Versão em CD. Rio de Janeiro, 2004. Uma versão deste trabalho foi apresentada no III Seminário Internacional Sociedade Inclusiva, realizado na PUC-Minas em maio de 2004. Aproveitamos para agradecer à coordenação do referido Seminário pela colaboração e compreensão.

KUHEN, ADRIANE; FELIPE, MAÍRA LONGHINOTTI; LUFT, CAROLINE DI BERNARDI. FARIA, JEOVANE GOMES DE. **Importancia da Organização dos Espaço para a Saúde Humana. Psicologia & Sociedade.** Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

BOURDIEU, PIERRE; WACQUANT, LOIC J. D. **Réponses Pour une Anthropologie Reflexive.** ed. Seutl, Paris, 1992. Tradução de Eduardo Jorge Esperança. <http://home.dsoc.uevora.pt/~eje/reponses.htm>, acesso em 16/03/2016. CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO, CAU, [www.caugo.org.br](http://www.caugo.org.br). Acesso em 06/10/2015.

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO, CAU, [www.caugo.org.br](http://www.caugo.org.br). Acesso em 06/10/2015.

GUIMARÃES, MARCELO PINTO. **Arquitetura para Papeis Sociais; Habilitat.** Minas Gerias, 2010. <http://startpage.adaptse.org/172>, acesso em 17/03/2016.

GUIMARÃES, MARCELO PINTO. **Acessibilidade: Diretriz para a Inclusão.** Revista

USP, 2002. <http://startpage.adaptse.org/172>, acesso em 17/03/2016.

GUIMARÃES, MARCELO PINTO. **Aspectos Cognitivos no Aprendizado de Design Universal**. Apresentado em seminário em Ouro Preto MG, 2005. <http://startpage.adaptse.org/172>, acesso em 17/03/2016.

## **APENDICES**

## PENDICE A - QUADRO 1 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	SEXO	IDADE	ANO DE TÉRMINO DE FORMAÇÃO	FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	ATIVIDADE PRINCIPAL	ATIVIDADE SECUNDÁRIA	DEFICIENTE FÍSICO E MOBILIDADE REDUZIDA
A1	F	55	1983	Arquitetura e Urbanismo	Mestrado em Desenho Universal	Funcionário Público	Magistério, Profissional Autônomo, Palestrante nacional e internacional	Deficiente Física
A2	F	34	2007	Arquitetura e Urbanismo	Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial Especialização em Perícia Ambiental	Funcionário Público		Mobilidade temporariamente reduzida
A3	M	74	1967	Arquitetura e Urbanismo		Profissional Autônomo	Magistério, Palestrante nacional e internacional	
A4	M	52	1986	Arquitetura e Urbanismo		Profissional Autônomo		
A5	F	57	1982	Arquitetura e Urbanismo	Engenharia de Custo com foco em Acessibilidade	Funcionário de Autarquia Federal	Assessora da Presidência do CREA, Palestrante nacional e internacional	Mobilidade temporariamente reduzida
E1	M	56	1989	Engenharia Civil	Especialização em Planejamento e Gestão Urbana, Especialização em Segurança e Medicina do Trabalho	Funcionário Público		

Coleta de Dados: Perfil dos profissionais entrevistados em Goiânia, Go; Brasília, DF; São Paulo, SP; Curitiba, PN -2015, Sexo, F para Feminino, M – para Masculino



## APENDICE B - QUADRO 2 - ARTIGOS CIENTÍFICO SOBRE BARREIRAS ARQUITETÔNICAS

1 - MAPEAMENTO DA ACESSIBILIDADE DO PORTADOR DE LIMITAÇÃO FÍSICA A SERVIÇO BÁSICOS DE SAÚDE		
Autor / ano de publicação	Objetivo	Rasultados
Vasconcelos, Luciana Rodrigues; Pagliuca, Lorita Marlena Freitag; 2006	Objetivo deste estudo é mapear as condições arquitetônicas de acesso do portador de limitação física aos serviços básicos de saúde, segundo a NBR 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), de um município de médio porte do Ceará.	Mapeamento da área física, englobando os diversos aspectos da via pública, acesso ao prédio e circulação no seu interior, adequação de equipamentos, mobiliários, salas e auditórios das unidades básicas de saúde do município, conforme os padrões técnicos estabelecidos na NBR 9050, da ABNT. Quanto ao acesso ao prédio, das 10 unidades que apresentaram escadas, não tinham corrimãos; 7 unidades paresentou rampa de acesso. Das 5 unidades que onde havia portas de va-e-vem ou de 2 folhas, apenas uma possuía visor vertical. Das 5 unidades com portas de correr apenas um possui trilhos nivelados. A metade dos locais possuiu pisos antiderrapantes e com superfícies regulares, firmes, contínuas e estáveis. Nove locais não tinham as áreas de circulação coletiva exigidos de no mínimo 1,20m. Nove locais não atenderam à norma que os balcões de trabalho devem ter, na sua parte superior.Em cinco locais, dos nove que possuíam telefones públicos, os aparelhos se encontravam a uma altura adequada. Dos 11 que possuíam bebedouros, nenhum atendia às medidas antropométricas adequadas. Das 12 unidades de saúde visitadas, apenas três possuíam banheiro destinado aos deficientes físicos e a metade disponibilizava banheiro para cada sexo. Dos 12 locais visitados, sete permitiam ao deficiente físico uma rotação de no mínimo 90°. Metade dos locais avaliados apresentou uma área de transposição adequada. Nenhuma unidade oferecia barras horizontais para apoio e auxílio do usuário de cadeira de rodas Além disso, foram encontradas a uma altura superior à preconizada, bacias sanitárias em 12 unid., papeleiras em 11 unidades. Nove não apresentavam dispositivos de descarga.Dos nove banheiros avaliados, que possuíam lavatórios, sete eram sem colunas. As torneiras monocomando foram observado em sete dos oito banheiros que possuíam torneiras.
	Método	
	Pesquisa tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Foram sorteados 12 unidades de saúde, não se considerando, os serviços oferecidos por ambulatório, em um município de porte médio do Ceará. Considerou o agrupamento em variáveis do tipo estruturas arquitetônicas, móveis, equipamentos, entre outros.	

**2 - BARREIRAS ARQUITETÔNICAS A IDOSOS E PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SETE ESTADOS DO BRASIL**

<p>Siqueira, Fernando Carlos Vinholes; Facchini, Luiz Augusto; Silveira, Denise Silva da; Picinni, Roberto Xavier; Thumé, Elaine; ToMasi, Elaine, 2009</p>	<p>Visa dar subsidio aos órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações que permitam a adequação da rede básica para garantir o acesso universal aos serviços. O presente estudo avalia as estruturas físicas das UBS em relação a algumas barreiras arquitetônicas em sete estados nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.</p>	<p>59,8% dos prédios não eram adequados para o acesso de idosos e portadores de deficiência física. Degraus dificultando o acesso de deficientes foram referidos em 44,2% das UBS. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas foi verificada em 63% da UBS e, entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Em 77,4% dos banheiros das UBS não existiam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas.</p>
	<p><b>Método</b></p>	
	<p>Um estudo de delineamento transversal foi realizado em 41 municípios do Brasil. A amostra do estudo foi composta por 236 unidades básicas de saúde (UBS) dos 41 municípios com mais de 100mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região Sul, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na região Nordeste do Brasil. Os municípios incluídos no estudo compõem os Lotes 2 Sul e Nordeste do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Um questionário padronizado e pré-testado foi utilizado no estudo e as perguntas sobre barreiras arquitetônicas foram respondidas por todos os trabalhadores da UBS.</p>	

3 - VIOLÊNCIA SIMBÓLICA NO ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		
<p>França, Inácia Sátiro Xavier de; Pagliuca, Lorita Marlena Freitag; Baptista, Rosilene Santos; França, Eurípedes Gil de; Coura, Alexsandro Silva; Souza, Jeová Alves de, 2010</p>	<p>Desenvolvimento de competências, traduzidas em conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilitem a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional, no enfrentamento dos desafios na formação de recursos humanos para a saúde, e na promoção da saúde por meio da participação no controle social do planejamento e execução das ações municipais de saúde.</p>	
	<p>Método</p> <p>Em 20 Unidades Básicas de Saúde-UBS da zona urbana de um município paraibano.</p> <p>Priorizou-se o Desenho Universal, um conceito atrelado à ideia de sociedade inclusiva, considerando: Ambiente Acessível, Ambiente Praticável e Ambiente Adaptável. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 0490.0.133.000-08. Os pesquisadores obedeceram às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O instrumento foi um formulário check list, fundamentado na NBR 9050 da ABNT.</p> <p>Foram variáveis: acesso ao prédio, acesso ao interior do prédio, móveis e equipamentos, instalações sanitárias, bebedouros e telefones.</p> <p>Os resultados foram submetidos à estatística descritiva e apresentados em tabelas e figuras.</p>	<p>Escadaria na entrada do prédio 20%; rampa 40% não atende à norma. Acesso ao interior do prédio: Porta de entrada com largura inferior a 80cm 30%; as áreas de circulação coletiva de 65% dessas instituições têm largura inferior a 1,20 metros e possuem portas com largura inferior a 80 centímetros em 30%, medidas essas preconizadas. Em 75% delas o piso não possui superfície regular, estável, firme e antiderrapante, pondo em risco a segurança física dos usuários. Móveis e equipamentos: Balcão e mesa de trabalho com altura superior a 80 cm do piso 20%; Bebedouros com os bicos não altura de 80 cm acima do piso 55%; Telefones não possui instalação obedecendo a altura entre 80cm/100 cm do piso 55%; Sanitário não apresentam espaço físico para manobras em linha reta e rotação de 90/180 graus no interior dessas dependências 65%; Porta do sanitário com largura igual ou maior que 70cm 4%; Sanitário não apresentam barras horizontais instala 75%.</p> <p>Sanitário que não apresentam dimensão do piso equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto às peças Sanitárias 70%; Bacia sanitária não são instalada a uma altura 46cm do piso 70%; Papeleira não são instalada a uma a altura 40cm do piso 60%; Não disponibilidade de papeleira 25 %; Válvula de descarga não são instalada a 1,0m do piso 40%; Torneiras do lavatório não funcionam sob monocomando 100%.</p>

4 - BARREIRAS ARQUITÔNICAS: ACESSIBILIDADE AOS USUÁRIOS		
Carvalho, Aliny Melo; Avelar, Solange Andrade, 2010	O presente estudo proporcionou analisar situações de prevenção de agravos a saúde das pessoas com necessidades especiais, com o propósito de identificar a efetivação da legislação, referente à acessibilidade dos usuários com necessidades especiais, atendidos no Centro de Reabilitação, de uma instituição de Ensino Superior do Vale do Aço.	A porta de acesso ao banheiro é do tipo de correr, não possui maçaneta, e o puxador é vertical. O sanitário não possui entrada independente.
	Com o intuito de identificar o nível de satisfação e a garantia de acessibilidade neste edifício.	As barras de apoio estão localizadas junto à bacia sanitária, na lateral e no fundo. A bacia instalada no banheiro possui caixa acoplada e a instalação de uma barra na parede do fundo. A bacia sanitária está a uma altura de 0,39m do piso, medidas a partir da borda superior, sem o assento. Com o assento, fica a uma altura de 0,42m. O piso do banheiro é firme e estável, não provoca trepidação em dispositivos com rodas, mas não tem superfície regular e nem antiderrapante
	Método	O acionamento da descarga é automático a uma altura de 0,76m, do seu eixo ao piso acabado. O lavatório do banheiro não é embutido em bancada e permite uma área de aproximação frontal, estendendo-se 0,25m sob o mesmo. Este se encontra suspenso, sua borda superior está a uma altura de 0,80m do piso acabado e com uma altura livre mínima de 0,73m na sua parte inferior frontal. Não possui colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras são acionadas por um dispositivo equivalente a alavanca. O comando da torneira está instalado a 0,10 m da face externa frontal do lavatório, mas não possui barras de apoio, junto ao mesmo. Dos acessórios para sanitários, foi encontrada uma papeleira embutida e próxima à bacia sanitária, com um avanço de 0,12m em relação à parede, na altura de 0,90m do piso acabado, não atende o padrão estabelecido, mas com uma distância permitida de 0,15m da borda frontal da bacia, com acesso ao papel a 0,92m do piso acabado, entre outros.
	Pesquisa quantitativa de caráter descritivo, foi aplicado aos o questionário estruturado com perguntas fechadas. Posteriormente, foi realizada uma observação direta das estruturas e barreiras arquitetônicas existentes, um paralelo com os argumentos descritos pelos participantes da pesquisa. Para análise das barreiras arquitetônicas utilizamos um Diagnóstico Situacional, conforme a NBR 9050 (2004) e BR(2001). A amostra foi obtida pelo método intencional, permitiu apenas a participação de clientes ou acompanhantes de um paciente que estavam presentes no momento da coleta de dados. Foram incluídas 21 pessoas. No Centro de Reabilitação localizado em uma Instituição de Ensino Superior do Vale do Aço.	Em algumas portas foram encontradas maçanetas que não são do tipo alavanca. Na recepção, existe um balcão para atendimento aos usuários, com altura de 0,96m do piso. O piso referente à área da recepção, dos laboratórios e da área externa e próxima ao CRG é firme e estável, não provoca trepidação em dispositivos com rodas, mas não possui uma superfície regular e nem antiderrapante. Quanto aos corrimãos, só foi encontrado um na área de acesso externo ao CRG, sendo que este é utilizado para teste de marcha e equilíbrio dos usuários. Identificamos dois bebedouros, sendo que um deles está adaptado para atender PCR e crianças. Este bebedouro está a uma altura livre inferior de 0,46m, o que não permite a aproximação frontal e a bica está instalada a uma altura de 0,74m. Nas proximidades do CRG, foi encontrado um telefone público (orelhão). Este não é acessível, tendo como indicação a de um telefone público adaptado.

**5 - ACESSIBILIDADE E DEFICIÊNCIA FÍSICA: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÔNICAS EM ÁREAS INTERNAS DE HOSPITAIS DE SOBRAL, CEARÁ**

<p>Pagliucal, Lorita Marlena Fretag; Aragão, Antônia Eliana de Araújo; Almeida, Paulo César, 2007</p>	<p>Teve como objetivo identificar as barreiras arquitetônicas para portadores de deficiência física nas áreas internas dos hospitais da cidade de Sobral, no Estado do Ceará. Este estudo foi composta pelos quatro hospitais da cidade.</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>Método</b></p> <p>Estudo quantitativo centrado em fatos objetivamente detectados e observáveis. Mapeamento das condições arquitetônicas de acesso do deficiente físico nos quatro hospitais da cidade de Sobral, Ceará. Utilizou-se um formulário elaborado a partir da NBR 9050 (ABNT). Constou de dados de identificação de cada instituição; dados referentes às condições de acesso da pessoa com deficiência física às instituições hospitalares, o acesso ao prédio e seu interior, assim como da circulação vertical; acesso por rampas, escadas e elevadores; localização e espaços mobiliários presentes nas unidades pesquisadas. Além disso, constou de itens sobre as instalações sanitárias quanto à área de transferência, à bacia sanitária, aos lavatórios, aos mictórios e aos chuveiros. Os dados foram apresentados em forma de tabelas, após agrupamento em categorias do tipo estruturas arquitetônicas internas, compreendendo escadas e rampas, corrimão da rampa, móveis e equipamentos. A análise optou pela apresentação da frequência de ocorrências que dificultam a mobilidade da pessoa portadora de deficiência física.</p>	<p>Em dois dos hospitais o acesso é por escada sem corrimão e em três o acesso é por rampa. Em apenas um hospital os corrimões estão instalados de ambos os lados das escadas e rampas e em nenhum dos hospitais os corrimões se prolongam a menos de 30 cm das paredes. Um dos hospitais não contempla este item da pesquisa por ser constituído de um único pavimento.</p> <p>Nos três hospitais existem treze escadas de acesso interno. Seis escadas possuem corrimão de material rígido, firmemente fixado, instalado de ambos os lados. No Hospital 1, existe corrimão de material rígido e firmemente fixado em apenas quatro das dez escadas. No Hospital 3, há corrimão de ambos os lados em uma das escadas e na outra ele localiza-se unilateralmente. Quanto ao Hospital 2, a escada não possui corrimão de material rígido e firmemente fixado em nenhum dos lados. As áreas de circulação possuem portas com larguras de 0,8metros; as portas de vai-e-vem não são dotadas de visor; as portas de correr não têm trilhos rebaixados; os pisos não possuem superfície regular, estável, firme e antiderrapante; as áreas de circulação coletiva não obedecem à medida mínima de 1,20 metros de largura e não estão livres de obstáculos. Nas unidades em estudo dos quatros hospitais os balcões e as mesas atendem à altura de 0,80m em 80% unidades, como preconizado pela legislação. Os bebedouros não respeitaram a altura de 80 centímetros (97,5%); os telefones estão instalados acima da medida de 0,80 a 1,20 metros do piso (97,5%).</p>

## 6 - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE VOLTADA AS NECESSIDADES DOS IDOSOS: DA TEORIA À PRÁTICA

<p>Martins, Blaya Aline; Pereira D'Ávila Otávio; Balbinot, Hilgert Juliana; Neves Hugo Fernando, 2014</p>	<p>O objetivo foi estudar e estabelecer uma confrontação entre teoria e prática no que tange ao cuidado voltado às necessidades de saúde de pessoas idosas em 19 unidades de Unidades de Saúde (US) em dois Distritos de Porto Alegre.</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>Método</b></p> <p>A metodologia foi dividida em 4 partes: 1-Estudo teórico relacionado a saúde do idoso; 2-Estudo epidemiológico da base populacional 3 – Censo das unidades de saúde 4 – Confrontação. Estudo Qualitativo, com finalidade de entender o que os usuários com deficiência e familiares pensam sobre o serviço de reabilitação do PSF, levando em conta diferentes discursos, posições sociais e origem culturais. Foram realizadas dezoito entrevistas com pessoas com deficiência e familiares de deficientes. Foram utilizados os instrumentos desenvolvidos pela OMS, baseados nos princípios de design universal. Um dos critérios foi a lista de checagem para a auditoria da acessibilidade das estruturas físicas em Centros da APS, composto por 44 itens, a maioria com verificação simples (sim/não, ou valor absoluto de largura e altura). As categorias foram escolhidas da seguinte forma: acesso universal, equidade, integralidade e qualidade à saúde do idoso.</p>	

Foram consideradas “inadequadas”, em relação ao acesso e/ou sinalização, as US onde menos de 50% dos itens estavam de acordo com o preconizado, “adequadas”, as US onde todos os parâmetros estavam conforme o preconizado, e “parcialmente adequadas” aquelas US que apresentavam entre 50 e 100% de itens adequados.

A acessibilidade a serviços de saúde bucal foi avaliada através do censo, e apontou que embora a maioria das US tenha consultório odontológico, ainda existem algumas sem e outras que possuem consultório não acessíveis para cadeirantes. Estruturas Físicas Geral – Inadequado - 57,9%, Parcialmente Adequado - 42,1%; O consultório odontológico é acessível para cadeirante-76,9%. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes, salas de espera inadequadas, instalações sem identificação para portadores de limitações visuais ou auditivas constituem barreiras no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado.

7 - PORTAS ABERTAS OU PORTAS FECHADAS		
Souza, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes; Rocha, Eucenir Fredini, 2010.	Objetivou compreender as possíveis dificuldades da construção de um serviço que esteja efetivamente interessado na defesa da vida, centrado nas necessidades do usuário.	
	Método	
	A pesquisa foi realizada no município de São Paulo, na Vila Prudente e Sapopemba, localizada no extremo sudeste da cidade. Trata-se de um estudo qualitativo, cuja finalidade foi entender o que usuários com deficiência e seus familiares pensam sobre o acesso aos serviços de reabilitação do PSF, levando em conta diferentes discursos, posições sociais e origens culturais.	Foi possível observar através dos depoimentos, que do ponto de vista dos usuários, muitos fatores ainda atravancam a universalização do acesso, não apenas aos serviços de reabilitação, como também aos serviços de saúde em geral. Durante as entrevistas, os sujeitos da pesquisa abordaram dimensões semelhantes em relação às possibilidades de usufruírem dos serviços de saúde e reabilitação do PSF, tais como: implicações dos fatores ambientais e relacionais no acesso; satisfação em relação ao serviço e à qualidade; resolutividade das ações de reabilitação e necessidades de mudanças. Fatores ambientais e as possibilidades de acesso. São considerados fatores ambientais os espaços de circulação, o mobiliário e todos os outros aspectos que condicionam a chegada ao equipamento de saúde, como os espaços do entorno, as calçadas, calçamentos das vias públicas e transporte. Os entrevistados denunciaram os aspectos da acessibilidade arquitetônica e urbana, como fatores importantes na determinação da possibilidade de acessar os serviços de saúde. Especificamente em relação às condições estruturais das UBS, muitas têm rampas íngremes, escadas, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados. No entorno possuem degraus, buracos nos pisos e a presença de outras barreiras de acesso. ...aqui a rua é muito ruim... pra nós e pra quem tá ajudando a gente empurrar a cadeira (U1)6 Aqui em São Paulo tem um problema crônico: tem guia baixa, só que... vai reformando, e a rua é mais alta do que a calçada de tanta reforma que teve na rua. E os outros acham que essa guia baixa vai resolver o problema da acessibilidade. (U2) ...não tem elevador nem nada, as pessoas têm que levar a gente no braço... nas salas do posto não tem espaço pra mim entrar com a cadeira. (U3)

### APENDICE C - QUADRO 3 - CATEGORIAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS

CATEGORIAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS				
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CÓDIGO	ENTREVISTAS	
<b>PARA QUE FAZER ACESSIBILIDADE</b>				
1 - Objetivos da acessibilidade	Garantir direitos fundamentais	Considerando que mais de 24% da população brasileira tem algum tipo de deficiência e são consumidores, necessitam de acessibilidade plena.	E1	
		Possibilitar deslocamento promove integração, justiça social e cidadania, pessoas com necessidades especiais tem direito a independência, liberdade de ir e vir e usufruir das espaços na sua plenitude.	A1 \ A2 \ A3 \ A4 \ A5 \ E1	
		As pessoas não fazem valer seus direitos, necessita mudança de atitude ao cobrar direitos.	A1 \ A4	
		Normalmente postos de saúde são administrados pelo Estado que não oferecem condições de atendimento digno, a falta de acessibilidade exclui pessoas dos serviços de saúde.	A1 \ A2 \ A3	
		As unidades de saúde devem oferecer facilidade de acesso, e segurança a todo tipo de usuário, pessoas com deficiência momentânea, definitiva e sem deficiência.	A1 \ A3 \ A4 \ A5	
	Trazer eficiência no atendimento	Falta de rota acessível traz como consequência um ambiente deficiente e dificulta que pessoas com necessidades especiais atinjam seus objetivos.	A1	
			As dificuldades por não conseguir transpor barreiras leve a pessoa com deficiência física ao isolamento da sociedade, o desrespeito às necessidades especiais traz desrespeito às pessoas.	A3 \ A5 \ E1
			Os funcionários de unidades de saúde sofrem as consequências de falta de acessibilidade que interfere no desempenho do profissional e pode prejudicar a segurança do paciente pela dificuldade de se fazer exames e transferência de pacientes para equipamentos adequados. As mulheres são as mais vulmenáveis pelas dificuldades de exames ginecológicos	A1 \ A2 \ A3 \ A4 \ A5
		Tanto funcionário, acompanhante e paciente podem ter problemas de saúde em um ambiente deficiente podendo acarretar e/ou agravar o estado físico de pessoas com deficiência física pelos manuseio incorreto, pode sofrer abalo emocional, afetar o estado psicológico e interferir na recuperação de pacientes nas unidades de saúde.	A1 \ A2 \ A4	
			Como o paciente olha o ambiente não está na norma mas ajuda no conforto ambiental, é importante para o ambiente hospitalar.	A4
			Hoje, os idosos são mais saudáveis, aumentando a possibilidade de utilizar especialidades medicas diversas, o deficiente idoso precisa maior atenção quanto a acessibilidade.	A4 \ A5
		A sociedade é beneficiada	O desenho universal atende as necessidades dos idosos, oferecendo principalmente maior segurança, pode-se utilizar como instrumento de inclusão, pois o que atende a maioria das pessoas vai atender ao idoso.	A1 \ A5
			Atender a toda sociedade é compartilhar o espaço em condições de igualdade com pessoas em situação de fragilidade.	E1

Continua



		Acessibilidade pode ser entendida como elo entre o conforto físico e psicológico, há de trazer tranquilidade.	A2 \ A4 \ A5
		Equipamentos, mobiliários devem ser dimensionados para atender a todos os tipos de pessoas, propiciar um atendimento amigável e proporcionar uma mobilidade confortável.	A2 \ A4
		Existem condições que garantam as pessoas com necessidades especiais informações para uma locomoção segura e eficiente, a comunicação visual traz independência.	A5 \ E1
<b>ONDE HÁ IMPEDIMENTOS A SERM SUPERADOS</b>			
2 - Conscientização é necessário	Ampliar a visão	As normas deveriam ser usadas pensando nos benefícios de seus usuários, e não simplesmente o cumprimento das normas.	A2 / A4 / A5
		A acessibilidade é vista de forma pontual, assim não sendo possível completar uma rota, profissionais que trabalham com rota acessível tem a visão do todo.	A1 \ A2
		Conscientização é onde termina a sua necessidade e começa a do outro, atender a todos independentemente de ser usuário eventual ou permanente. Reforçar campanhas educativas para aumentar o nível de conscientização das pessoas.	A1 \ A2 \ A3 \ E1
	Aliar projeto e execução	Acessibilidade é uma questão de qualidade de projeto. A preocupação com a execução de projetos acessíveis é pequena tanto na administração pública como na privada.	A1 \ E1
		Acessibilidade é fator fundamental para aprovação de projeto, analistas, fiscais e executores de obra não se preocupam o suficiente com o detalhamento nos projetos acessíveis. Tanto o executor quanto o projetista devem ter a mesma visão e o mesmo cuidado com acessibilidade.	A1 \ A2 \ A3 \ A4 \ E1
		Diante de grandes dificuldades tem-se a oportunidade de se fazer projetos mais criativos, principalmente em prédios públicos, para garantir um padrão mínimo não é somente quebrar paredes, alguns edifícios apresentam problemas básicos.	A1 \ A2
	Superar formalismos	Brasileiros se limitam às exigências legais, há pouca cobrança à cidadania, gerando posturas incoerentes. Preocupação em atender a norma, em detrimento do real uso do ambiente	A1 \ A2 \ A3 \ A4 \ E1
		Acessibilidade deve fazer parte de todo o processo de projeto, as vezes o profissional valoriza muito a forma e negligencia a acessibilidade.	A4
		Muitas vezes clientes não entendem a real finalidade das normas, ele tem dificuldades em lidar com analista de projeto quanto as normas.	A4
		Clientes aceitam imposições de projetistas que venham melhorar a usabilidade dos ambientes, quando existe um bom retorno em suas atividades.	A4

		Há profissionais que fazem somente acessibilidade e há profissionais que fazem espaços utilizáveis por diferentes tipos de pessoas.	A1
	Superar conveniências	Os cuidados são limitados. Normalmente os projetistas não fazem acessibilidade para todas as tipologias de deficiências.	A1 \ E1
		O hábito de dar um jeitinho, não colabora com esforço de aplicação de determinadas normas e decretos, que muitas vezes extrapolam o prazo de cumprimento.	A5
		Culturalmente o profissional que projeta nem sempre acompanha a obra, há necessidade de continuidade do projeto com a construção, maior conscientização profissional garante uma execução compatível às normas.	A2 \ A3
<b>OS MECANISMOS PARA SE ALCANÇAR A ACESSIBILIDADE</b>			
3 - Possibilidades de ação	Os conselhos e associações de classe são instrumentos importantes para obtenção de progresso	Conselho de Classe (CAU) deve promover maior controle quanto ao cumprimento das normas. Profissionais necessitam acompanhar as exigências do conselho de classe quanto a acessibilidade, cabendo denúncia do projeto executado de forma divergente do aprovado.	A1
		Conselhos de classe devem promover qualificação profissional para melhor entendimento das necessidades impostas por condições adversas.	A2 \ A3
		Associações de pessoas com deficiência sensibilizam para necessidades do indivíduo, exigem leis com mais rigor e interferem em grandes obras.	A2 \ A3
	O Poder Público é um instrumento importante para obtenção de progresso	Deve-se responsabilizar o poder público por não oferecer fiscalização, o proprietário de imóvel por não executar o que foi projetado. A fiscalização deve acompanhar a execução do projeto, sem o devido acompanhamento executores podem alterar o projeto original. O fiscal de execução de obras deve ter o foco na qualidade de vida da população.	A3 \ A5 \ E1
		A fiscalização fica insuficiente diante do crescimento dos grandes centros, para garantir acessibilidade com qualidade nas obras em execução, há de buscar maior fiscalização, visando maior cumprimento das normas. Fiscais devem ser requalificados para atualização da legislação.	A2 \ A3 \ E1
		Na vistoria de Conclusão de Obra deve-se verificar se o que foi construído está de acordo com o projeto aprovado, algumas vezes o documento de conclusão de obra é liberado sem o cumprimento do projeto.	A5 \ E1
		O cumprimento das normas é um bom caminho para se chegar na acessibilidade. As exigências das normas vem aumentando, elas vão sendo atualizadas	A3 \ A5
		Hospitais devem cumprir a legislação, acessibilidade é essencial, deve ser imposta. Ela trouxe ganho em relação a conscientização da sociedade, inclusive para a iniciativa privada e pública.	A3 \ A4 \ A5

Continuando

	Profissionais devem garantir acessibilidade	Quando não se tem obrigatoriedade da norma, cabe ao profissional mostrar ao cliente que precisa ser feito, mostrando que acessibilidade é um benefício para o seu empreendimento.	A1/ A2 \ A3 \ A4 \ A5
		Com a rota acessível e o conceito de Desenho Universal, o profissional pode promover a acessibilidade, sendo conveniente adequação curricular nas universidades com conteúdo mínimo para todo o país.	A1 \ A2 \ A5
4 - Tecnologia versus custo	Tecnologia agrega eficiência à acessibilidade	As normas são efetivadas levando o mercado a investir em acessibilidade. O mercado oferece tecnologia, novos materiais, as unidades de saúde devem adquiri-los, especificação adequada garante a qualidade de projeto e do atendimento. Com tecnologia encontra-se boas soluções pode-se atender ao dia-a-dia de usuários.	A1 \ A3 \ A4 \ A5
		São promovidos feiras específicas de produtos que visão dar conforto, independência, e autonomia as pessoas com deficiência.	A5
	Argumento ambíguo do custo	A diferença de custo entre construção acessível e não acessível é mínima. Um projeto totalmente acessível custa menos que se pensa em relação ao total da obra e o retorno para a população é muito grande.	A1 \ A4 \ A5
		Construção acessível traz custos extra, é necessário colocar materiais correto no lugar certo. Com detalhamento no projeto traz eficiência sem custo adicional.	A1 \ A3
		Muitas vezes o custo da obra é elevado pelas dificuldades de adequação provocadas pela rigidez das estruturas físicas dos edifícios. Fazer acessibilidade depois de pronto é fazer duas vezes, adequação é um retrabalho e custa caro.	A2 \ A5
		Dificuldades de instalação de equipamentos eletroeletrônicos traz aumento de custo.	A2 \ A5
<b>OS CAMINHOS DA MUDANÇA</b>			
5 - Conscientização como processo	As expectativas da sociedade estão em processo de mudança	A medida que melhorias vão sendo implantadas a sociedade vai solicitando mais. Mudança de atitude na sociedade perante ao ambiente construído e evoluir paralelamente as questões de conscientização do usuário.	A5 \ E1
		Sociedade esta procurando incluir pessoas com todos os tipos de deficiência, não somente motora.	A2
	Normas e demandas de mercado interagem no processo	Normas vem influenciar o mercado, com maior consumo de materiais de acabamento mais pesquisas, mais opções e menor custo.	A2
		Ao projetar genericamente se utiliza a norma, esperando que a ética gradualmente supere o seguimento de normas.	A1 \ A5
6 - O processo é gradual	Conscientização vem aumentando nas Instituições de saúde	Acessibilidade está no meio de um processo, houve uma grande avanço e muito a ser feito. A conscientização vem aumentando constituiu um progresso recente no pensar da acessibilidade, é fundamental nos locais públicos.	A5

Continua

		O bom atendimento às normas na rede particular é recente, normalmente os hospitais particulares são acessíveis, eles atendem melhor as normas do que a rede pública.	A1 \ A5
	Profissionalismo podem transformando o ambiente construido	A rota acessível possibilita a solução de muitos problemas de acessibilidade nos projetos, deve fazer parte das preocupações do profissional e oferecer confortavelmente diversas formas de acesso. Por falta da preocupação com o tema algumas obras devem ser readequadas.	A1 \ A3 \ A4
		A preocupação maior com a utilização do desenho universal se limita muito a deficiência motoras.	A5
		O aprendizado propicia novas conquistas para a sociedade, estudantes de arquitetura estão sendo preparados para fazer acessibilidade.	A3 \ A4
		A resistência de arquitetos mais antigos precisa ser superada.	A1

Fonte: Entrevista com 6 profissionais da área da construção civil.

## PENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) participar da pesquisa “DESENHO UNIVERSAL VERSUS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS: PENSANDO A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA EM UNIDADES DE SAÚDE – REVISÃO LITERÁRIA”. Nesta pesquisa pretendemos descrever como as barreiras arquitetônicas dificultam o dia-a-dia das pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida, e muitas vezes impedem a inclusão desta pessoas na sociedade. E em contrapartida, o Desenho Universal integra todos os usuários de uma forma que lhes proporciona melhoria da qualidade de vida.

A pesquisa será desenvolvida por mim, Cleide Helena Leitão de Azevedo, arquiteta (CAU nº A7237-0), autônoma e aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Esta pesquisa tem como objetivo descrever a perspectiva de pessoas que vivenciam a experiência de trabalhar com e para pessoas com deficiência físicas ou com mobilidade reduzida. A justificativa da pesquisa é contribuir para que possamos identificar como tem sido o processo de planejamento, as dificuldades encontradas neste processo, as soluções, os programas, e como tem sido o forma de comunicação dos profissionais com esta parcela da sociedade.

Suas informações serão importantes para este esclarecimento. Os benefícios que o (a) senhor (a) e todos as pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida tiverem como resultado desta pesquisa, poderão ser utilizados para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e também facilitar o processo de planejamento de novas edificações acessíveis.

A coleta de dados utilizará a técnica de entrevista etnográfica. Essa técnica de coleta é um dos principais instrumentos usados nas pesquisas das ciências sociais. Utilizaremos para a sua execução um roteiro de entrevista não estruturadas, estabelecido previamente, mas que não deixará de sofrer a intervenção da pesquisadora para o delineamento das respostas obtidas. Este instrumento garantirá uma conversa contínua com os participantes, e permitirá chegar às variáveis desejadas. Não haverá questionário, mas temas para guiar a entrevista. Para os participantes do estudo, apresento um guia para que o pesquisador e os entrevistados sigam, podendo também haver a possibilidade de

adição de novas questões para que se possa compreender melhor determinado tópico” Depois consta, na página 10 do projeto: “A questão principal da pesquisa é: Como os profissionais projetistas agem quando estão atuando no desenvolvimento de seus projetos e as questões de acessibilidade se torna uma dificuldade, um entrave em seus estudos?

Como questões norteadoras teremos:

- Como os motivos e preocupações deles estão relacionadas a imposições legais? Com filosofia ética? Conscientização de cidadania? Modismo? Mercado? Procurar-se-á entender:

- Até que ponto o profissional se preocupa com a rota acessível?

- Até que ponto o desenho universal está integrado na maneira de projetar do profissional: principalmente com relação ao cidadão com dificuldades de locomoção ou deficiência?”

Sua participação será voluntária e não remunerada. Precisaré realizar uma entrevista com você, a fim de obter informações relacionadas a sua idade, graduações, tempo de conclusão da graduação, cursos de extensão, entre outros. O tempo de duração da entrevista será em torno de 60 min (sessenta minutos), e as suas respostas serão gravadas e transcritas em forma de texto. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

Para participar do estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Todos os gastos serão da pesquisadora. Entretanto, caso tenha algum gasto, você será devidamente ressarcida pela pesquisadora. Se você sentir-se prejudicado (a) com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado.

O Sr. (a) poderá ter o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos para a sua pessoa.

Apesar de acreditar na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindo de sua participação, enfatizamos que se a entrevista lhe provocar algum transtorno emocional, você poderá procurar a Coordenação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Cleide Helena Leitão de Azevedo – Fone: (62) 3275 3184; (62) 9971 9146 – Endereço: Rua SB 53, Qd 12, Lt 29, Res. Portal do Sol I, Goiânia, Go, Brasil. Cep: 74884595 – e-mail: cleidehe@terra.com.br.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

.....  
Cleide Helena Leitão de Azevedo  
Pesquisadora Responsável CAU A7237-0

## APENDICE E - CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,  
CAU \_\_\_\_\_, CREA \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “DESENHO UNIVERSAL VERSUS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS: PENSANDO A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA EM UNIDADES DE SAÚDE – REVISÃO LITERÁRIA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Declaro que concordo em participar e autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa. Recebo uma cópia deste termo de consentimento livre e me foi dada oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Goiânia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador



## APENDICE F – Parecer Consubstanciado do CEP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESENHO UNIVERSAL VERSUS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS: PENSANDO A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA EM UNIDADES DE SAÚDE - REVISÃO LITERÁRIA

**Pesquisador:** Cleide Helena Leitão de Azevedo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 35171614.6.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 922.824

**Data da Relatoria:** 09/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

Título: DESENHO UNIVERSAL VERSUS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS: PENSANDO A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA EM UNIDADES DE SAÚDE e REVISÃO LITERÁRIA. Pesquisador responsável: Cleide Helena Leitão de Azevedo, orientador: Luc Vandenberghe. Projeto apresentado ao Núcleo de Ciências ambientais e Saúde (MCAS) e a Pró Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – GO). É um estudo empírico de natureza qualitativa. A busca será conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde. Terá o orçamento de 4.313,50. Coleta de dados será iniciada em outubro de 2014, mas o término é em 2016. A coleta de dados utilizará a técnica de entrevista etnográfica. Essa técnica de coleta de dados é um instrumento usado nas pesquisas das Ciências Sociais. Serão entrevistado arquiteto, design, e engenheiros civis. Serão entrevistados, de início 4 (quatro) profissionais da área de construção civil. Caso não atinja um nível significativo serão recrutados mais profissionais. As entrevistas serão agendadas por telefone conforme disponibilidade dos participantes e será no local de trabalho do pesquisador. Critério de inclusão optou-se por entrevistar arquitetos, design e Critério de Inclusão engenheiros civis projetistas e/ou atuam na área da construção civil.:

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 922.824

Como critério de inclusão optou-se por entrevistar arquitetos, desing e engenheiros civis projetistas e/ou atuam na área da construção civil.

Critério de Exclusão: optou-se por não entrevistar arquiteto, desing e engenheiros que não são projetistas e/ou não atuam na área da construção civil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: O objetivo deste trabalho é refletir sobre o conceito do desenho universal como um possível instrumento de acessibilidade e barreiras arquitetônicas com relação a inclusão de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida que devem fazer uso em Unidades de Saúde.

Objetivo secundário: Enfocar as principais dificuldades de acessibilidade em relação as barreiras arquitetônicas nas edificações, nos mobiliários e na comunicação interna em Unidades de Saúde e como estas interferem na vida de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida. Entender como especialistas veem os problemas de acessibilidade das unidades de saúde e como imaginam possíveis soluções. Com o Desenho Universal ou Desenho Inclusivo enfoca as questões de cidadania, de racionalidade, de melhoria da qualidade de vida para todos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios previstos de acordo com as exigências da Resolução CNS 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É uma pesquisa que trás benefício para o ser humano.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com as exigências da Resolução CNS 466/12.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendência atendida. Projeto aprovado.

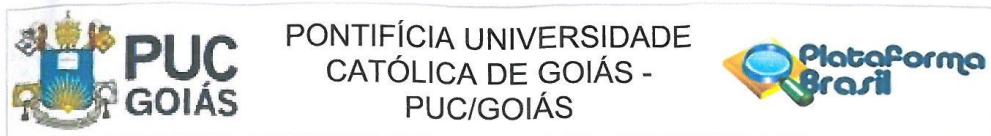
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 922.824

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação deste Comitê em pesquisa, o mesmo decide aprovar considerando a Resolução 466/.

GOIANIA, 19 de Dezembro de 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nelson Jorge da Silva Jr.', is written over a horizontal line.

Assinado por:

**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br