



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA**

ESPECIALIZAÇÃO DE ARQUITETURA EM SISTEMAS DE SAÚDE

Adjane Balbino de Amorim

**Adaptação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde aos Portadores de
Necessidades Especiais:
O Caso do Atendimento Ambulatorial do Complexo Hospitalar
Universitário Professor Edgard Santos**

**SALVADOR-BAHIA
2008**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA**

ESPECIALIZAÇÃO DE ARQUITETURA EM SISTEMAS DE SAÚDE

Adjane Balbino de Amorim

**Adaptação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde aos Portadores de
Necessidades Especiais:
O Caso do Atendimento Ambulatorial do Complexo Hospitalar
Universitário Professor Edgard Santos**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização da Faculdade de Arquitetura
da Universidade Federal da Bahia, como
requisito parcial para a obtenção do Título de
Especialista em Arquitetura em Sistemas de
Saúde.

Orientador (a): Márcia Maria Lisbôa
Carramenha

**SALVADOR-BAHIA
2008**

000000 Amorim, Adjane Balbino,
0000 HUPES – Salvador/BA/ Adjane Balbino
Amorim - Salvador: Adjane Balbino Amorim, 2007.
64f.: il.

00000

Monografia (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em
Arquitetura.

Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2007.

1. Arquitetura Hospitalar
2. Arquitetura e Saúde
- I. Título II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de
Arquitetura
- III. Monografia.

Adjane Balbino de Amorim

**Adaptação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde aos Portadores de
Necessidades Especiais –
O Caso do Atendimento Ambulatorial do Complexo Hospitalar
Universitário Professor Edgard Santos**

MONOGRAFIA FINAL DE ESPECIALIZAÇÃO
submetida em satisfação parcial dos requisitos ao grau de

ESPECIALISTA EM ARQUITETURA DE SISTEMAS DE SAÚDE

à
Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
da
Universidade Federal da Bahia

Aprovado:

Comissão Examinadora

.....
.....
.....

Data da Aprovação:/...../.....

Conceito:

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde e condições de concluir o curso de especialização

Agradeço à minha mãe Auta Balbino de Amorim, uma educadora incansável.

Agradeço à orientadora Márcia Carramenha por sua disponibilidade em atender às minhas ansiedades.

Aos diretores e administradores do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos que abriram as portas de sua Instituição para a visita da pesquisadora.

RESUMO

Esta monografia foi inspirada em trabalhos de Avaliação Pós-Ocupação (APO) sobre a eficácia de determinado ambiente construído após alguns anos de uso. Neste caso, não se trata de uma APO mas, simplesmente, uma análise das atuais circunstâncias oferecidas aos usuários portadores de necessidades especiais ao acessar um estabelecimento assistencial de saúde edificado em período anterior às vigentes normas de acessibilidade. Para a concretização da proposta de adaptação, num primeiro momento foi realizado o levantamento das normas atuais. Numa segunda fase, a Instituição foco da pesquisa foi consultada sobre a possibilidade de abrir suas portas para a pesquisadora levantar dados dos ambientes. Após a liberação por parte da administração do Complexo Hospitalar, foi agendada visita para o recolhimento de dados que foram: (a) entrevistas a profissionais que desenvolvem suas atividades laborais no Complexo Hospitalar; (b) observação local das atividades realizadas além da movimentação de pacientes e do corpo clínico pelos ambientes ambulatoriais; (c) coleta de fotos da atual implantação. O prédio, construído em bairro central da cidade de Salvador, recebe pacientes não somente da Capital, como também usuários do interior do Estado e algumas vezes de estados vizinhos. Após a visita, a pesquisadora solicitou as plantas baixas do pavimento térreo e do pavimento tipo do atendimento ambulatorial. De posse de todos estes dados, foi possível consolidar as informações e chegar a um produto final. A monografia apresenta propostas para adequação dos atuais ambientes do atendimento ambulatorial do HUPES. São soluções simples que podem ser adotadas para que portadores de necessidades especiais acessem às suas instalações de forma mais independente, atendendo assim às normas de acessibilidade e proporcionando mais conforto e segurança aos usuários, acompanhantes e profissionais de saúde. As sugestões aqui apresentadas permitem inspirar a profissionais e estudiosos de arquitetura hospitalar que soluções para a adaptação de estabelecimento assistencial de saúde edificado em período anterior às vigentes normas de acessibilidade podem ser encontradas algumas vezes com interferências pontuais.

Palavras-chave:

Acessibilidade, Análise, Adaptação,

ABSTRACT

The present work was inspired by works of Post-Occupancy Evaluation (POE) on the effectiveness of an specific place after few years of use. In this case, this is not a POE, but an analysis of the circumstances offered to people with special needs when accessing a health care establishment built in the period before the existence of accessibility standards. To materialize the suggestion of adaptation, in the first moment the current standards were mapped. Secondly, the Institution focus of the research was consulted about the possibility of opening its doors so that the researcher could raise data of the place. After the consent of the Complex Hospital administration, a visit was scheduled to collect the following data: (a) interviews with professionals who develop their activities in the industrial Complex Hospital (b) local observation of activities as well as the movement of patients and health professionals through the area, (c) collection of photos of the current place. The building, constructed in the central district of the city of Salvador, receives patients not only from the capital, but also users from the interior of the state and sometimes from neighboring states. After the visit, the researcher requested the plants of the floor and the ground floor type pavement of outpatient care. In possession of all these data, it was possible to consolidate the information and reach to a final product. The work presents proposals for adequacy of current environments of the HUPES outpatient care. These are simple solutions that can be adopted so that people with special needs can access its installation in a more independent way, respecting the standards of accessibility and providing more comfort and safety to users, accompanies and health professionals. The suggestions presented here permits inspiring professionals and students of hospital architecture that solutions to the adaptation of the health care establishments, built in the period before the existence of accessibility standards, can be found sometimes with occasional interference.

Keywords:

Accessibility, Analysis, Adaptation,

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	1
LISTA DAS FIGURAS	2
LISTA DAS FOTOS	3
LISTA DOS GRÁFICOS	4
APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	06
1.1 Justificativa	06
1.2. Objetivo	07
2 Revisão da Literatura	09
2.1 Definições	09
2.1.1. Acessibilidade	09
2.1.2. Mobilidade	09
2.1.3. Ajudas Técnicas	10
2.1.4. Dispositivos de auto-ajuda	10
2.1.5. Desenho Universal	10
2.1.6. Deficiência	10
2.1.6.1. Deficiência Física	10
2.1.6.2. Deficiência Auditiva	11
2.1.6.3. Deficiência Visual	11
2.2 Barreiras Físicas	11
2.2.1 Barreiras urbanísticas	11
2.2.2 Barreiras nas edificações	11
2.2.3 Barreiras nos Transportes	11
2.2.4 Barreiras nas comunicações e informações	12
2.3. A Legislação Brasileira	12
2.3.1 Decreto Federal 5296	14
2.3.2 ABNT NBR 9050	15
2.3.3 Resolução da Diretoria Colegiada RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002	16
2.4. O Hospital Universitário professor Edgard Gomes	10
3 Material e Métodos	20
3.1 População e Amostra	20
3.2 .Material	20
3.2.1. Modelo da entrevista aplicada	20
3.3 Métodos	22
3.4. Tratamento estatístico dos dados	22
3.4.1 Pesquisa de Campo: O atendimento ambulatorial do HUPES	22
4 Resultados e Discussão	39
4.1. Entrevistas	39
4.1.1. Tabulação das respostas	39
4.2. Possíveis adaptações	43
4.3. Plantas Baixas	49
4.4. Croquis	53
5 Conclusões	57
8. Referências	58
Anexos	60

LISTA DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de vigilância Sanitária

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

NV – Nascidos Vivos

ONG – Organização Não Governamental

PSF – Programa da Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DAS FIGURAS

- Figura 1. Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial Fonte: Cedido pelo HUPES
- Figura 2. Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, área de pesquisa. Fonte: Cedido pelo HUPES
- Figura 3. Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, propostas. Fonte: Cedido pelo HUPES. Alterações da autora
- Figura 4. Planta baixa do pavimento tipo do atendimento ambulatorial. Fonte: Cedido pelo HUPES
- Figura 5. Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, área de pesquisa. Fonte: Cedido pelo HUPES
- Figura 6. Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, alterações propostas. Fonte: Cedido pelo HUPES. Alterações da autora
- Figura 7. Corrimãos – Vistas. Fonte: ABNT: NBR 9050.
- Figura 8. Corrimãos – Em corte. Fonte: ABNT: NBR 9050.
- Figura 9. Alturas de comandos e controles. Fonte: ABNT: NBR 9050
- Figura 10. Sinalização visual e tátil nas portas dos banheiros e sanitários. Fonte: ABNT: NBR 9050
- Figura 11. Portas nos atendimentos. Fonte: ABNT: BR 9050
- Figura 12. Sinalização tátil nos degraus. Fonte: ABNT: NBR 9050
- Figura 13. Transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária – interna. Fonte: ABNT. NBR 9050.
- Figura 14. Transferência da cadeira de rodas para a bacia sanitária – externa. Fonte: ABNT: NBR 9050.
- Figura 15. Barras de apoio Fonte: ABNT: NBR 9050

LISTA DAS FOTOS

- Foto 1. Fachada Principal do Hospital. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 2. Entrada principal. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 3. Piso da entrada principal do EAS. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 4. Acesso principal. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 5. Piso industrial. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 6. Piso das rampas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 7. Guarda corpo das rampas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 8. Corrimão das escadas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 9. Largura dos corredores. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 10. Proximidade da rampa das cadeiras das esperas descentralizadas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 11. Circulações transformadas em espera. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 12. Sanitários com área de transferência suficiente. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 13. Elevadores – Ausência de recursos para deficientes visuais. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 14. Uso de cores nos pavimentos – sinalização. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 15. Sinalização dos consultórios. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 16. Espera comum a todos os pacientes. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 17. Consultório médico. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 18. Escada. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 19. Sanitário atual. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 20. Banheiro adaptado – barras. Fonte: www.mercur.com.br, acessado em 10 de novembro de 2007
- Foto 21. Porta – maçaneta atual. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007
- Foto 22. Porta – maçaneta proposta. Fonte: A autora. Arquivo técnico

LISTA DOS GRÁFICOS

- Gráfico 1. Acidentes no atendimento ambulatorial
- Gráfico 2. Reformas no atendimento ambulatorial
- Gráfico 3. Sinalização no atendimento ambulatorial
- Gráfico 4. Sistema de sonorização no atendimento ambulatorial
- Gráfico 5. Localização geográfica dos pacientes no atendimento ambulatorial
- Gráfico 6. Atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais no atendimento ambulatorial

APRESENTAÇÃO

A adaptação de ambientes às atuais necessidades é uma premissa para que a população portadora de necessidades especiais possa ter acesso equitativo aos estabelecimentos assistenciais de saúde. Embora as normas que regulem este assunto tenham pouco tempo de existência, a sua aplicação é de fundamental importância para o exercício da democracia ao conceder a estes cidadãos as mesmas condições de acesso que qualquer outro indivíduo.

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Justificativa

O impedimento, a desvantagem e a incapacidade muitas das vezes deflagram o preconceito oculto na sociedade. Parte da população com relevantes capacidades intelectuais tem restritas as possibilidades de conviver e contribuir na sociedade devido aos impedimentos impostos pela própria cidade. A equiparação das oportunidades deve ser um alvo a ser perseguido por todos a fim de que aqueles que hoje encontram-se reclusos em seus lares possam ter as condições mínimas de trabalho, divertimento e interação com a sociedade.

O último censo do IBGE apresentou como resultado que 14,5% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, totalizando aproximadamente 24,6 milhões de pessoas. Em 2000, haviam 8,5% de idosos no país, o que representa 14 milhões de pessoas e 1 pessoa idosa em 26,5% dos lares. Esta população aumentou duas vezes e meio mais rápido que a população jovem entre 1991 e 2000 e 75% dos idosos são considerados pobres. Estima-se que 15% da população brasileira estará com idade superior a 60 anos em 2025. Em 2000, foram aprovadas as Leis Federais 10.048 e 10.098 que tratam da acessibilidade para as pessoas com deficiência nos espaços públicos. (BRASIL, 2004 a).

Neste contexto, a necessidade de tornar o acesso aos EAS livre à toda sociedade inspirou esta pesquisa na busca por soluções possíveis de adequação destas edificações às exigências normativas.

Este trabalho pretende apresentar aos arquitetos e engenheiros especializados em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, alternativas para adaptar prédios históricos às atuais normas de acessibilidade sem descaracterizar as características históricas destes imóveis.

Pretende-se ainda reforçar o conceito que não somente os portadores de necessidades especiais precisam de recursos especiais de acessibilidade, mas sim todo aquele que, embora não seja portador de alguma deficiência física, torna-se por força das circunstâncias, mesmo que apenas momentaneamente, deficiente em alguma de suas capacidades. Como o caso dos internados vítimas de algum acidente ou até mesmo aqueles que passaram por alguma cirurgia e que durante algum período podem apresentar

dificuldades para locomover-se, para enxergar, para falar ou até mesmo apresentar outros vários distúrbios.

Para efetuar um estudo de caso, foi selecionado o atendimento ambulatorial do Hospital Universitário da Bahia, EAS que presta cuidados aos pacientes na cidade de Salvador. Foi realizada uma visita para estudo observacional e aplicação de entrevista semi-estruturada aos seus funcionários.

A arquitetura deve não apenas zelar pelos fluxos de trabalho e pela beleza, mas, sobretudo deve promover o conforto ambiental e a humanização dos espaços, cuidando para que o princípio da universalidade seja atendido dentro dos ambientes projetados.

1.2. Objetivo

O tema *Hospital do futuro* tem sido muito discutido nos dias atuais. O senso comum é que seja uma edificação repleta de automação e inovações tecnológicas, com a presença constante de monitores que acompanham cada minuto de vida dos pacientes. Também há a interpretação de que seja um prédio que utilize racionalmente a água, otimize energia, use a energia solar, a eólica entre outras. O hospital do futuro é tudo isso, porém algo bem mais simples não pode ser desconsiderado – a acessibilidade.

No país, existem diversas edificações que, por terem relevância arquitetônica e histórica, não podem simplesmente ser implodidas. Muitos destes prédios até hoje são utilizados como Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e precisam se adequar à acessibilidade.

Atualmente, graças à tecnologia disponível, aliada aos modernos recursos de locomoção e de comunicação, a parcela da população com dificuldade de locomoção que outrora permanecia restrita a seu lar, tem a oportunidade de participar mais ativamente da sociedade. A arquitetura associa-se às regulamentações da Carta Maior e de outras legislações estendendo o acesso destas pessoas às instituições de ensino, pesquisa, diversão, saúde entre outras.

Este trabalho se propõe a aclarar à sociedade sobre as normas hoje existentes relacionadas à acessibilidade e as características principais que um Serviço de Saúde deve adotar para poder ser identificado como um *Hospital do futuro*.

Como estudo de caso estudou-se o atendimento ambulatorial do Hospital Universitário da Bahia um hospital reconhecido por toda a sociedade soteropolitana como um dos maiores e também de grande valor histórico.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O impedimento, a desvantagem e a incapacidade muitas das vezes deflagram o preconceito oculto pela sociedade. Diversos cidadãos com relevantes capacidades intelectuais não têm as possibilidades de conviver na sociedade devido aos impedimentos impostos pela própria cidade. A equiparação das oportunidades deve ser um alvo a ser perseguido por todos a fim de que aqueles que atualmente se encontram reclusos em seus lares possam ter condições mínimas de trabalhar, estudar, aprimorar seus conhecimentos e interagir com a sociedade.

2.1. Definições

2.1.1. Acessibilidade

Segundo a Lei Federal 10098 de 2000 a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000).

2.1.2. Mobilidade

Atributo associado às pessoas e aos bens, corresponde às diferentes respostas dadas por indivíduos e agentes econômicos às suas necessidades de deslocamento, consideradas as dimensões do espaço urbano da complexidade das atividades nele desenvolvidas (VASCONCELOS, 1996).

2.1.3. Ajudas Técnicas

Consideram-se ajudas técnicas os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa

portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida. (BRASIL, 2004)

2.1.4. Dispositivos de auto-ajuda

Todos os equipamentos que facilitam ou propiciam a realização de atividades. Entre eles: andadores, bengalas, muletas, cadeiras de rodas, órteses e próteses. (Brasil, 2004).

2.1.5. Desenho Universal

Aquele que visa atender a maior gama de variações possíveis de características antropométricas e sensoriais da população (ABNT, 2004).

2.1.6. Deficiência

Redução, limitação ou inexistência das condições de percepção das características do ambiente ou de mobilidade e de utilização das edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos, em caráter temporário ou permanente (ABNT, 2004).

2.1.6.1. Deficiência Física

Alteração 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, 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 das funções (BRASIL, 2006).

2.1.6.2. Deficiência auditiva

Perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 HZ e 3000Hz (BRASIL, 2006).

2.1.6.3. Deficiência visual

Cegueira, na qual a acuidades visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 03 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção ótica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2006)¹.

2.2. Barreiras físicas

Qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em:

2.2.1. Barreiras urbanísticas – as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público.

2.2.2. Barreiras nas edificações – as existentes no entorno e interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar.

2.2.3. Barreiras nos transportes – as existentes nos serviços de transportes, como a escassez de veículos de transporte público adaptados com rampas para o acesso de passageiros com redução de sua mobilidade.

¹ Decreto Federal 5296 de 2006 – Ministério da Justiça, artigo 5º, inciso I.

2.2.4. Barreiras nas comunicações e informações – qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos dispositivos, meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação.

2.3. A Legislação Brasileira

A saúde é descrita na Constituição Brasileira como *dever do Estado e direito do cidadão* (Brasil, 1988). Segundo Hélio Pereira Dias, em Direitos e obrigações em saúde

(...) o direito à saúde, por ser um direito inerente à própria vida do ser humano, rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços que a promovem, protegem e recuperem. (DIAS, 2004)

Segundo a Lei 10.098 de 2000, pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida é aquela que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo. (BRASIL, 2000)

As cidades constituem-se no palco das contradições econômicas, sociais e políticas. A existência de barreiras econômicas, sociais e, sobretudo, as físicas (arquitetônicas) atingem de forma mais contundente as populações mais pobres e menos protegidas, cuja circulação e acessibilidade ao espaço urbano são drasticamente reduzidas, impedindo o deslocamento de pessoas com deficiência e outras que possuem dificuldades de locomoção. Para as pessoas com restrição de mobilidade ter acessibilidade não se resume à possibilidade de entrar em um determinado local, mas na capacidade de se deslocar de maneira independente. (BRASIL, 2004 b)

No Brasil, a acessibilidade nos espaços urbanos e edificações de uso público ou de uso coletivo são legalmente garantidas por normas e legislação própria. O Plano Diretor Municipal, as legislações específicas como o Código de Obras ou Edificações, o Código de Posturas, a Lei de Uso e Ocupação, a Lei de Parcelamento do Solo e o Plano Diretor de Mobilidade Urbana constituem um conjunto de instrumentos municipais, complementares ao Decreto no 5.296 de 2004. (BRASIL, 2004 c)

Segundo a Lei Federal 10.098 de 2000, a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. (BRASIL, 2000)

Vasconcelos (1996) define mobilidade como o atributo associado às pessoas e aos bens, que corresponde às diferentes respostas dadas por indivíduos e agentes econômicos às suas necessidades de deslocamento, consideradas as dimensões do espaço urbano da complexidade das atividades nele desenvolvidas.

O artigo 4 da Lei nº 10.048 de 2000: estabelece que qualquer aprovação de projetos arquitetônicos ou urbanísticos, concessão de alvará de funcionamento e emissão de carta de “habite-se” deve ser atestado o atendimento às normas técnicas de acessibilidade, legislação específica e as regras contidas no Decreto. (BRASIL, 2000)

A Resolução da diretoria Colegiada, RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, informa que para a elaboração de Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, devem ser seguidas as orientações contidas na NBR 9050:2004 que estabelece critérios de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. (BRASIL, 2002)

Segundo a RDC 50, EAS com até dois pavimentos ficam dispensados da implantação de elevador ou rampa. Neste caso, a movimentação de pacientes ou portadores de necessidades especiais se dará por meio de escada com equipamento portátil ou plataforma mecânica tipo plano inclinado adaptado à escada. A implantação das rampas nos EAS também deve seguir os parâmetros estabelecidos pela NBR 9050. (BRASIL, 2002)

O artigo 11 do Decreto Federal nº 5.296 de 2004 resolve que nas edificações de uso público a serem construídas ou reformadas é necessário um sanitário para cada sexo em cada pavimento e, nas existentes, um sanitário acessível por pavimento, com entrada independente. Já o artigo 3 da Lei nº 10.098 de 2000, regula que quaisquer tipos de projetos arquitetônicos ou urbanísticos concebidos ou implantados pelo poder público ou privado, bem como reformas e ampliações de estruturas já existentes, devem ter como referências básicas as normas técnicas de acessibilidade, legislação específica e as regras contidas no

Decreto, isto inclui as edificações dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. (BRASIL,2004)

No que tange às reformas ou restaurações de prédios históricos ou tombados pelo Patrimônio Nacional o decreto Federal 5296 em seu Art. 30 descreve que as soluções destinadas à eliminação, redução ou superação de barreiras na promoção da acessibilidade a todos os bens culturais imóveis devem estar de acordo com o que estabelece a Instrução Normativa nº 1 do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN, de 25 de novembro de 2003.

Segundo a Instrução normativa nº 1 do IPHAN, as intervenções poderão ser promovidas através de modificações espaciais e estruturais; pela incorporação de dispositivos, sistemas e redes de informática; bem como pela utilização de ajudas técnicas e sinalizações específicas, de forma a assegurar a acessibilidade plena sempre que possível, devendo ser legíveis como adições do tempo presente, em harmonia com o conjunto. Cada intervenção deve ser considerada como um caso específico, avaliando-se as possibilidades de adoção de soluções em acessibilidade frente às limitações inerentes à preservação do bem cultural imóvel em questão. Bem cultural é o elemento que por sua existência e característica possua significação cultural para a sociedade – valor artístico, histórico, arqueológico, paisagístico, etnográfico – seja individualmente ou em conjunto. (BRASIL, 2003)

Finalmente, o artigo 11 do Decreto Federal nº 5.296 de 2004, estabelece que os profissionais de arquitetura, engenharia e áreas correlatas da prefeitura deverão assinar a Anotação de Responsabilidade Técnica – ART, junto às entidades de fiscalização profissional, declarando que seus projetos atendem as normas de acessibilidade. (BRASIL, 2004)

2.3.1. Decreto Federal 5296 de 02 de dezembro de 2004

O Decreto Federal 5296 foi publicado no dia 02 de dezembro de 2004 com a assinatura do presidente da República Federativa do Brasil.

Ficam sujeitos ao cumprimento das disposições deste Decreto a aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte

coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva; a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar.

O artigo 11 do Decreto regula que a construção, reforma ou ampliação de edificações de uso público ou coletivo, ou a mudança de destinação para estes tipos de edificação, deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Ainda no artigo 19 há a informação de que qualquer construção, ampliação ou reforma de edificações de uso público deve garantir, pelo menos, um dos acessos ao seu interior, com comunicação com todas as suas dependências e serviços, livre de barreiras e de obstáculos que impeçam ou dificultem a sua acessibilidade.

O § 1º do artigo 19 esclarece que no caso das edificações de uso público já existentes, será adotado o prazo de trinta meses a contar da data de publicação do Decreto para garantir acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

2.3.2. ABNT NBR: 9050 de 1992

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o Fórum Nacional de Normalização. A ABNT NBR 9050 foi elaborada no Comitê Brasileiro de Acessibilidade (ABNT/CB-40), pela Comissão de Edificações e Meio (CE-40:001.01).

Esta Norma 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 e visa proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos.

Segundo o item 1.3.1 Todos os espaços, edificações, mobiliário e equipamentos urbanos que vierem a ser projetados, construídos, montados ou implantados, bem como as

reformas e ampliações de edificações e equipamentos urbanos, devem atender ao disposto na Norma para serem considerados acessíveis.

A respeito de reformas realizadas nos ambientes o item 1.3.2 descreve que edificações e equipamentos urbanos que venham a ser reformados devem ser tornados acessíveis. Em reformas parciais, a parte reformada deve ser tornada acessível.

2.3.3. Resolução da Diretoria Colegiada RDC-ANVISA nº 50

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC/Anvisa n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 é a norma que regulamenta o planejamento físico e a inspeção de todos os estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS). A Norma tem como foco principal proporcionar a descentralização das decisões de planejamento e projeto, que por meio de equipe multidisciplinar efetuará a programação do novo estabelecimento de saúde. A RDC não pretende estabelecer uma tipologia de EAS, nem tampouco programas arquitetônicos pré-definidos. Seu objetivo é permitir a projeção e a avaliação de qualquer EAS. Ela apresenta regras flexíveis para o planejamento de redes físicas e para a elaboração de projetos de EAS.

A Resolução é fonte de consulta para projeção de novos estabelecimentos e para a avaliação de projetos físicos e é utilizada pela vigilância sanitária (em conjunto com outras normas específicas) para a análise dos projetos e emissão de parecer técnicos.

Os novos EAS devem respeitar os conceitos apresentados pela norma tanto nos projetos novos quanto nas áreas a serem ampliadas de EAS existentes, assim como nas reformas de estabelecimentos já existentes e aqueles anteriormente não destinados a atividades de saúde.

A Resolução é dividida em três partes. A primeira parte apresenta os parâmetros para a elaboração de um projeto físico de EAS. A segunda apresenta os programas físico-funcionais dos estabelecimentos de saúde; a sua organização funcional, as dimensões mínimas de cada ambiente e finalmente a quantificação e os pontos de instalação dos ambientes. A terceira parte traz os critérios para projeto de EAS, como as circulações externas e internas, as condições ambientais de conforto, as condições ambientais de

controle de infecção, as instalações prediais ordinárias e especiais e as condições de segurança contra incêndio.

A RDC ainda esclarece os critérios para elaboração de projetos físicos: os documentos exigidos para análise por parte da Vigilância Sanitária Local, o projeto básico de arquitetura, o relatório técnico contendo o memorial sucinto do projeto de arquitetura, a listagem das atividades, as especificações dos materiais, a descrição das soluções adotadas para abastecimento de água, destinação do esgoto, dos resíduos sólidos e suprimento de energia.

A Resolução fornece às Vigilâncias Sanitárias as condições básicas de análise dos projetos apresentados para posterior emissão do parecer técnico, que deve contemplar entre outras coisas a adequação do projeto de arquitetura as atividades propostas, a funcionalidade do edifício, a adequação do dimensionamento dos ambientes, as instalações ordinárias e especiais, as especificações dos materiais.

Para uma obra nova, a aplicação da resolução deve ser total.

Em reformas devem ser privilegiados os fluxos e a solicitação de documentação complementar. Sempre devem ser solicitadas as planta com *lay-out* dos equipamentos e a declaração do projetista de como estão sendo supridas as não conformidades. Apenas após de definidas as atribuições, atividades e sub-atividades que o estabelecimento irá executar é que se deve proceder a elaboração do projeto arquitetônico que deve começar pela definição do programa arquitetônico.

A RDC ainda apresenta parâmetros relativos às condições ambientais de conforto higrotérmico e qualidade do ar, acústico, luminoso a partir de luz natural e para o controle de infecções define as barreiras físicas por meio de ante-câmaras, vestiários e sanitários de barreira conforme a necessidade da atividade.. Ainda para o controle de infecção são previstos os fluxos de trabalho das unidades funcionais que exigem seqüência pré-definida.

A RDC ainda apresenta as instalações prediais ordinárias e especiais para cada atividade desenvolvida pelo EAS.

A RDC foi elaborada após a publicação da ABNT NBR: 9050 de 1992 e justamente devido a este fato inseriu em seu corpo as informações pertinentes à acessibilidade descritos na NBR, como é o caso da adaptação dos sanitários, que conforme descrito na tabela Unidade Funcional 8 apoio logístico, atividade 8.6.1 – banheiro para

paciente interno, descreve as características de um banheiro adaptado para deficientes. Ainda na Resolução encontra-se a informação em sua parte III, capítulo 4 – circulações Internas e Externas sobre a proporção de vagas para deficientes físicos a cada 100 vagas de estacionamento. A inclinação da rampa adotada na RDC é a mesma descrita pela ABNT NBR: 9050.

2.4 – O Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES

O Hospital Universitário Professor Edgar Santos foi inaugurado no ano de 1948 e recebeu este nome devido a seu idealizador o professor Edgard Santos. O professor Edgard Santos foi quem liderou o processo de construção do Hospital das Clínicas. Cirurgião, catedrático de Patologia Cirúrgica já em 1928, aos 30 anos, tornou-se diretor da Faculdade de Medicina no período de 1936 a 46, vindo a ser reitor da UFBA de 46 a 1961. Edgard Santos foi mais do que um cientista com visão do futuro. Em 1938, depois de uma campanha de quase 20 anos, coube a Edgard Santos lançar a pedra fundamental do Hospital das Clínicas. Um hospital universitário concebido e planejado dentro dos padrões mais avançados para a época, sobretudo na arquitetura hospitalar e na formação de quadros de recursos humanos de nível superior. Depois de 11 anos de construção, o hospital foi inaugurado no final de 1948, dando condições para a criação da Escola de Enfermagem da UFBA. Nos anos 50, a Bahia viveu uma fase de grande progresso representado sobretudo pela exploração de petróleo e pela efervescência cultural, cujo centro era a UFBA. Esses foram também os melhores anos do Hospital e se estenderam até o final da década de 60.

O Hospital Universitário Professor Edgard Santos tem mais de 30 mil m², 256 leitos, 153 médicos, 107 enfermeiras, 1.298 funcionários, 163 professores de Medicina, 842 estudantes de graduação, 80 de pós-graduação e 116 médicos residentes. Atende, em média, a mais de 500 pacientes por dia em seus ambulatórios. No Centro Cirúrgico são realizadas cerca de 4.800 cirurgias por ano.

O HUPES tornou-se um centro de referência para a Medicina da Bahia e de todo o Norte e Nordeste. (www.hupes.ufba.br)



Foto 1. Fachada Principal do Hospital. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

3. Material e Método

3.1. População e Amostra

A pesquisa foi realizada no atendimento ambulatorial do Hospital Universitário Professor Edgard Santos por meio de visita, entrevista e análise do projeto arquitetônico cedido pela gerência de arquitetura do hospital.

3.2. Material

Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, não diretivas aos profissionais do Complexo Hospitalar e, posteriormente elaborados lay-outs propondo possíveis soluções para a o EAS visitado.

O modelo utilizado na entrevista está apresentado no quadro abaixo. Os nomes dos profissionais entrevistados foram substituídos na tabulação dos resultados deste Trabalho por suas respectivas funções a fim de resguardar a privacidade dos mesmos.

3.2.1. Modelo da entrevista aplicada

1	Nome	
2	Profissão ou Formação	
3	Área em que desempenha as atividades	
4	Há quanto tempo trabalha no HUPES:	
5	Há registro de ocorrência de acidente e/ou queda no último ano por usuários, pacientes ou funcionários no local do atendimento ambulatorial?	Recentemente: () SIM () NÃO Último ano: ()SIM ()NÃO Últimos 5 anos: ()SIM ()NÃO
6	Houve reforma no atendimento ambulatorial nos últimos 5 anos a fim de atender aos pacientes com dificuldade de locomoção?	() sim () não () não sabe

7	A seu ver como é a sinalização do atendimento ambulatorial? (presença de placas indicativas)	()ótima () muito boa () boa ()regular () insuficiente () não há
8	O sistema de som do hospital informa aos pacientes do ambiente ambulatorial sobre o seus atendimentos?	() otimamente bem () muito bem () bem ()regular () insuficiente () não existe
9	Algum paciente já ficou perdido sem encontrar o consultório que deveria ser atendido por ausência ou escassez de sinalização?	()raramente ()freqüentemente ()Nunca () Sempre
10	Como um paciente com alguma deficiência física (deficiência visual, auditiva ou de locomoção) recebe assistência ao adentrar ao atendimento ambulatorial?	()otimamente bem () muito bem () bem ()regular () insuficiente
10.1	Como se dá esta assistência? Pode descrevê-la? <hr/>	

A autora comprometeu-se a disponibilizar para o serviço visitado um exemplar da monografia apresentada como requisito para aprovação no curso de especialização, que poderá também ser aproveitada pelo serviço como fonte inspiradora para futuras reformas e adaptações do EAS.

3.3. Métodos

A metodologia adotada para realização do trabalho de pesquisa obedeceu a duas fases: a primeira, pautada na pesquisa documental na qual foram levantadas normas brasileiras, literatura específica, legislação internacional relativa a Acessibilidade. Foram considerados como critério de seleção os textos produzidos nos últimos 10 anos e a legislação e normatização brasileira dos últimos cinco anos;

Na segunda fase, pautada em pesquisa de campo, foi visitado o atendimento ambulatorial do Complexo Hospitalar professor Edgard Santos, conhecido como Hospital Universitário de Salvador. Durante o estudo observacional foi efetuado um levantamento fotográfico da Unidade estudada, e foram registradas em relatório as características físicas dos espaços visitados.

3.4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram tabulados, suas informações foram transferidas para gráficos que conferem mais facilidade de interpretação dos questionamentos realizados.

3.4.1 Pesquisa de campo: O hospital Universitário de Salvador

A visita ao atendimento ambulatorial do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, ocorreu na tarde do dia 17 de outubro de 2007. A administradora do atendimento ambulatorial antes de iniciar a visita explicou como funcionam os serviços que, no caso específico deste hospital, são realizados mediante marcação prévia. Não há serviços de emergência, apenas atendimentos pré-agendados.

O atendimento ambulatorial está atualmente implantado em 3 andares divididos nas alas 1 e 2. O acesso aos pavimentos pode ser realizado por meio de rampas e de elevadores.

Para racionalizar o atendimento aos pacientes as diferentes especialidades são atendidas em dias da semana previamente estipulados. A instituição fornece ao paciente uma lista na qual são discriminadas as informações relativas aos locais de atendimento de

cada especialidade, assim como os dias, os turnos de atendimento e finalmente os ramais telefônicos.

O roteiro utilizado para visita ao atendimento ambulatorial contemplou as informações relativas a pisos, rampas, larguras dos corredores, banheiros (área de transferência) e outras relacionadas à acessibilidade, conforme o formulário encontrado no item: anexos.

A chegada ao atendimento ambulatorial não foi fácil. A falta de sinalização e o desconhecimento da cidade fizeram com que a pesquisadora se dirigisse originariamente à recepção geral do prédio, para então ser redirecionada para o prédio que distava do Hospital Geral cerca de 300 metros. (foto 2)



Foto 2. Entrada principal. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

A entrada ao estabelecimento é realizada por meio de pavimentação por blocos de pedra e cimento em desnível (foto 3).



Foto 3. Piso da entrada principal do EAS. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Na entrada existe centralizada uma árvore frondosa que limita a visão da placa indicativa do Atendimento ambulatorial (foto 4). Nota-se pela foto que pela mesma entrada é realizado o acesso de veículos e transeuntes.



Foto 4. Acesso principal. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

O piso dos ambientes internos do estabelecimento está em bom estado de conservação e atende às normas. Trata-se de um piso industrial de alta resistência na cor cinza (foto 5).



Foto 5. Piso industrial. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Nas rampas do estabelecimento o piso utilizado era o de borracha de goma na cor preta. Além de estar em estado de manutenção desfavorável ao transeunte devido estar gasto, com diversas falhas entre suas emendas e desgastado pelo uso, não é constituído de material adequado ao tráfego pesado que recebe. (foto 6)



Foto 6. Piso das rampas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

O guarda corpo nas rampas apenas desenvolve-se em uma das laterais e está instalado na altura de 0,90 com do piso. (foto 7). É constituído de material metálico (grelhas e moldura), todavia não se desenvolve em toda extensão da rampa.



Foto 7. Guarda corpo das rampas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Da mesma forma que as rampas, as escadas apenas possuem corrimão em uma das extremidades. (foto 8). Este corrimão é constituído por madeira fixada à parede. A altura desta barra de apoio é de 0,90 cm.



Foto 8. Corrimão das escadas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

A maior parte dos corredores apresentava a largura de 2,00 m, dimensão suficiente para a passagem de macas, cadeiras de rodas e transeuntes com tranquilidade. (foto 9) Notou-se contudo que a chegada às recepções alocadas no hall de cada pavimento estava muito próxima (0,25 m) do lance da rampa, o que ocasiona a concentração de pacientes na chegada da circulação vertical. (foto 10)



Foto 9. Largura dos corredores. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007



Foto 10. Proximidade da rampa das cadeiras das esperas descentralizadas. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Em alguns dos corredores de passagem foram instaladas esperas para algumas das clínicas, comprometendo a área de circulação a estes ambientes. (foto 11)



Foto 11. Circulações transformadas em espera. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Os sanitários do EAS em sua maioria apresentavam área suficiente para a manobra dos cadeirantes. Verificou-se ainda que a largura das portas dos sanitários era de 0,80 cm. (foto 12). No entanto não existem os recursos de transferência – barras de apoio.



Foto 12. Sanitários com área de transferência suficiente. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Não existe no estabelecimento sistema de sonorização. O atendimento é realizado hoje por meio da chamada nominal, tanto na triagem, quanto nas diversas recepções aos ambulatórios espalhados pelos pavimentos do EAS.

Além da rampa que dá acesso aos pavimentos do prédio, também existem elevadores que não dispõem de sistema de sonorização e nem botões táteis para deficientes visuais. (foto 13).

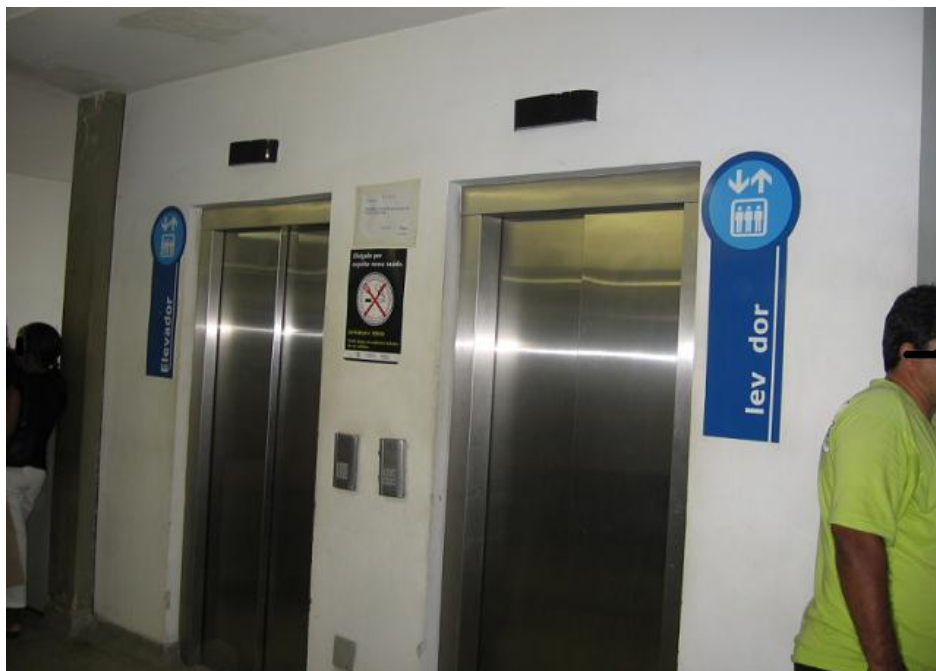


Foto 13. Elevadores – Ausência de recursos para deficientes visuais. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

A sinalização visual do EAS foi feita por meio da adoção de diversas cores para facilitar a locomoção dos pacientes. Cada pavimento e cada Ala em especial recebeu pintura diferenciada. (foto 14) Contudo não há referência na triagem inicial dos ambulatórios discriminados por suas respectivas cores, o que facilitaria a orientação dos pacientes.



Foto 14. Uso de cores nos pavimentos - sinalização. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Cada consultório também recebeu identificação por meio de placas coloridas de cartolina. (foto 15) Todavia não foi implantado o sistema tátil em nenhum dos ambientes do EAS.



Foto 15. Sinalização dos consultórios. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Hoje no estabelecimento não há fila diferenciada para portadores de necessidades especiais, estes pacientes são encaminhados pelos vigilantes para atendimento prioritário na recepção. (16)



Foto 16. Espera comum a todos os pacientes. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Segundo funcionários, os pacientes cadeirantes são atendidos nos consultórios em suas próprias cadeiras o que não comprometeria a saúde dos técnicos de enfermagem na transferência destes para as macas, que em outros EAS têm gerado diversas queixas de funcionários por desenvolver doenças relativas ao movimento repetitivo - DORT. (foto 17).



Foto 17.Consultório médico. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Entrevista

Foram entrevistadas quatro funcionárias do estabelecimento, duas de nível superior – administradora hospitalar e arquiteta, uma de nível médio – auxiliar de enfermagem e um de nível básico – recepcionista, três das quais já trabalhavam no estabelecimento há mais de 10 anos.

4.1.1. Tabulação das respostas

As entrevistas aos profissionais do serviço visitado foram realizadas com o intuito de averiguar como os funcionários vêem o estabelecimento de saúde no que diz respeito a acessibilidade. Por meio das entrevistas e das constatações verificadas “in loco” pela pesquisadora foram realizadas as propostas de adequação dos ambientes às necessidades dos portadores de necessidades especiais. Os questionários com as respostas dos entrevistados estão no capítulo: Anexos.

As questões de 1 a 4 apenas levantam informações relativas a identificação dos funcionários e suas áreas de atuação. As tabulações foram realizadas a partir da questão 5.

Questão 5:

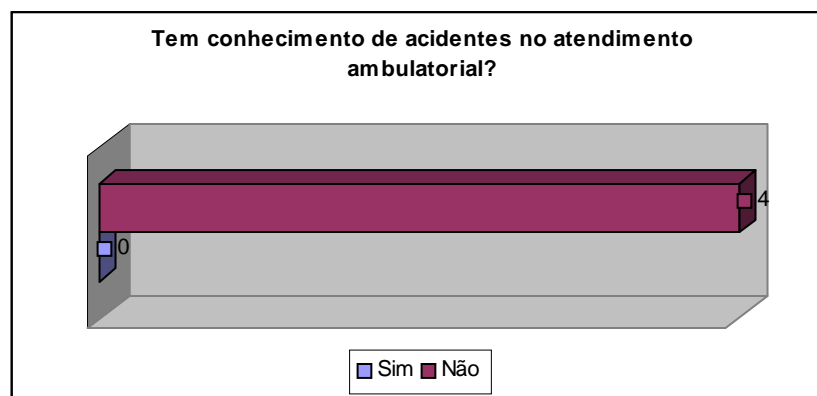


Gráfico 1. Acidentes no atendimento ambulatorial

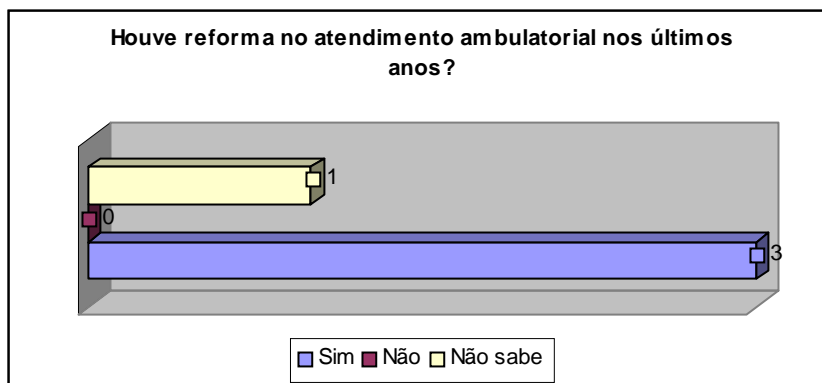
Questão 6:

Gráfico 2. Reformas no atendimento ambulatorial

Comentários:

- Reformas nos ambientes de dermatologia,
- Reformas nos ambientes: fisioterapia, otorrino, fonoaudiologia
- Reforma na rampa.

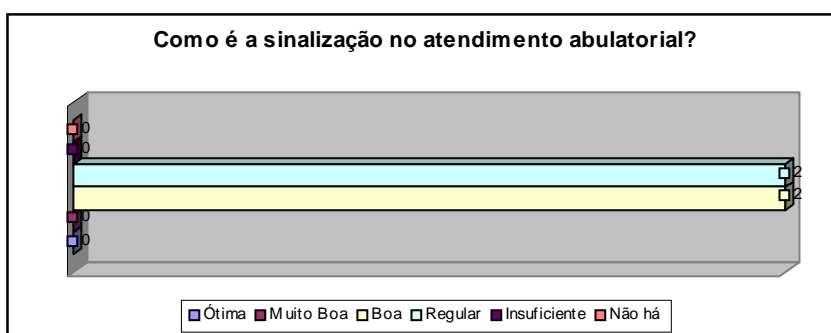
Questão 7:

Gráfico 3. Sinalização no atendimento ambulatorial

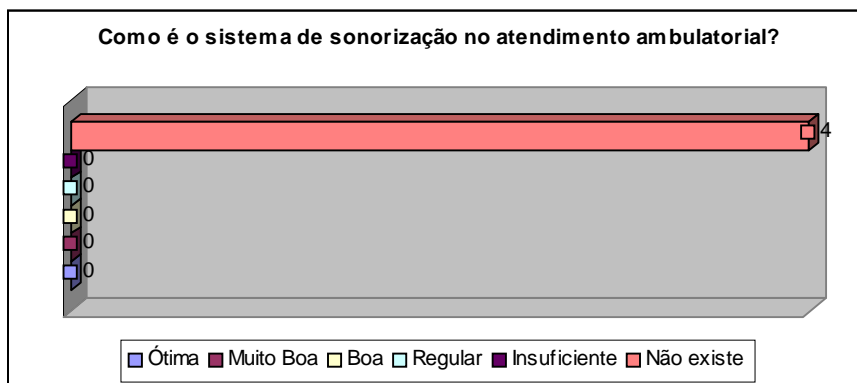
Questão 8:

Gráfico 4. Sistema de sonorização no atendimento ambulatorial

Comentários:

1 - A chamada é realizada nominalmente.

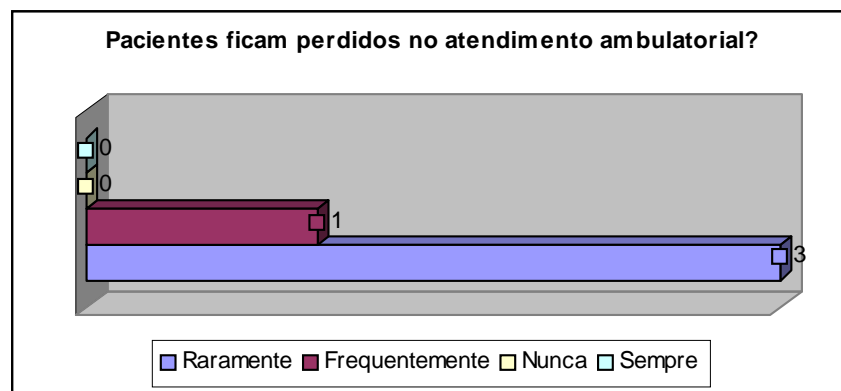
Questão 9:

Gráfico 5 . Localização geográfica dos pacientes no atendimento ambulatorial

Comentários:

- a) Por não saber ler.
- b) Por não ser alfabetizado (não ler)

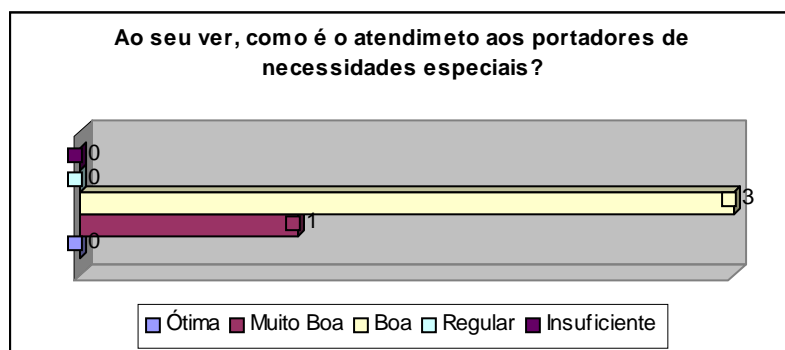
Questão 10:

Gráfico 6. Atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais no atendimento ambulatorial

Comentários:

1 - Desde a portaria, o paciente é recepcionado e encaminhado para a triagem. No caso de paciente portador de deficiência física é solicitado que seu acompanhante siga com ele durante todo o trajeto realizado no atendimento ambulatorial.

2 - Recebe apoio do corpo de enfermagem. O paciente com deficiência é recepcionado pelo vigilante do Estabelecimento, que o encaminha à recepção. Na recepção ele é amparado pela equipe de enfermagem que inclusive solicita a permanência de seu acompanhante durante a consulta ambulatorial.

3 - O paciente é recepcionado na portaria pelo atendimento de segurança que o encaminha à triagem

4 - O segurança encaminha o paciente para o balcão de recepção que, então, o direciona ao ambulatório no qual será atendido.

4.2. Possíveis adaptações

A visita ao atendimento ambulatorial do HUPES demonstrou a realidade da maioria dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde edificados em período anterior às normas de acessibilidade. O fluxo percorrido pelo paciente desde a entrada até a chegada aos consultórios verificou-se a ausência de soluções arquitetônicas para contemplar a população com deficiência física.

→ A entrada do atendimento ambulatorial além de estar em via de grande tráfego de veículos não possui sinalização visível desde seu portão sobre que Estabelecimento se refere. A placa indicativa do atendimento ambulatorial apenas é visível após a entrada do transeunte pelo portão do prédio. (foto 2).

Adaptação 1 – Implantação de Placa indicativa no portão principal.

→ O piso da entrada principal é rugoso (foto 3) e apresenta desníveis que podem promover a queda dos pacientes e acompanhantes, mesmo aqueles que não sofrem de dificuldades do aparelho locomotor.

Adaptação 2 – retirada da atual pavimentação e instalação de piso de alta resistência apropriado para áreas externas sem contudo possuir reentrâncias ou saliências.

→ Não há diferenciação no hall e na espera para pacientes idosos, grávidas ou portadores de necessidades especiais. (foto 16)

Adaptação 3 – Implantação de fila específica para esta população, além da implantação de placa indicativa dos serviços oferecidos pelo estabelecimento. A chamada audível por meio de sistema de sonorização facilitará o atendimento de portadores de deficientes visuais.

→ O atendimento no serviço é realizado por meio de marcações prévias, que podem ser realizadas pelo telefone. As diversas clínicas atendem em dias e horários pré-estabelecidos.

Adaptação 4 – Ainda na área externa da edificação implantar placa indicativa do telefone do estabelecimento pelo qual as consultas podem ser agendadas, assim como a indicação dos atendimentos oferecidos pelo serviço com seus dias e horários pré-determinados.

→ Apesar da instalação de tótems e cartazes com cores distintas para a discriminação das diversas clínicas do ambulatório, não há correlação destas cores na recepção do serviço. (foto 14)

Adaptação 5 – Implantar na recepção quadro indicativo correlacionando às cores utilizadas em cada pavimento aos respectivos atendimentos de saúde.

→ As rampas do serviço possuem largura e inclinação condizentes com as atuais legislações, contudo o piso em plastigoma e a ausência de corrimão em toda a sua extensão dificultam a circulação dos pacientes e funcionários com mobilidade reduzida. (fotos 6 e 7)

Adaptação 6 – Trocar o atual revestimento por um piso de alta resistência sem ressalto, saliências ou reentrâncias e a instalação de corrimão em toda extensão da rampa nas duas laterais desta.

→ Da mesma forma que as rampas, as escadas também possuem corrimãos apenas em uma de suas laterais. (foto 8)

Adaptação 7 – Instalar corrimão em toda extensão da escada nas duas laterais.

Situação atual:



Foto 18. Escada. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

→ Os banheiros vistoriados no dia da visita possuíam área suficiente para a entrada e manobra para cadeirantes, no entanto, não apresentavam barras de segurança para sua transposição. (foto 12)

Adaptação 8 - A instalação de barras de segurança nos sanitários.

Situação atual:



Foto 19. Sanitário atual. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Situação proposta:



Foto 20. Banheiro adaptado- barras. Fonte: www.mercur.com.br

→ A largura dos corredores era suficiente para a passagem simultânea de paciente em cadeira de rodas ou macas, todavia não foram implantadas em suas laterais as barras de segurança. (foto 9)

Adaptação 9 – A instalação de barras de segurança nos corredores de passagem.

→ Notou-se durante a visita, que em alguns dos corredores era realizada a espera para o atendimento a algumas das clínicas (foto 11). Ainda percebeu-se que em alguns dos andares a área do patamar da rampa de acesso foi invadida pela colocação de cadeiras de espera (foto 10). Em ambos os casos a mobilidade dos pacientes e acompanhantes ficou comprometida, o que pode inclusive trazer riscos de queda aos transeuntes.

Adaptação 10 – Promover a retirada das cadeiras nas áreas de circulação da rampa e a retirada das esperas nos corredores de passagem.

→ Apesar da informação por técnica de enfermagem de que o paciente portador de deficiência no aparelho locomotor é atendido em sua própria cadeira de rodas, verificou-se no consultório de atendimento a existência de trilho no piso para o fechamento da porta sanfonada (foto 17). Este trilho além de acumular poeiras de difícil limpeza pela equipe de serviços gerais também pode ocasionar quedas por parte dos pacientes que possuem dificuldades de locomoção.

Adaptação 11 – Retirada dos trilhos nos pisos que, além de dificultar a limpeza dos ambientes, também podem ocasionar quedas por parte de pacientes idosos, com dificuldades visuais ou portadores de deficiência do aparelho locomotor.

→ Notou-se durante a visita que as maçanetas das portas são do modelo bola, o que além de dificultar a entrada da equipe de enfermagem no caso de portarem bandejas também dificultam a entrada de pacientes e acompanhantes com dificuldades no aparelho locomotor.

Adaptação 12 – Troca das maçanetas de bola pelo modelo alavanca e quando não afetar a integridade dos serviços realizados, implantar visores nas respectivas portas.

Situação atual:



Foto 21. Porta – maçaneta atual. Fonte: A autora em 17 de outubro de 2007

Situação proposta:



Foto 22. Porta – maçaneta proposta. Fonte: A autora. Arquivo técnico

4.3. Planta Baixa do Pavimento Térreo



Figura 1 – Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial Fonte: Cedido pelo HUPES

4.3.1. Planta atual do térreo

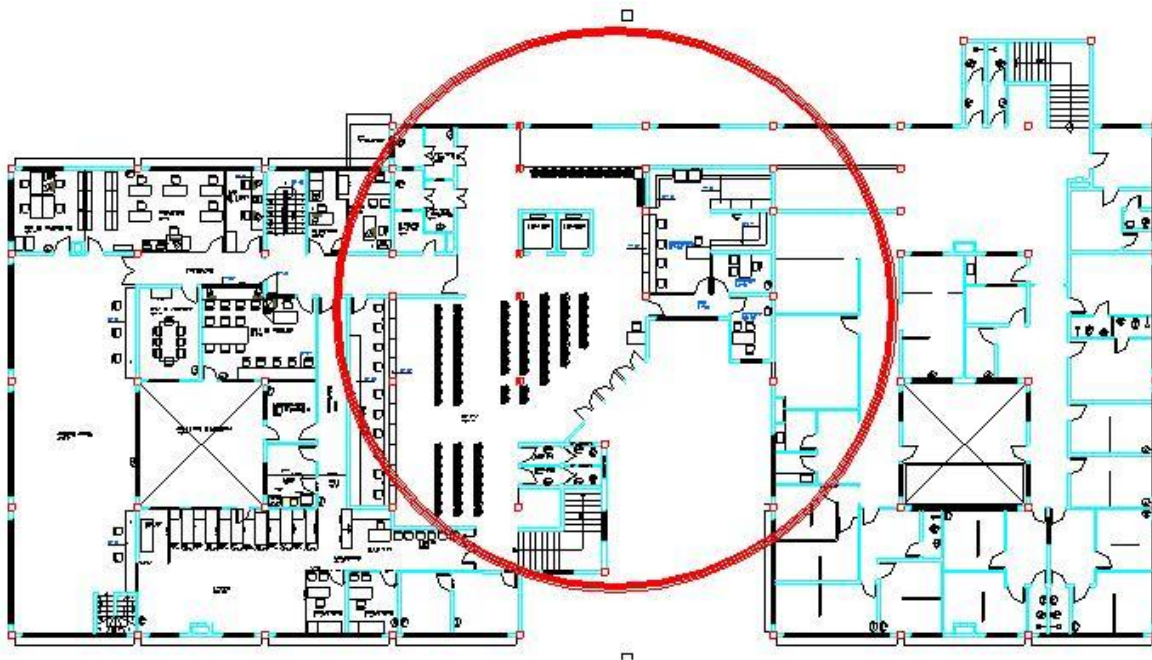


Figura 2 – Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, área de pesquisa. Fonte: Cedido pelo HUPES

4.3.1.2. Área de propostas

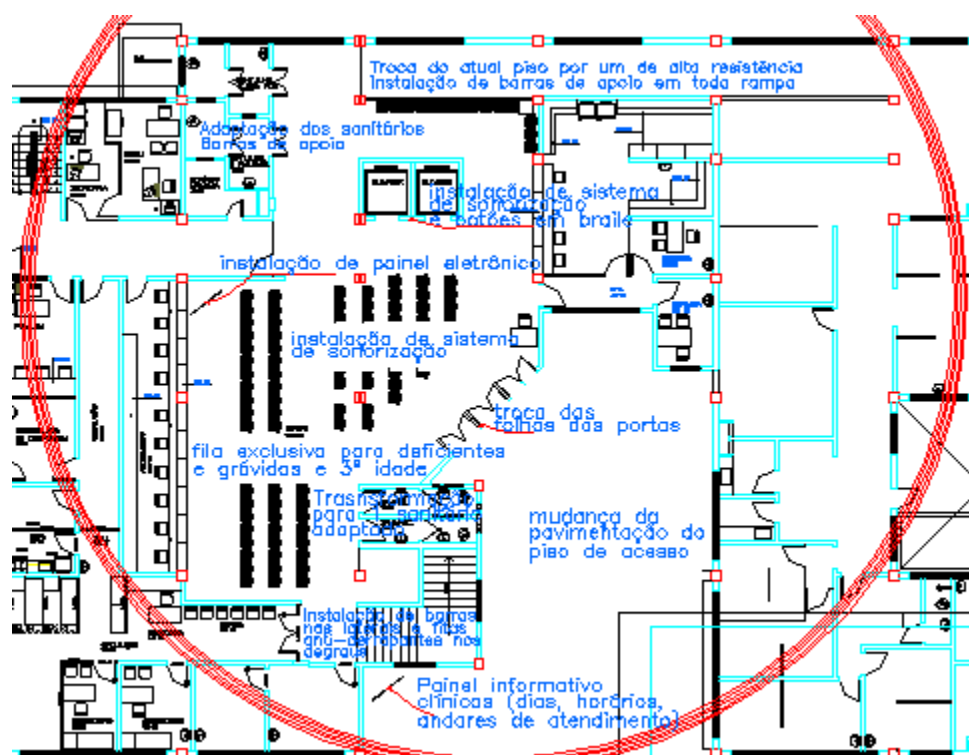


Figura 3– Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, propostas. Fonte: Cedido pelo HUPES. Alterações da autora.

4.3.2. Pavimento Tipo

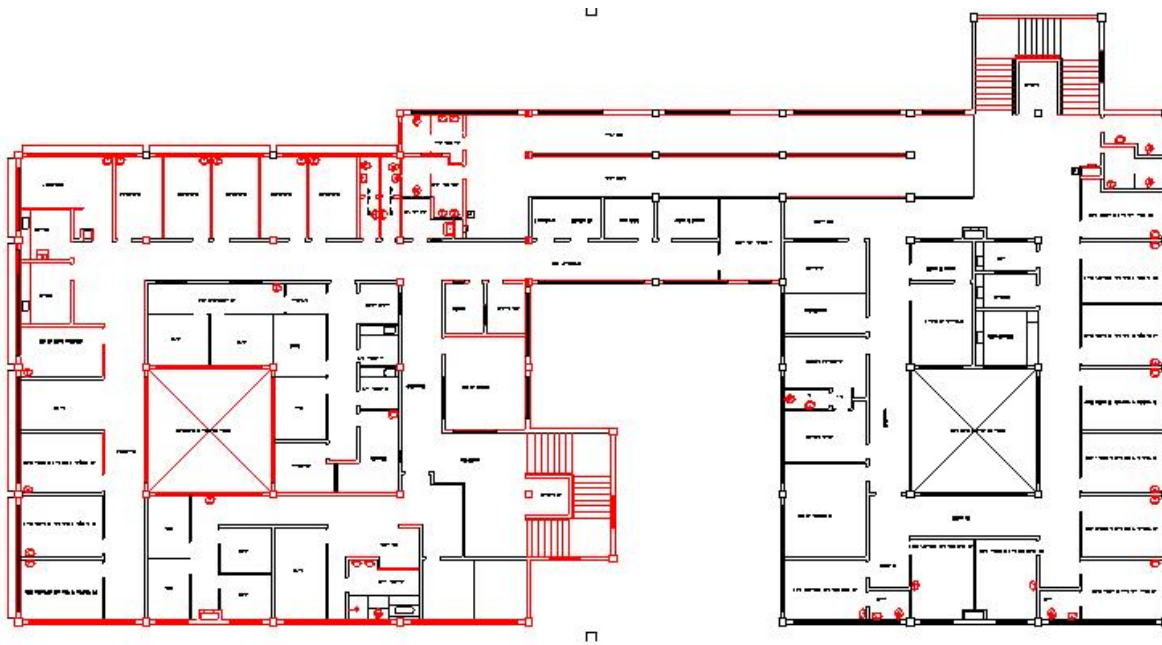


Figura 4 – Planta baixa do pavimento tipo do atendimento ambulatorial. Fonte: Cedido pelo HUPES

4.3.2.1. Área de propostas no pavimento tipo

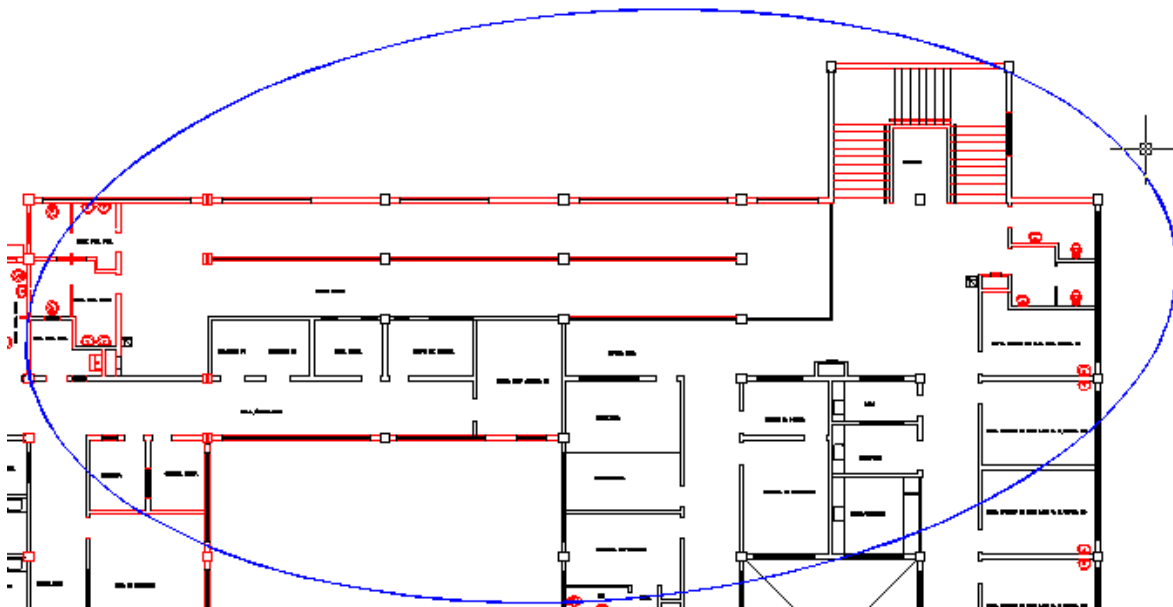


Figura 5 – Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, área de pesquisa.

Fonte: Cedido pelo HUPES

4.3.2.2. Alterações propostas

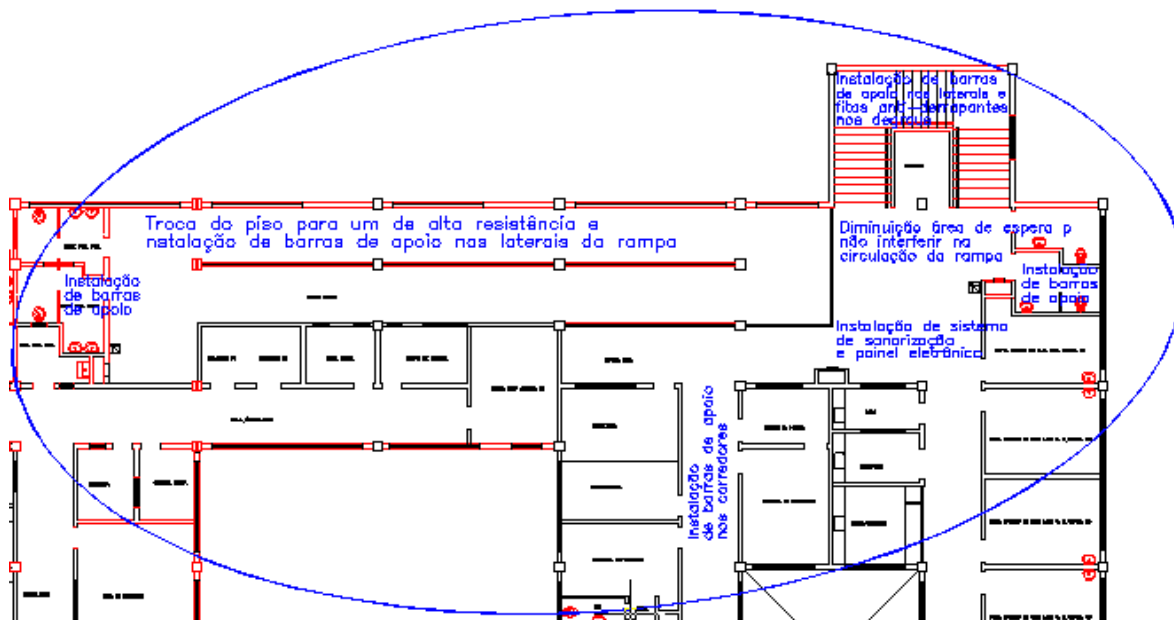


Figura 6 – Planta baixa do pavimento térreo do atendimento ambulatorial, alterações propostas.. Fonte: Cedido pelo HUPES. Alterações da autora

4.4 – Croquis

4.4.1 – Instalação de corrimãos

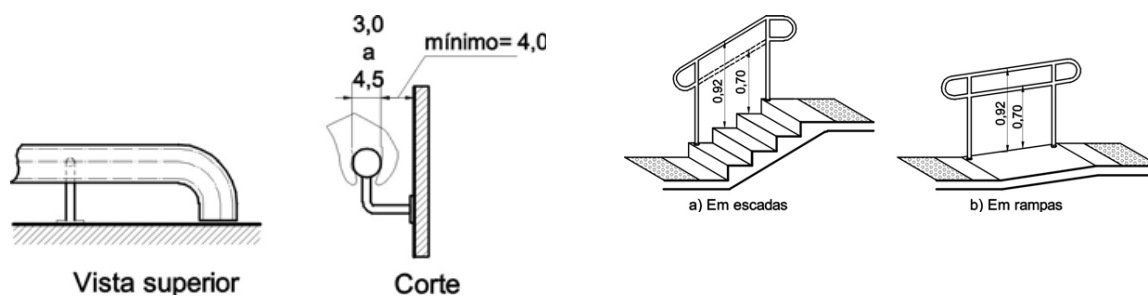


Figura 7 – Vistas . Fonte: ABNT: NBR 9050.

Figura 8 – Em corte. Fonte:

ABNT: NBR 9050

4.4.2 – Alturas de comandos e controles

Interruptor	Campainha e Acionador manual (alarme)	Tomada	Interfone, telefone e atendimento automático	Quadro de luz	Comando de aquecedor	Registro de pressão	Comando de janela	Maçaneta de porta	Dispositivo de inserção e retirada de produtos	Comando de Precisão	
											1,20 (Máx.)
											1,00
											0,80
											0,60
											0,40 (Min.)
											0,00

Figura 9 – Alturas de comandos e controles. Fonte: ABNT: NBR 9050

4.4.3 – Sinalização nas portas dos banheiros e sanitários

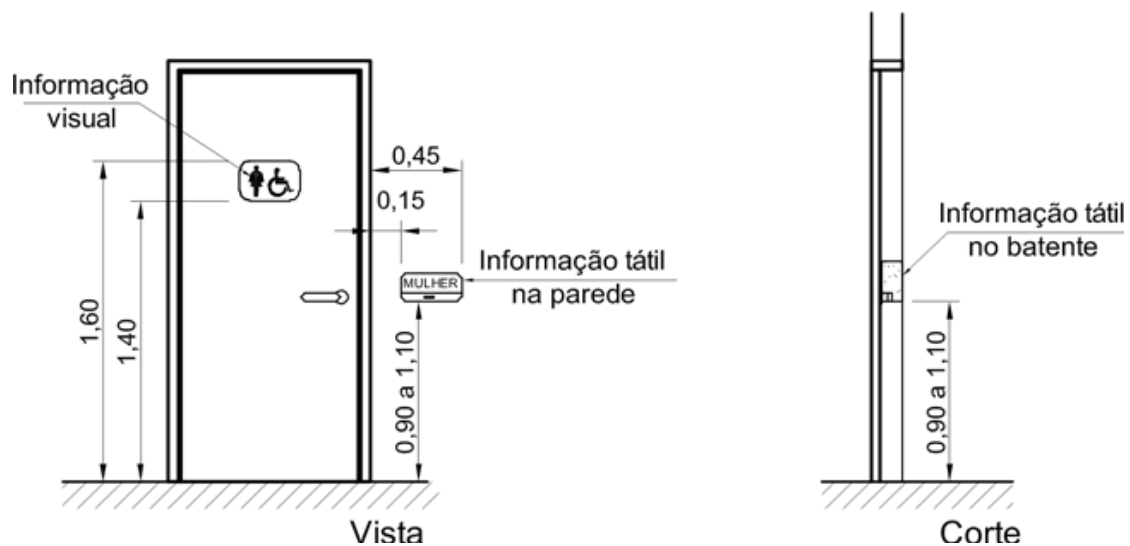


Figura 10 – Sinalização visual e tátil nas portas dos banheiros e sanitários. Fonte: ABNT: NBR 9050

4.4.5 – Portas nos atendimentos

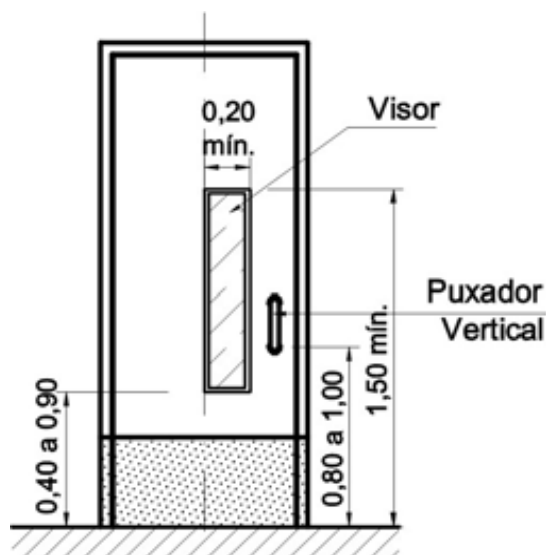


Figura 11 – Portas nos atendimentos. Fonte: ABNT: NBR 9050

4.4.4 – Sinalização tátil nos degraus

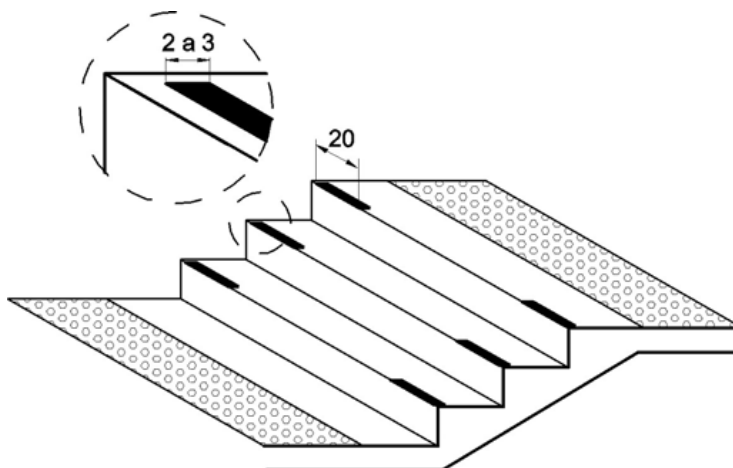


Figura 12 – Sinalização tátil nos degraus. Fonte: ABNT: NBR 9050

4.4.6 – Sanitários

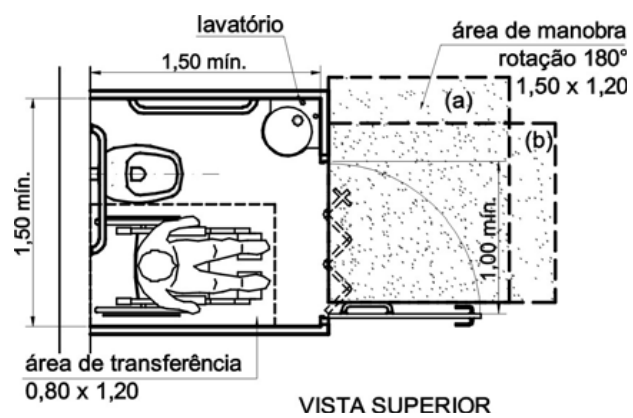
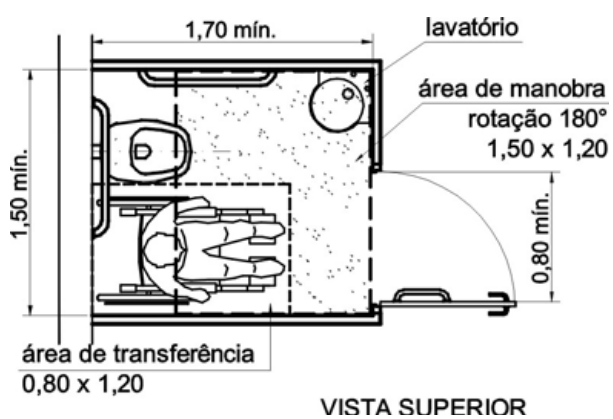


Figura 13– Transferência interna Fonte: NBR 9050.

Figura 14 - Transferência externa

Fonte: NBR 9050

4.4.7 – Instalação das barras de apoio junto às bacias sanitárias

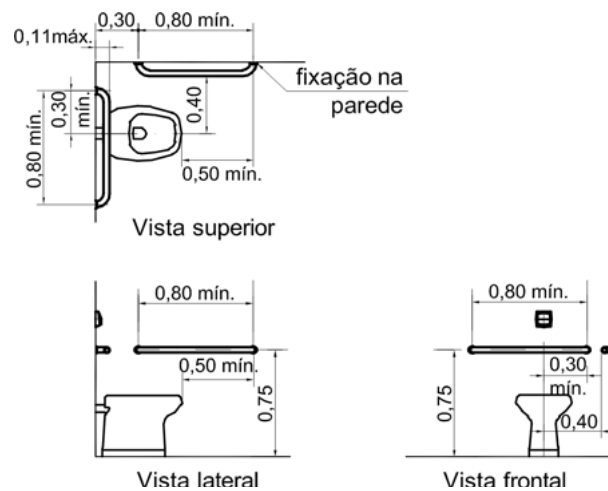


Figura 15 – barras de apoio Fonte: ABNT: NBR 9050

5. Conclusões

Apesar da existência de normas que regulamentam a edificação e reforma dos estabelecimentos de saúde públicos e privados no que diz respeito ao acesso de portadores de deficiência, poucos são os que já incorporaram em seus projetos físicos de reforma e ampliação as características exigidas por lei.

Nos EAS novos a preocupação em cumprir o que foi regulamentado é notória posto que os órgãos de fiscalização que liberam o alvará sanitário e a licença para seu funcionamento exigem soluções para o acesso livre à toda população estejam presentes no desde o projeto arquitetônico para sua então liberação.

O atendimento ambulatorial do HUPES possui áreas e características arquitetônicas favoráveis às recomendações das normas de acessibilidade.

As entrevistas comprovaram que apesar de não possuir todas as características de um edifício acessível, o procedimento operacional dos funcionários busca minimizar estas falhas.

As modificações propostas para sua adequação são de simples solução e beneficiarão não somente a circulação de portadores de necessidades especiais assim como a todo o funcionamento do serviço de saúde que terá melhor desempenho e poderá prestar um atendimento de melhor qualidade com mais agilidade e menor risco de acidentes.

9. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – **ABNT-NBR 9050**: acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/corde/ABNT/NBR905031052004.pdf>>. Acesso em: 9 de setembro de 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50**: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 21 fev. 2002. 129 p.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Brasil Acessível: caderno 1**: atendimento adequado às pessoas com deficiência e restrição de mobilidade. Brasília, 2006. 60p.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Brasil Acessível: caderno 2**: construindo a cidade acessível. Brasília, 2006a. 167p.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Brasil Acessível: caderno 3**: Implementação do decreto nº 5.296/04 para a construção da cidade acessível. Brasília, 2006b. 114p.

_____. **Lei nº 10.048/00**, de 8 de novembro 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.

_____. **Lei nº 10.098/00**, de 19 de dezembro 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.

_____. **Decreto nº 5.296/04**, de 2 de dezembro 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Instrução Normativa nº 1**, de 25 de novembro de 2003. Dispõe sobre a acessibilidade aos bens culturais imóveis acautelados em nível federal e outras categorias.

Disponível em:

<http://www.iphan.gov.br/legislac/I.N.%20n%201%20de%2025.11.2003.htm>. Acessado em: 10 de setembro de 2007

DIAS, Hélio Pereira. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. 387p.

HUPES – Hospital Universitário Professor Edgar Santos. **Histórico**. Institucional. Disponível em: <http://www.hupes.ufba.br/historico.html>. Acessado em: 02 de novembro de 2007.

MERCUR. **Body care**. Disponível em:

http://www.mercur.com.br/site/content/bodycare/resultado_busca.asp?pagina_atual=2&Cod_linha=&palavra_chave=&Cod_Aplicacao_Bodycare=37. Acessado em: 10 de novembro de 2007

VASCONCELLOS, Eduardo A. **Transporte urbano nos países em desenvolvimento: reflexões e propostas**. São Paulo, Editoras Unidas, 1996.

ANEXOS

1 – Roteiro utilizado na visita ao atendimento ambulatorial do HUPES

- 1 – Observação dos pisos (desníveis, acabamentos..) foto
- 2 – Observação das rampas (corrimão ?) foto
- 3 – Observação da largura corredores (macas e cadeiras de rodas...) foto e medição
- 4 – Observação dos banheiros. São acessíveis? foto
 - a) Verificar largura das portas – foto
 - b) Área de transferência - foto
- 5 – Sistema de sonorização, se há e se funciona
- 6 – Sinalização visual ? foto
- 7 – Sistema tátil - foto
- 8 – Filas diferenciadas para pacientes com necessidades especiais?
- 9 – Transferência de cadeira de rodas para maca? Como se procede?
- 10 – Medições:
 - a) largura das portas
 - b) wc's
 - c) altura os corrimãos
- 11 – Elevador tátil? (foto)
- 12 – Acesso externo ao atendimento ambulatorial - (foto)
- 13 – Acesso diferenciado para portadores de necessidades especiais? (foto)

2 – Respostas às entrevista

Entrevista 1

1	FUNÇÃO: profissional da administração do Atendimento ambulatorial	
2	Profissão ou Formação: administradora	
3	Área em que desempenha as atividades: administração	
4	Há quanto tempo trabalha no HUPES: 12 anos	
5	Há registro de ocorrência de acidente e/ou queda no último ano por usuários, pacientes ou funcionários no local do atendimento ambulatorial?	Recentemente: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Último ano: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Últimos 5 anos: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	Houve reforma no atendimento ambulatorial nos últimos 5 anos a fim de atender aos pacientes com dificuldade de locomoção?	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe Setor de fisioterapia, otorrino, fonoaudiologia
7	A seu ver como é a sinalização do atendimento ambulatorial? (presença de placas indicativas)	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input checked="" type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> não há
8	O sistema de som do hospital informa aos pacientes do ambiente ambulatorial sobre o seus atendimentos?	<input type="checkbox"/> otimamente bem <input type="checkbox"/> muito bem <input type="checkbox"/> bem <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> insuficiente <input checked="" type="checkbox"/> não existe – Chamada nominal
9	Algum paciente já ficou perdido sem encontrar o consultório que deveria ser atendido por ausência ou escassez de sinalização?	<input checked="" type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre
10	Como um paciente com alguma deficiência física (deficiência visual, auditiva ou de locomoção) recebe assistência ao adentrar ao atendimento ambulatorial?	<input type="checkbox"/> otimamente bem <input type="checkbox"/> muito bem <input checked="" type="checkbox"/> bem <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> insuficiente
10.1	Como se dá esta assistência? Pode descrevê-la? Desde a portaria, o paciente é recepcionado e encaminhado para a triagem. No caso de paciente portador de deficiência física é solicitado que seu acompanhante siga com ele durante todo o trajeto realizado no atendimento ambulatorial.	

Entrevista 2

1	Função: Profissional da área de enfermagem	
2	Profissão ou Formação: técnica de enfermagem	
3	Área em que desempenha as atividades: atendimento de enfermagem	
4	Há quanto tempo trabalha no HUPES: 17 anos	
5	Há registro de ocorrência de acidente e/ou queda no último ano por usuários, pacientes ou funcionários no local do atendimento ambulatorial?	Recentemente: () SIM (x) NÃO Último ano: () SIM (x) NÃO Últimos 5 anos: () SIM (x) NÃO
6	Houve reforma no atendimento ambulatorial nos últimos 5 anos a fim de atender aos pacientes com dificuldade de locomoção?	(x) sim () não () não sabe Consultório de dermatologia
7	A seu ver como é a sinalização do atendimento ambulatorial? (presença de placas indicativas)	() ótima () muito boa () boa (x) regular () insuficiente () não há
8	O sistema de som do hospital informa aos pacientes do ambiente ambulatorial sobre o seus atendimentos?	() otimamente bem () muito bem () bem () regular () insuficiente (x) não existe
9	Algum paciente já ficou perdido sem encontrar o consultório que deveria ser atendido por ausência ou escassez de sinalização?	() raramente (x) freqüentemente () Nunca () Sempre Por não ser alfabetizado (não ler)
10	Como um paciente com alguma deficiência física (deficiência visual, auditiva ou de locomoção) recebe assistência ao adentrar ao atendimento ambulatorial?	() otimamente bem () muito bem (x) bem () regular () insuficiente apoio do corpo de enfermagem
10.1	Como se dá esta assistência? Pode descrevê-la? O paciente com deficiência é recepcionado pelo vigilante do Estabelecimento, que o encaminha à recepção. Na recepção ele é amparado pela equipe de enfermagem que inclusive solicita a permanência de seu acompanhante durante a consulta ambulatorial.	

Entrevista 3

1	Função: profissional de Atendimento ao público	
2	Profissão ou Formação: Auxiliar administrativo	
3	Área em que desempenha as atividades: recepção (período da tarde); guichet de atendimento (período da manhã)	
4	Há quanto tempo trabalha no HUPES: 11 anos	
5	Há registro de ocorrência de acidente e/ou queda no último ano por usuários, pacientes ou funcionários no local do atendimento ambulatorial?	Recentemente: () SIM (x)NÃO Último ano: ()SIM (x)NÃO Últimos 5 anos: ()SIM (x)NÃO
6	Houve reforma no atendimento ambulatorial nos últimos 5 anos a fim de atender aos pacientes com dificuldade de locomoção?	(x) sim () não () não sabe As rampas
7	A seu ver como é a sinalização do atendimento ambulatorial? (presença de placas indicativas)	()ótima () muito boa (x) boa ()regular () insuficiente () não há
8	O sistema de som do hospital informa aos pacientes do ambiente ambulatorial sobre o seus atendimentos?	() otimamente bem () muito bem () bem ()regular () insuficiente (x) não existe
9	Algum paciente já ficou perdido sem encontrar o consultório que deveria ser atendido por ausência ou escassez de sinalização?	(x)raramente ()freqüentemente ()Nunca () Sempre Por não saber ler
10	Como um paciente com alguma deficiência física (deficiência visual, auditiva ou de locomoção) recebe assistência ao adentrar ao atendimento ambulatorial?	()otimamente bem (x) muito bem () bem ()regular () insuficiente
10.1	Como se dá esta assistência? Pode descrevê-la? O paciente é recepcionado na portaria pelo atendimento de segurança que o encaminha à triagem	

Entrevista 4

1	Função: Profissional da área de arquitetura	
2	Profissão ou Formação: arquiteta	
3	Área em que desempenha as atividades: Arquitetura do HUPES	
4	Há quanto tempo trabalha no HUPES: 2 anos	
5	Há registro de ocorrência de acidente e/ou queda no último ano por usuários, pacientes ou funcionários no local do atendimento ambulatorial?	Recentemente: () SIM (x) NÃO Último ano: () SIM (x) NÃO Últimos 5 anos: () SIM (x) NÃO
6	Houve reforma no atendimento ambulatorial nos últimos 5 anos a fim de atender aos pacientes com dificuldade de locomoção?	() sim () não (x) não sabe
7	A seu ver como é a sinalização do atendimento ambulatorial? (presença de placas indicativas)	() ótima () muito boa (x) boa () regular () insuficiente () não há
8	O sistema de som do hospital informa aos pacientes do ambiente ambulatorial sobre o seus atendimentos?	() otimamente bem () muito bem () bem () regular () insuficiente (x) não existe
9	Algum paciente já ficou perdido sem encontrar o consultório que deveria ser atendido por ausência ou escassez de sinalização?	(x) raramente () freqüentemente () Nunca () Sempre
10	Como um paciente com alguma deficiência física (deficiência visual, auditiva ou de locomoção) recebe assistência ao adentrar ao atendimento ambulatorial?	() otimamente bem () muito bem (x) bem () regular () insuficiente
10.1	Como se dá esta assistência? Pode descrevê-la? O segurança encaminha o paciente para o balcão de recepção que então, o direciona ao ambulatório no qual será atendido.	