



## ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

### A ACESSIBILIDADE EM CADEIRA DE RODAS NAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA DE FORTALEZA – BRASIL

ACCESIBILIDAD EN SILLA DE RUEDAS EN LAS CLÍNICAS Y CONSULTORIOS DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DE FORTALEZA - BRASIL

**\*De Figueiredo Carvalho, ZM., \*\*Fontenele Moraes, P de O., \*\*Agostinho Rolim, G., \*\*\*De Almeida, PC.**

\*Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Coordenadora do NUPEN – Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica. \*\*Estudante de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. \*\*\*Doutor em Estatística. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil.

Palavras chave: Acessibilidade em cadeira de rodas, barreiras arquitetônicas, pessoas deficientes, clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia.

Palabras clave: Accesibilidad en silla de ruedas, barreras arquitectónicas, personas discapacitadas, clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía.

Trabalho realizado no âmbito de Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFC. Teve o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq.- Brasil. Apresentado como comunicação oral no XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería - 11th International Nursing Research Conference. Madrid – Novembro de 2007.

#### RESUMO

A acessibilidade em cadeira de rodas se constitui em um elemento decisivo de autonomia, independência e integração da pessoa com deficiência motora. Objetivou avaliar as condições de acessibilidade em cadeiras de rodas as barreiras arquitetônicas, que dificultam o acesso, da pessoa com deficiência nas clínicas e consultórios de neurologia y neurocirurgia da cidade de Fortaleza – Ceará - Brasil. Estudo exploratório-descritivo, realizado em 46 serviços, sendo 28 clínicas e 18 consultórios. Os dados foram coletados no período de Novembro de 2006 a Fevereiro de 2007, por meio de observação direta com fotografias. Os achados evidenciam que 95% dos consultórios e 100% das clínicas possuem estacionamento para deficientes físicos de acordo com as exigências da legislação vigente internacionalmente; 67% dos consultórios e 57% das clínicas possuem rampas de acesso; em relação aos passeios, 92 % dos consultórios e 75 % das clínicas tem largura adequada e no que concerne as portas de entrada, 83% dos consultórios e 81% das clínicas possuem padrão adequado. Os resultados apontam que a maioria dos estabelecimentos não possui ambientes acessíveis aos portadores de deficiência que deambulam em cadeiras de rodas e para os que têm

dificuldade de locomoção. Conclui-se que Lei Federal que trata da acessibilidade, das pessoas deficientes, não é respeitada nem colocada em pratica. Esse estudo apresenta um novo recorte a respeito da acessibilidade, assim esperamos ter contribuído de maneira significativa para o enriquecimento da base de conhecimento da enfermaria neurologia.

## RESUMEN

La accesibilidad en silla de ruedas constituye un elemento decisivo de autonomía, independencia e integración de la persona con discapacidad motora. El presente estudio objetivó evaluar las condiciones de la accesibilidad en silla de ruedas y las barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de las personas discapacitadas a las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía de la ciudad de Fortaleza – Ceará - Brasil. Estudio exploratorio-descriptivo, realizado en 46 servicios, siendo 28 clínicas y 18 consultorios. Los datos fueron recolectados en el periodo de Noviembre de 2006 a Febrero de 2007, por medio de la observación directa con fotografías. Los hallazgos evidencian que el 95% de los consultorios y el 100% de las clínicas no poseen aparcamiento para deficientes físicos conforme es exigido en la legislación vigente internacional; el 67% de los consultorios y el 57% de las clínicas poseen rampas de acceso; en relación a los paseos, el 92 % de los consultorios y el 75 % de las clínicas andan con anchura adecuada y en lo que concierne a las puertas de entrada, el 83% de los consultorios y el 81% de las clínicas poseen patrón adecuado. Los resultados apuntan que la mayoría de los establecimientos no posee ambientes accesibles a los portadores de deficiencia que deambulan en sillas de ruedas y para los que tienen dificultad de locomoción. Se concluye que Ley Federal que trata de la accesibilidad de las personas con discapacidad, no es respetada ni llevada a cabo en la práctica. Este estudio presenta un nuevo recorte acerca de la accesibilidad, con lo que esperamos haber contribuido de manera significativa al enriquecimiento de la base de conocimiento de la enfermería neurología.

## INTRODUÇÃO

Incapacidade é todo e qualquer compromisso que afeta a integridade da pessoa e traz prejuízos para sua locomoção, na coordenação de movimento, no fala, no entendimento de informações, na orientação espacial ou na percepção e contato com as outras pessoas<sup>1, 2</sup>. Deficiência física é o compromisso da mobilidade, coordenação motora general ou do fala, causado por lesões neurológicas, neuromusculares e ortopédicas ou por má formação congênita ou adquirida<sup>3,4,5</sup>. As incapacidades podem ser parte a expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de doença ou que a pessoa deva ser considerada enferma.



A pessoa deficiente ou com incapacidade se depara com incontáveis dificuldades no acesso, circulação e utilização do meio envolvente que, na maioria das vezes, quando é projetado, construído ou reformado, não leva em consideração possíveis limitações temporárias ou definitivas de seus usuários.

Acessibilidade é conceituada como “a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano”<sup>6,7,8</sup>. Em nosso entendimento, acessibilidade é realizar um caminho, no qual seja possível de conduzir adequadamente e com segurança alguém que se desloca sobre rodas.

A Constituição da República Federativa de Brasil define e garante os direitos das pessoas com deficiências, quando diz que a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios têm qualificação comum para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com incapacidade” para tal intento a lei “disporá sobre normas de construção dos passeios e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas com incapacidade”. No que se refere às normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, prevê “que a construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executados de maneira que sejam ou se façam acessíveis às pessoas portadoras de incapacidade ou com mobilidade reduzida”<sup>9</sup>.

Em termos de legislação estadual existem leis que dispõem sobre normas de adaptação de edifícios de uso público, a fim de assegurar o acesso adequado aos portadores de deficiência; sobre a obrigatoriedade de edificação ou adaptação de obras para facilitar o acesso de deficientes físicos aos shoppings e demais edificações múltiplos afins e também, sobre a obrigatoriedade de instalação de rampas de acesso e banhos adaptados aos deficientes em locais de atendimento público ou privado<sup>10</sup>. Da mesma forma, o município, também, estabelece sobre a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiências aos edifícios de uso público, o espaço e mobiliário urbano na Cidade de Fortaleza<sup>11</sup>.

A acessibilidade em cadeira de rodas quer seja, no interior da residência, ou no ambiente exterior se constitui um elemento decisivo de autonomia, independência e integração da pessoa com incapacidade motora, pensamento por nós compartilhado com pesquisadores portugueses<sup>12,13</sup>.

Nosso interesse por pesquisar esta temática advém de nossa experiência pessoal enquanto profissional que lida cotidianamente com pessoas portadoras de deficiência motora, em uso de cadeira de rodas, que recolhem atendimento em consultórios e clínicas de neurologia e neurocirurgia. Nesse contexto, observamos as dificuldades enfrentadas por estas pessoas, já que alguns destes serviços apresentam condições desfavoráveis nas áreas de acessibilidade, objeto deste estudo.

Este fato é muito preocupante, uma vez que a inacessibilidade a estes serviços contribui cada vez mais para do que a pessoa que utiliza cadeira de rodas ou as que têm dificuldade de locomoção se sinta prejudicada, porque além das barreiras invisíveis às quais estão sujeitas como o preconceito, a exclusão e o isolamento social, existem as barreiras arquitetônicas visíveis que limitam a liberdade de *ir e vir*, essencial a todo cidadão.

Neste direcionamento, a integração e a crescente participação social das pessoas com déficit motor usuárias de cadeira de rodas pressupõem uma progressiva adequação do ambiente, retirando as barreiras arquitetônicas e melhorando a acessibilidade.

A proposta ora apresentada é relevante porque visa avaliar as condições de acessibilidade existentes nas clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia da cidade de Fortaleza, com o objetivo de sensibilizar os proprietários e a sociedade para a necessidade de fazer estes estabelecimentos apropriados aos deficientes que se movem através de cadeiras de

rodas, lhes garantido o direito à acessibilidade. Constitui-se também, um novo recorte na construção do conhecimento na área da Enfermaria Neurológica.

É mais um estudo na linha de investigação cuidado às pessoas com lesão medular e está inserido no grupo de investigação “Cuidado de pessoas com problemas neurológicos” cadastrado no Diretório dos Grupos de Investigação em Brasil - CNPq. Construí-se de uma investigação realizada no âmbito de uma bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da Universidade Federal de Ceará.

## **OBJETIVOS**

1. Avaliar as condições de acessibilidade em cadeira de rodas e as barreiras arquitetônicas, que dificultam o acesso às clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia da Cidade de Fortaleza em quatro áreas de acessibilidade consideradas relevantes: estacionamento, rampas de acesso, passeios e entradas.
2. Identificar a existência de acessibilidade para pessoas em uso de cadeira de rodas nas áreas externas nos estacionamentos, passeios, rampas de acesso e nas portas primeiramente das clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia.
3. Conhecer as barreiras arquitetônicas existentes nos estacionamentos, nas rampas de acesso, nos passeios, nas portas primeiramente das clínicas e consultórios pesquisados.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A opção por esse método repousa no fato da investigação exploratória proporcionar maiores informações sobre determinado assunto, aliado aos aspectos de que nos estudos descritivo fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador deva intervir neles <sup>14,15</sup>.

O universo foi constituído por consultórios e clínicas de atendimento em neurologia e neurocirurgia existentes na capital cearense. A cidade de Fortaleza possui uma área de 313,8 Km<sup>2</sup>, ocupada por uma população a mais de dois milhões de habitantes. A densidade demográfica gira em torno de 6.818 habitantes por quilômetro quadrado. É uma cidade que cresce verticalmente, principalmente na zona litorânea. Possui atualmente, 40 consultórios e 55 clínicas de neurologia e neurocirurgia.

Para a seleção da mostra utilizamos os critérios de representatividade estatística, foram sorteados 48 estabelecimentos, ou seja, o 50% do total existente. A mostra se constituiu de 46 estabelecimentos, sendo 28 clínicas de neurologia e neurocirurgia e 18 consultórios de neurologia, levantados num manual de plano de saúde<sup>16</sup>. Foram excluídos dois consultórios que não foram encontrados e os consultórios de neurologia pediátrica uma vez os meninos são mais facilmente transportadas. Para recolher os dados, utilizamos como recurso metodológico a observação direta.

Os métodos de observação são usados para reunir informações quanto às características e às condições ambientais. Neste estudo utilizamos a técnica da observação direta estruturada, que permite classificar, registrar e codificar as observações e a amostragem dos fenômenos de interesse. A literatura recomenda a preparação antecipada de um formulário e os tipos de atividade em que o observador se engaja<sup>14</sup>.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, pela bolsista de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da IC/PPPG/UFC, e membro pesquisador do NUPEN - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica.

Os dados foram organizados em tabelas com frequência absoluta e relativa das variáveis analisadas. Foram analisados de forma descritiva e a discussão dos resultados teve como base a Norma 9050 NBR da ABNT e a literatura pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o Fórum Nacional de Normalização. As Normas Brasileiras, cujo conteúdo é de responsabilidade dos Comitês Brasileiros (ABNT/CB) e das Comissões de Estudo Especiais Temporais (ABNT/CEET), são elaboradas por Comissões de Estudo (CE), formadas por representantes dos setores envolvidos, delas fazendo parte: produtores, consumidores e neutros (universidades, laboratórios e outros). A NBR 9050 fixa os padrões e critérios que visam a propiciar às pessoas portadoras de deficiências condições adequadas e seguras de acessibilidade autônoma a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos <sup>18</sup>.

**Tabela I –. CARACTERÍSTICAS DOS ESTACIONAMENTOS DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS. Fortaleza, 2007.**

| Características   | Clínicas |        |     |     | Consultórios |      |     |      |
|---|----------|--------|-----|-----|--------------|------|-----|------|
|   | Sim      |        | Não |     | Sim          |      | Não |      |
|   | N        | %      | N   | %   | N            | %    | N   | %    |
| 1. Existência de local reservado para os ocupantes de cadeira de rodas  | 0        | 0..... | 28  | 100 | 01           | 5,6  | 17  | 94,4 |
| 2. Marcação dos lugares reservados aos deficientes em amarelo e assinalado com placa indicativa de acessibilidade de símbolo internacional de acesso. | 0        | 0..... | 28  | 100 | 02           | 11,2 | 16  | 88,8 |

Na tabela 1 observa-se que 100% das clínicas pesquisadas não possuem locais reservados para usuários de cadeira de rodas e também, a marcação dos lugares assinalados pelo símbolo internacional de acesso. Já nos consultórios, somente o 5% destes possuem local reservado e em 10% encontramos a placa indicativa de acessibilidade.

As vagas para estacionamento de veículos dirigidos por pessoas com deficiência na locomoção devem ser: identificadas de forma que sejam visíveis à distância; demarcadas com linha contínua na cor branca sobre o pavimento; e ter o Símbolo Internacional de Acesso pintado no piso. Junto à vaga, a circulação para a pessoa usuária de cadeira de



rodas deve ser sinalizada por meio de faixa de 1,20 m de largura, pintada em amarelo, complementada por rebaixamentos de guias e passeios. A sinalização horizontal deve vir sempre acompanhada de sinalização vertical. As vagas em espaço interno devem ser identificadas com placa. As vagas em via pública devem ser identificadas com placa de regulamentação, respeitada assim a Legislação Nacional de Tráfego<sup>18</sup>.

A ausência de local sinalizado para os ocupantes de cadeiras de rodas, com marcação dos lugares reservados aos deficientes físicos conforme as normas técnicas vigentes no País, dificultando cada vez mais o acesso das pessoas portadores de alguma tipo de deficiência física quando essa precisa de consulta ou atendimento nas especialidades acima referidas, esses aspectos são corroborados na literatura internacional e nacional<sup>13,19</sup>.

**Tabela II – CARACTERÍSTICAS DAS RAMPAS DE ACESSO DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS. Fortaleza, 2007.**

| Características   | Clínicas |      |     |      | Consultórios |      |     |      |
|---|----------|------|-----|------|--------------|------|-----|------|
|   | Sim      |      | Não |      | Sim          |      | Não |      |
|   | N        | %    | N   | %    | N            | %    | N   | %    |
| 1. Existência de rampas de acesso                             | 16       | 57,2 | 12  | 42,8 | 12           | 66,7 | 6   | 33,3 |
| 2. Existência de largura mínima da rampa de 1,5m              | 12       | 42,8 | 16  | 57,2 | 11           | 61,1 | 7   | 38,9 |
| 3. Presença de corrimão duplo                                 | 4        | 14,2 | 24  | 85,8 | 1            | 5,6  | 17  | 94,4 |
| 4. A prorrogação do corimbo é de 1m para além da rampa        | 5        | 17,8 | 23  | 82,2 | 4            | 43   | 14  | 77,8 |
| 5. A pavimentação da rampa tem rebordes laterais de proteção. | 3        | 10,3 | 25  | 89,3 | 6            | 33,3 | 12  | 66,7 |

A tabela 2, mostra as características das rampas de acesso dos serviços estudados, observa-se que 57,2% das clínicas possuem rampas, mas nas mesmas, 57,2% não existem as larguras mínimas de 1,5m; em 85,8% não existe corrimão duplo; em 82,2% , já não se prolonga 1,00m além da rampa e 89,3% da pavimentação das rampas não possuem rebordos. Já nos consultórios, o 66,7% possuem rampas de acesso, do 61,1% destas rampas existem as largura de 1,5 m; ainda em relação à existência de corrimão duplo, prorrogação deste por mais de 1,00m e pavimentação das rampas os achados encontrados foram o 94,4%, o 77,8% e o 66,7% respectivamente.

A ABNT conceitua rampas como sendo a inclinação de superfície de andar, longitudinal ao sentido do longo. Consideram-se rampas aquelas com declive igual ou superior a um 5%. As rampas são meio de locomoção necessários para que os portadores de incapacidade motora possam ter acesso aos edifícios públicos e privados como para a locomoção de uma forma geral. Verificou-se que a maioria dos estabelecimentos possui rampas de acesso

conforme a lei de acessibilidade. Diminuir os obstáculos e compensar as limitações motoras são fatores essenciais para que estes possam, independentemente, ter acesso aos diversos tipos de espaços urbanos e a cheia inclusão social.

Na LEI Nº. 2153/84, Art. 14, referenda que nos casos quando não é possível a construção de rampa, conserva-se o trecho no plano horizontal da calçada com largura mínima de 1,00m para a circulação de pessoa deficiente, além do rebaixamento da guia, deve ser executado o rebaixamento total da calçada. Este deve ser feito na mesma largura da faixa de segurança, a partir da prorrogação da guia de cada aproximação, iniciando-se em cada uma das extremidades, uma rampa de acesso ao piso da calçada rebaixada ao piso existente, cuja declividade obedeça aos valores adequados <sup>18</sup>.

Observa-se que 57% das clínicas e 67% dos consultórios estão cumprindo a lei da acessibilidade que indica a obrigatoriedade de rampas em meios públicos para compensar as limitações dos deficientes físicos. No entanto, nos locais que não tinham rampas, 43% das clínicas e 33% dos consultórios, não tinha, nem como meio alternativo, o rebaixamento das calçadas, impossibilitando a locomoção dos deficientes motores que precisam da utilização de uma cadeira de roda <sup>19,20</sup>.

Os corrimãos são obrigatórios nos dois lados das rampas e escadas fixas. Devem ser construídos em materiais rígidos, firmemente fixados às paredes ou barras de suporte, e oferecer condições seguras de utilização. Estes devem permitir boa empunhadura e deslizamento, sendo preferencialmente de seção circular entre 3,5 e 4,5 centímetros de diâmetro. Deve ser deixado espaço livre de 4 centímetros, no mínimo, entre a parede e o corrimão. Deve prolongar-se, pelo menos, 0,30 centímetros antes do início e depois do termo da rampa ou escada, sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão. As extremidades dos corrimãos devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou ter desenvolvimento. Para escadas, a altura destes deve ser de 0,92 centímetros do piso.

Para as rampas, e opcionalmente para escadas, os corrimãos devem ser instalados em duas alturas, a 70 e 92 centímetros do piso. Se forem laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos níveis das escadas ou rampas. Quando tivesse necessidade de instalação de corrimãos intermediários, deve ser respeitada a largura mínima de 1,20 m entre os mesmos.

Os corrimãos intermediários somente devem ser interrompidos quando o comprimento de que o nível seja superior o 1,40 m, garantindo o espaçamento mínimo de 80 centímetros entre o termo de um segmento e o início do seguinte <sup>17</sup>.

Estes dados demonstram que tanto as clínicas como os consultórios não cumprem as normas que indicam a obrigatoriedade de corrimãos nos dois lados das rampas e prorrogação deste por 1,00 m, necessário para a locomoção adequada dos deficientes físicos que utilizam os corrimãos como suporte e apoio.

**Tabela III – CARACTERÍSTICAS DOS PASSEIOS E VIA DE ACESSO DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS, Fortaleza, 2007.**

| Características                                 | Clínicas              |           |                       |      | Consultórios          |           |                       |      |
|---|-----------------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------|-----------|-----------------------|------|
|   | Adequada - Inadequada |           | Adequada - Inadequada |      | Adequada - Inadequada |           | Adequada - Inadequada |      |
|   | N                     | %         | N                     | %    | N                     | %         | N                     | %    |
| 1. Existência de inclinação no passeio.         | 22                    | 78,6..... | 6                     | 21,4 | 11                    | 61,1..... | 7                     | 38,9 |
| 2. A acessibilidade do passeio e via de acesso. | 21                    | 75,0..... | 7                     | 25,0 | 15                    | 83,3      | 3                     | 16,4 |

A tabela 3 apresenta as características dos passeios e vias de acesso. Os achados evidenciam que do 78,6% das clínicas e o 83,3% dos consultórios possuem a acessibilidade do passeio e das vias de acesso adequadas conforme regulamenta as normas da ABNT.

Passeio é a parte da calçada ou da pista de rolamento, neste último caso separado por pintura ou elemento físico, livre de interferências, destinado à circulação exclusiva de peatonos e excepcionalmente, de ciclistas.

A utilização de cadeira de rodas impõe limites à execução de tarefas, por dificultar a aproximação aos objetos e o alcance a elementos acima e abaixo do raio de ação de uma pessoa sentada. A dificuldade no deslocamento frontal e lateral do tronco sugere a utilização de uma faixa de conforto entre 80 centímetros e 1,00 m para as atividades que exijam manipulação contínua. Para atividades pontuais que não exijam o uso de força ou de coordenação motora fina, limita-se a altura em no máximo 1,35 m, mas se recomenda não ultrapassar 1,20 m. As dimensões citadas valem como parâmetros para atividades realizadas dentro da faixa de alcance dos braços (62 centímetros) <sup>18</sup>.

Em caso de edificações e edifícios públicos, além da largura mínima dos passeios e os outros requisitos preconizados pela lei da acessibilidade, deve-se ter equipamentos eletromecânicos de circulação, tais como elevadores esteras rolantes, plataformas móveis, etc. Estes devem ter dimensões compatíveis com sua utilização por pessoas portadoras de deficiências. Tais equipamentos devem permitir seu uso de forma segura por pessoas portadoras de deficiências. Nas edificações providas de equipamentos eletromecânicos de circulação, todos os pavimentos, inclusive os de garagem, devem ser servidos pelo menos um destes tipos de equipamento <sup>18</sup>.



**Tabela IV – CARACTERÍSTICAS DO TIPO DE PAVIMENTAÇÃO DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS, FORTALEZA, 2007.**

| <i>Características</i>  | <i>Clínicas</i> |             |            |             | <i>Consultórios</i> |             |            |             |
|---|-----------------|-------------|------------|-------------|---------------------|-------------|------------|-------------|
|   | <i>Sim</i>      |             | <i>Não</i> |             | <i>Sim</i>          |             | <i>Não</i> |             |
|   | <i>N</i>        | <i>%</i>    | <i>N</i>   | <i>%</i>    | <i>N</i>            | <i>%</i>    | <i>N</i>   | <i>%</i>    |
| <b>1. Existencia de superficies planas</b>                      | <b>23</b>       | <b>82,1</b> | <b>5</b>   | <b>17,9</b> | <b>14</b>           | <b>77,8</b> | <b>4</b>   | <b>22,2</b> |
| 2. Revestimento das superficies com materiais de boa aderência. | <b>25</b>       | <b>89,3</b> | <b>3</b>   | <b>10,7</b> | <b>16</b>           | <b>88,9</b> | <b>2</b>   | <b>11,1</b> |

Na tabela 4, apresentamos as características do tipo de pavimentação das calçadas e entradas das clínicas e consultórios pesquisados, observa-se o 82,1% das clínicas existem pavimentações com superfícies planas, o mesmo acontecendo nos consultórios o 77,8%. Quanto ao revestimento destas superfícies são de boa aderência nos locais encontrados.

As áreas de circulação devem ter superfície plana, regular, firme, estável e antiderrapante, sob qualquer condição climática. Admite-se inclinação transversal da superfície até um 2%. Nela, recomenda-se a utilização de faixas de andar com textura e cor diferenciadas para facilitar a identificação do percurso pelas pessoas portadoras de deficiência sensorial visual. Sempre que tenha mudança de inclinação ou de plano, piso-o deve ter tratamento diferenciado para facilitar a identificação de tais transições <sup>18</sup>.

As superfícies planas dos passeios e o revestimento adequado da superfície com material de boa aderência são estruturas essenciais que permitem a locomoção dos deficientes físicos, pois a pavimentação danificada, calçadas sem continuidade, desníveis e andar escorregadio são fatores que dificultam o acesso aos meios públicos, impossibilitando que os portadores de deficiência, cidadãos, exerçam seu direito de ir e vir. E as clínicas e consultórios, orientadas quanto a isso, em sua grande maioria, aplicaram as normas de acessibilidade e atentaram para a importância da superfície plana e adequada, que é fundamental para a circulação do deficiente motor.

Além disso, preconiza-se que, além da largura mínima de 1,2m para o passeio, seja reservada uma área para a realização de manobras de rotação sem deslocamento por parte dos deficientes motores. Deve ser obedecido o seguinte requisito: área mínima de 1,20 m por 1,20 m para rotação de 90º; área mínima de 1,50 m por 1,20 m para rotação de 180º grau; área mínima equivalente a um círculo de 1,50 m de diâmetro para rotação de 360º. No entanto, o que se verificou é que este espaço, muitas vezes, está sendo utilizado para canteiros de plantas, poste, obstáculos na circulação. A lei, mais uma vez, não está sendo colocada em prática, dificultando muito a locomoção e o direito de ir vir dos deficientes físicos.

**Tabela V – CARACTERÍSTICAS DE MEIO CIRCULANTE DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS.  
Fortaleza, 2007.**

| Características                                 | Clínicas  |             |           |             | Consultórios |                  |                |             |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|------------------|----------------|-------------|
|   | Sim       |             | Não       |             | Sim          |                  | Não            |             |
|   | N         | %           | N         | %           | N            | %                | N              | %           |
| <b>1. Existência de obstáculo na circulação</b> | <b>13</b> | <b>46,2</b> | <b>15</b> | <b>53,8</b> | <b>3</b>     | <b>16,7.....</b> | <b>15</b>      | <b>83,3</b> |
| <b>2. Tipos de obstáculos:</b>                  |           |             |           |             |              |                  |                |             |
| Canteiro de plantas                             | 5         |             |           |             | 2            |                  |                |             |
| Degraus   | 4         |             |           |             | -            |                  |                |             |
| Postes  | 3         |             |           |             | 1            |                  |                |             |
| Outros  | 1         |             |           |             | -            |                  |                |             |
| <b>3. Existência de rampa de passeio.</b>       | <b>11</b> | <b>39,3</b> | <b>17</b> | <b>60,7</b> | <b>7</b>     | <b>38,9</b>      | <b>11.....</b> | <b>61.1</b> |
| <b>4. Tipos de rampas:</b>                      |           |             |           |             |              |                  |                |             |
| Da calçada para o passeio                       | 6         |             |           |             | 2            |                  |                |             |
| Da rua para o passeio                           | 3         |             |           |             | 3            |                  |                |             |
| Outros  | 2         |             |           |             | 2            |                  |                |             |

Na tabela 5 demonstra-nos as características do meio circulante dos serviços pesquisados. Nota-se que em do 46,2% das clínicas existem obstáculos na circulação, sendo estes canteiros de plantas, degraus, postes e outros. Nos consultórios, esse achado foi menor, isto é, do 16,7% os obstáculos evidenciados foram canteiros de plantas e postes.

Os obstáculos à circulação como, canteiros de obra, plantas, degraus, postes e árvores; dificultam ainda mais a locomoção dos deficientes motores, principalmente os que precisam fazer uso de cadeira de rodas, pois estes precisam da ajuda do próximo para que possam ter acesso ao local desejado<sup>21, 22</sup>. Observa-se que as pessoas portadoras de algum tipo de deficiência precisam enfrentar também, diariamente, barreiras civis para que possam participar ativamente na sociedade.

As edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos devem dar condições de acessibilidade às pessoas portadoras de deficiências. Deve ser previsto no mínimo um acesso nestas condições, vinculado à circulação principal e às circulações de emergência, quando existissem<sup>18</sup>.

A Lei Nº. 6.020 de 10 de Janeiro de 1997 dispõe sobre as normas de adaptação de edifícios de uso público, a fim de assegurar o acesso adequado aos portadores de deficiência. Informa que os edifícios de uso público devem incorporar as disposições de ordem técnica como substanciadas nesta Lei, a fim de permitir o livre acesso aos portadores de deficiência.

A circulação horizontal deve apresentar corredores e passagem com andar revestido de material não escorregadio, regular, contínuo e durável e não interrompido por degraus; grades e ralos, se dispensáveis, com espaço máximo de 2 centímetros entre as barras; zona de circulação livre de obstáculos, tais como: caixa de coleta, lixeiras, telefones públicos, extintores de incêndio e outros; no hall de edificação, quando tivesse telefones públicos, pelo

menos um deles deverá ser acessível à pessoa em cadeira de rodas; proteção guarda-corpo em desníveis e terraços<sup>23,24</sup>.

Pela Lei Nº. 2153/84, o Art. 19, reporta que as obras eventualmente existentes sobre a calçada devem ser convenientemente sinalizadas e protegidas. Para assegurar a fácil circulação de deficientes em cadeiras de rodas, dever-se assegurar a largura mínima padrão destinado à circulação de 1,20m. Se o desvio seja feito pela pista da via, deve ser tentado o rebaixamento provisório da guia com a largura mínima solicitada.

Fica proibida a colocação de cavaletes, como sinalização de obras ou reserva de vagas de estacionamento, nas calçadas e pistas. Depois da conclusão de obras nas calçadas, o responsável deverá tentar imediatamente a retirada dos entulhos e a regularização do passeio, quando danificado<sup>22</sup>.

**Tabela VI – CARACTERÍSTICAS DAS PORTAS DE ENTRADAS DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS. Fortaleza, 2007.**

| Características   | Clínicas |      |     |      | Consultórios |      |     |      |
|---|----------|------|-----|------|--------------|------|-----|------|
|   | Sim      |      | Não |      | Sim          |      | Não |      |
|   | N        | %    | N   | %    | N            | %    | N   | %    |
| 1. Largura do vão da porta de entrada de 0,9 centímetros        | 23       | 81,0 | 5   | 19,0 | 15           | 61,5 | 3   | 39,5 |
| 2. Existência de trincos manuais horizontais.                   | 6        | 21,4 | 22  | 78,6 | 7            | 38,9 | 11  | 61,9 |
| 3. Localização dos trincos manuais entre 0,9m y 1,10m de altura | 24       | 85,7 | 4   | 14,3 | 17           | 94,4 | 1   | 5,6  |
| 4. Existência de rampas de acesso na porta de entrada.          | 12       | 42,9 | 16  | 57,1 | 10           | 55,6 | 8   | 44,4 |

A tabela 6, evidencia as características das entradas das clínicas e consultórios pesquisados. Nas clínicas a maioria das portas, isto é, 81% possuem largura de 90 centímetros e nos consultórios o achado foi 61%. No entanto, no que diz respeito à existência de trincos manuais horizontais, a grande maioria das clínicas o 78,6% e dos consultórios o 61,9% não possuem.

Sobre a existência de rampa de acesso à porta primeiramente, o 57,1% das clínicas não possuem. As portas, inclusive de elevadores, devem ter um vão livre mínimo de 90 centímetros e pelo menos uma das portas com mais de uma folha deve atender a esta condição. Estas devem ter condições de que sejam abertas com um único movimento e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca; devem ter revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, em sua parte inferior até uma altura mínima de 40 centímetros do piso.

As portas localizadas junto ao nível devem prever vestíbulo no mínimo de 1,50 m de largura por 1,20 m de comprimento; as situadas em áreas confinadas ou em meio à circulação

devem ter um espaço mínimo de 60 centímetros, contíguo ao vão de abertura; as do tipo vaivém devem ter visor, que deve estar localizado entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças, com largura mínima de 20 centímetros, tendo sua face inferior situada entre 40 e 90 centímetros do piso e a face superior no mínimo o 1,50 m.

Em portas de correr os trilhos ou guias inferiores não devem projetar-se acima da superfície do piso. Sempre que tenha barreiras ou obstáculos ao acesso, como, por exemplo, portas giratórias, catracas, etc., devem ser previsto outro acesso às pessoas que utilizam cadeiras de rodas<sup>18</sup>. As portas são estruturas físicas essenciais para a permissão da passagem das cadeiras de rodas de um local a outro de casa, banhos, edifício e outros ambientes.

Se não tivesse qualquer tipo de modificação, fica restrita a locomoção desses deficientes físicos a certos lugares, pois estes precisarão da ajuda do próximo para passar entre a porta. Como meio alternativo de locomoção, muitas vezes, estes precisam da ajuda de duas pessoas para chegar ao local de destino, tendo que este ser colocado nos braços por uma pessoa enquanto outra fecha a cadeira para, assim, que possa atravessá-la por esse espaço<sup>23</sup>.

O que se observou foi que 81% das clínicas e 83% dos consultórios cumpriram com as normas da ABNT quanto a largura mínima necessária para a porta primeiramente; no entanto, não seguiram as outras recomendações específicas, como a colocação de trincos horizontais nas portas, conforme anteriormente citadas.

Nas entradas principais das edificações de uso público, deve existir o Símbolo Internacional de Acesso, identificando e indicando o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiências<sup>25</sup>. O que isso ocasiona aos deficientes físicos, devido à dificuldade de locomoção, é o isolamento espacial à saúde, educação, trabalho e lazer além do isolamento social. Se a sociedade fora atentar para as dificuldades vividas diariamente por um deficiente físico, observaria que um pequeno detalhe é capaz de facilitar a vida dessa pessoa.

No entanto, para que estes deficientes tenham acesso a seus direitos, deve-se colocar em prática a política desenvolvida sobre a inclusão destes na sociedade, reabilitação, acessibilidade no mercado de trabalho e arquitetônica para que, assim, os deficientes possam sentir-se úteis e integrados à sociedade.

## **CONCLUSÃO**

Os achados evidenciam que a maioria dos estabelecimentos apresenta ambiente físico, em relação aos aspectos gerais das quatro áreas de acessibilidade, relevante, no entanto, apesar da existência desses aspectos facilita a acessibilidade, o observado é que não apresentam as especificações satisfatórias de cada área conforme as normas da ABNT ao acesso em cadeiras de rodas, dificultando, assim, a locomoção dos deficientes motores e a prática de seu direito de ir e vir.

Assim sendo, as barreiras arquitetônicas, também chamadas de urbanistas sejam por elementos naturais ou edificados que impedem a aproximação, transferência ou a circulação no espaço, mobiliário ou equipamento urbano pela pessoa usuária de cadeira de rodas ou aquelas com limitações da mobilidade é uma realidade em nossa cidade.



A lei da acessibilidade tem como objetivo promover a construção e a readaptação de locais públicos, para que, assim, os deficientes físicos possam ter o direito de locomoção. Assim sendo, a possibilidade de mudança na qualidade de vida dos portadores de deficiência vai depender de como seus direitos são colocados em prática, como, principalmente, saúde, educação, transporte, eliminação de barreiras arquitetônicas, igualdade social, lazer e trabalho. Finalmente, ações e direitos coletivos representam a conquista de todos os cidadãos, sem distinção.

Diante das conclusões, sugerimos que outros estudos sobre a temática sejam elaborados, uma vez que permitirá ampliar a visão da sociedade sobre a problemática.

O estudo apresenta como envolvimento para a prática profissional a oportunidade de que os enfermeiros conheçam sob nova ótica a problemática das pessoas portadoras de deficiência motora e também, aquelas com dificuldades de locomoção os aspectos relativos a acessibilidade como uma maneira de garantir a prática da cidadania e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Esperamos ter contribuído de maneira significativa para o enriquecimento da base de conhecimento da enfermagem neurológica, nosso desejo de transmitir os conhecimentos, as experiências e a sabedoria adquiridos com este tema pouco explorado pelos enfermeiros é outra vertente de nossa investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho ZM de F; et al. . Ciudadanía y calidad de vida de las personas con lesión medular. Revista Enfermería Integral. Nº 74, págs. 20-26, Junho de 2006.
2. Mancussi e Faro AC. A reabilitação da Pessoa com Lesão medular: tendências da Investigação no Brasil. Enfermería Global Nº 3: 1-6. Noviembre 2003.
3. Henriques F. Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2004.
4. Carvalho ZM de F. Cuidado de enfermagem com pessoas paraplégicas hospitalizadas: estudo à luz da teoria de Jean Watson. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.
5. Who. Équipe Classification, Évaluation et Terminologie, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Projet final, version complète, WHO/EIP/GPE/CAS/IIDH-2 F1/01, Genève, 2000.
6. Abnt- Associação Brasileira de Normas Técnicas. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. NBR 9050/2004. Rio de Janeiro, 2004.

7. Adaag Nações Unidas. Persons with disabilities. Diseño de Lugares Accesibles. Guia de Diseño y Lista de Comprobacion para la Eliminacion de las Barreras Arquitectonicas. Site oficial [www.un.org/esa/socdev/enable/design/](http://www.un.org/esa/socdev/enable/design/) data documento 24/08/2000. [Acesso em 13/06/2007].
8. Corde. Os direitos das pessoas portadoras de deficiência. Lei nº 7.853/89, Decreto nº 914/93. Brasília: CORDE. 1996.
9. Brasil. Constituição da República Federativa: promulgada em 1º de outubro de 1988. Rio de Janeiro, 1989. <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm#T8> . Acessado em 14/04/2006.
10. Governo do Estado do Ceará. Assembléia Legislativa. Site: <http://www.camara.gov.br> . Acessado em 14/04/2006.
11. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Site: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/fort/cid.asp>. Acessado em 14/04/2006.
12. Pinheiro JP. A cadeira de rodas e o traumatizado vértebro medular. Estudo II. Revista Intercções. 2004; n. 6 pp. 184 - 198.
13. Amaral C. Acessibilidade e barreiras arquitectónicas. In: Pinheiro, J.P. (coordenação) Cadeira de Rodas: da clinica ao utilizador. Coimbra: Quarteto, 2004
14. Polit D.; Beck C.; Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªEd. Porto Alegre: Artmed, 2004.
15. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED. 2007.
16. Unimed Fortaleza. Escolha seu médico. Especialidades médicas, serviços complementares, atendimento hospitalar. Fortaleza: Unimed, 2007.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução Nº 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24p.
18. Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 9050 (BR). Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. Disponível em <http://www.aibr.com/det/sadet/acesso.htm>. Acesso em: 12 de Abril, 2006.
19. Bahia SR et al. . Município e acessibilidade. Rio de Janeiro: BAM/DUMA/CORDE. 1998.
20. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Lei Nº 2153/84, Assegura as pessoas deficientes e dá outras providências. Site: [http://www.cmf.sc.gov.br/direitos\\_deficientes\\_fisicos.rtf](http://www.cmf.sc.gov.br/direitos_deficientes_fisicos.rtf). Acessado em 12/04/2007
21. Silva AMF., Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos de cidadão. In: Qualidade de Vida e a Enfermagem. [Revista Texto & Contexto Enfermagem](#). Volume 8 - Nº 3 - Setembro/Dezembro 1999.
22. Cedipod, O Portal da Cidadania da Pessoa com Deficiência. Site: [www.cedipod.org.br](http://www.cedipod.org.br). Acesso em 22/03/2007.
23. Cohen R., Estratégias para a Promoção dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência; Rio de Janeiro, 1998. Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais. Fundação Alexandre Gusmão. Site: <http://www2.mre.gov.br/ipri/Papers/DireitosHumanos/Artigo37.doc> Acessado em 11/04/2007
24. Pinheiro JP, et.al. Cadeira de Rodas: da clinica ao utilizador. Coimbra: Quarteto, 2004.
25. Fundação Calouste Gulbenkian. Convenção Internacional sobre os Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência. 23 de Setembro de 2003. Portal do Cidadão com Deficiência. Site: [http://www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id=343&id\\_doc=188&id\\_cat=18](http://www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id=343&id_doc=188&id_cat=18). Acessado em 10/03/2007.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia