

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO
HOSPITALAR**

ELANDRIA DA SILVA GOMES PEREIRA LIMA

**MAPEAMENTO DA ACESSIBILIDADE DO PORTADOR
DE DEFICIÊNCIA VISUAL EM UMA POLICLÍNICA DE UMA
CIDADE DA REGIÃO NORTE DE SANTA CATARINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOINVILLE, 2014

ELANDRIA DA SILVA GOMES PEREIRA LIMA

**MAPEAMENTO DA ACESSIBILIDADE DO PORTADOR
DE DEFICIÊNCIA VISUAL DE UMA POLICLÍNICA EM
UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE DE SANTA CATARINA**

JOINVILLE, 2014

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO
HOSPITALAR**

ELANDRIA DA SILVA GOMES PEREIRA LIMA

**MAPEAMENTO DA ACESSIBILIDADE DO PORTADOR
DE DEFICIÊNCIA VISUAL EM UMA POLICLÍNICA EM
UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE DE SANTA CATARINA**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Joanara Rozane da
Fontoura Winters, Ms.**

JOINVILLE, 2014

Lima, Elandria da Silva Gomes Pereira.

Mapeamento da acessibilidade do portador de deficiência visual em uma cidade da região norte de Santa Catarina, Joinville 2014. 59 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, 2014. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Joanara Rozane da Fontora Winters, Msc.

1. Acessibilidade 2. Deficiência 3. Policlínica

Mapeamento da acessibilidade do portador de deficiência visual em uma cidade da região norte de Santa Catarina.

**MAPEAMENTO DA ACESSIBILIDADE DO PORTADOR DE
DEFICIÊNCIA VISUAL EM UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE
DE SANTA CATARINA**

ELANDRIA DA SILVA GOMES PEREIRA LIMA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, __ de fevereiro de 2014.

Banca Examinadora:

**Prof. Joanara Rozane da Fontoura Winters Mestra.
Orientadora**

Prof. Andrea Heidemann

Prof. Jorge Cunha

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus todo Poderoso que me deu saúde e força para elaborar este trabalho e a todos que de alguma forma se preocupam com o seu próximo e procuram contribuir para a felicidade dos mesmos.

Dedico aos meus pais maravilhosos que me incentivou a todos os momentos e que apesar da distância sempre estiveram presente em meus pensamentos e me ensinaram a vencer os obstáculos e ser esta pessoa com dignidade que hoje me tornei, e por não me deixarem desistir da oportunidade que Deus me deu.

Ao meu esposo amado que me faz feliz a cada instante da minha vida e muito tem me ajudado a superar os desafios que tenho que enfrentar.

Aos deficientes visuais que aprenderam a enxergar a vida de uma maneira esplêndida que só eles podem explicar e sentirem que apesar das dificuldades não deixam de transmitir um sorriso aqueles que podem ver.

Aos meus irmãos e familiares que muito os amos e sei que posso contá-los quando for preciso.

E em especial dedico ao meu Filho lindo que Deus me deu e que me tornou uma pessoa mais completa de felicidade com sua presença em minha vida e ao meu querido MATHEUZINHO que também considero meu filho que me inspirou a lutar pela saúde do próximo e que apesar de suas dificuldades está sempre transmitindo alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me ter dado esta oportunidade e muitas outras através da mesma e por ter me dado forças para chegar até ao fim, agradeço a minha família que muito tem me ajudado em especial a minha irmã que ao longo do curso me ajudou na elaboração dos trabalhos académicos e minha tia (Mãe) que me acolheu em sua casa para que eu pudesse realizar este curso ao meu avô que me trouxe de Brasília para esta cidade maravilhosa, a minha amiga Roseane que muito me ajudou na elaboração deste trabalho e as minhas amigas THATYANE, JAQUELINE, JOELMA, JANAÍNA, ELIANE que muito me aturaram e suportaram.

Agradeço também a todos os meus colegas de classe que tive e a todos os professores que me transmitiram conhecimentos e experiências.

Agradeço ao meu marido Fábio Alexandre por me amar e compreender.

Agradeço também em especial a minha orientadora JOANARA por me ajudar na elaboração deste trabalho e aturar meus erros sem criticá-los e sim me ensinando a corrigi-los.

E por fim agradeço a todos que tiveram a oportunidade de me incentivar a seguir em frente e me apoiaram de alguma maneira.

Epígrafe

A alegria evita mil males e prolonga a vida.

William Shakespeare

RESUMO

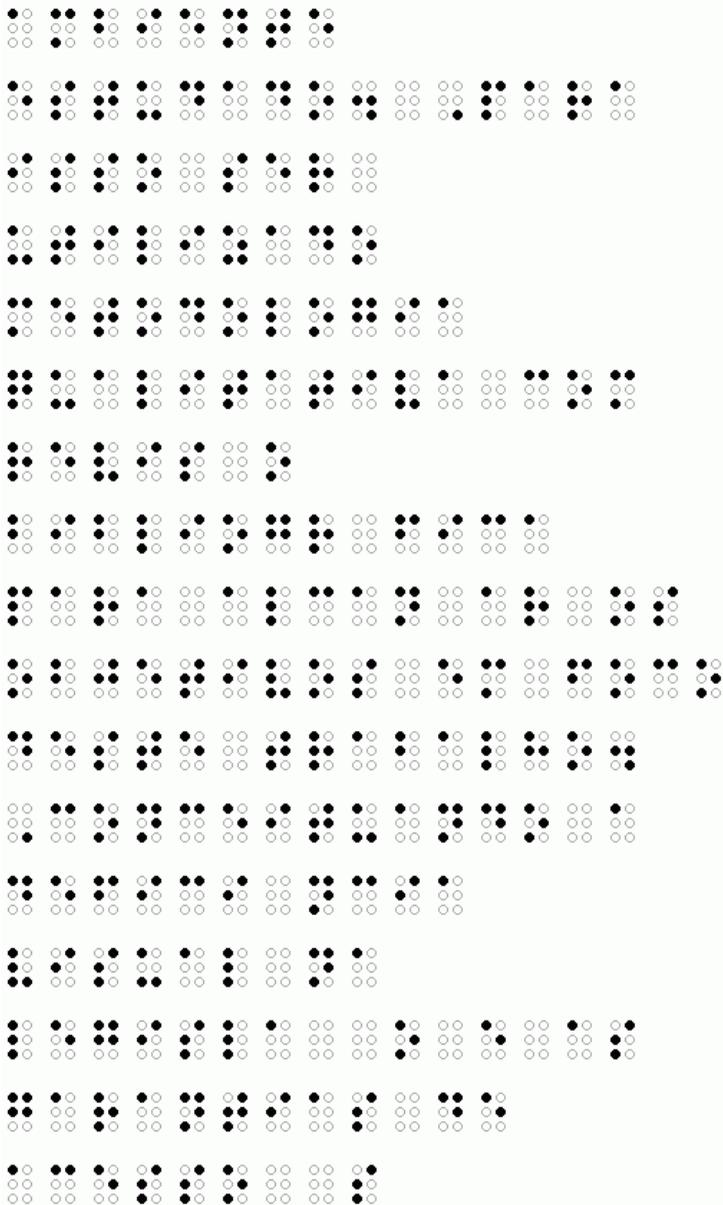
Este estudo se deleita em analisar os históricos, aspectos jurídicos e as normas de acessibilidade na saúde e o direito ao acesso e a participação dos usuários com deficiência visual, sobe a perspectiva do desenho universal.

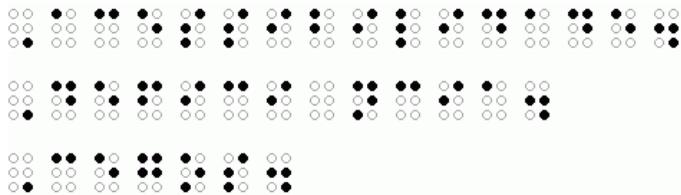
A pesquisa tem por objetivo analisar a importância da acessibilidade para os portadores de necessidade visuais em uma Policlínica de uma cidade da região norte de Santa Catarina. Identificar as possíveis formas de acessibilidade e locomoção e propor formas de melhorias no ambiente estudado e no atendimento das pessoas com deficiência visual.

Este estudo é de natureza qualitativa descritiva e de observação utilizando a pesquisa bibliográfica como forma de fortalecer os debates em questão. Comparando-a com o campo de estágio percebe-se a ausência dos cumprimento das leis e normas para que o ambiente estudado se torne acessível a todos sem restrições.

Acredito que este material poderá contribuir de alguma forma com as práticas institucionais dos gestores preocupados com a qualidade de vida dos seus usuários e que os serviços oferecidos aos mesmos se tornem uma realidade em termos acessibilidade, autonomia e satisfação.

Palavras-chave: Acessibilidade. Deficiência. Cegos.





ABSTRACT

This study reveals in analyzing the historical, legal aspects and accessibility standards in health and the right to access and participation of users with visual disabilities, rises the prospect of universal design.

The research aims to examine the importance of accessibility for those with visual needs in a Polyclinic of a city of northern Santa Catarina . Identify possible forms of accessibility and mobility and propose ways to improve the environment studied and care of persons with visual impairments.

This study is descriptive qualitative observation and using the literature as a way to strengthen the debates in question .

Comparing it to the training field we notice the absence of compliance with laws and regulations for the studied environment becomes accessible to everyone without restrictions .

I believe that this material could contribute in some way with the institutional practices of the managers concerned with the quality of life of its members and that the services offered to them become a reality in terms of accessibility, autonomy and satisfaction.

Keywords : accessibility . Disabilities . Blind.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Vista Superior Corte.....	32
Figura 2 Vista Frontal	33
Figura 3 Teclado programável.....	35
Figura 4 Impressão em Braille.....	35
Figura 5 Termômetro falado.....	35
Figura 6 Cenário de uso deste tipo de tecnologia.....	36
Figura 7 Do lado esquerdo do sítio da Eletrobrás.....	37
Figura 8 Painel de controle do Leitor de Tela.....	38
Figura 9 Linha braille de 40 caracteres.....	38
Figura 10 Impressora em Braille.....	39
Figura 11 Piso Tátil.....	39
Figura 12 Totem informativo.....	39
Figura 13 a 23 (propostas).....	46 a 54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Justificativa.....	19
1.2 Problema.....	19
1.3 Objetivo Geral.....	20
1.4 Objetivos Específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Histórico da pessoa com deficiência visual.....	21
2.2 História da acessibilidade dos deficientes no Brasil.....	22
3.1 A Acessibilidade na Atenção Básica: O Direito ao Acesso e a Participação dos Usuários com Deficiência sobre a Perspectiva Do Desenho Universal.....	29
3.2 Normas de Acessibilidade dos Deficientes Visuais.....	31
3.2.1 Sinalização Tátil.....	32
3.2.2 Braille.....	32
3.2.3 Cebra Braille.....	33
3.2.4 Sinalização Sonora.....	34
3.3.1 Recursos de acessibilidade ao computador.....	34
3.3.2 Auxílios para cegos ou com visão subnormal - Auxílios para grupos.....	35
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 Local do estudo.....	41
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	42
.....	45
PROPOSTA DE MELHORIAS NUMA POLICLÍNICA EM JOINVILLE.....	45
7 CONCLUSÃO.....	56
REFERENCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por acessibilidade a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos (NBR 9050, 2004).

Assim sendo a acessibilidade é um direito de todos para a garantia do acesso e participação das pessoas com deficiência. Neste contexto, tendo como foco o ambiente de saúde a acessibilidade é compreendida enquanto ação integrante dos processos organizacionais da instituição de saúde e, portanto elemento de autogestão.

Segundo a assembleia geral das nações unidas, foi aprovada a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiências e seu protocolo facultativo cujo propósito é assegurar o pleno gozo, em condições de igualdade de todos os direitos humanos por todas as pessoas com deficiência. (BRASIL, 2006).

De acordo com esta convenção as pessoas com deficiência têm direito ao mais alto nível possível de saúde, sem discriminação ou limitação por motivo de incapacidade. (BRASIL, 2006).

No Brasil segundo os dados de IBGE 2000 foram identificados 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar dentre outras, sendo que a grande maioria é de deficientes visuais que correspondem a 48% do total da pesquisa. (CENSO, 2000).

São consideradas pessoas com deficiência visual aquelas com cegueira ou baixa visão. A pessoa com baixa visão é aquela que apresenta após tratamento ou correção óptica, uma diminuição considerável de sua função visual. (BRASIL, 2008) De acordo com a organização mundial de saúde (OMS, 2004), para cada pessoa cega, há uma média de 3,7 pessoas com baixa visão.

Com base nos dados acima e com relação ao método de

observação utilizada no campo de estágio verificou-se ausência desse acesso estrutural para esse usuário fator que desencadeou a pesquisa, que tem por objetivo analisar a importância da acessibilidade para os portadores de necessidade visual em uma policlínica de uma cidade na região norte de Santa Catarina. Para isto foi necessário levantar informações históricas e referenciais bibliográficos a respeito da acessibilidade dos deficientes visuais com a finalidade de contribuir com algumas sugestões de melhorias para o ambiente estudado de forma que satisfaça a necessidade do deficiente visual. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica através de livros, revistas, artigos e links da web site.

O presente trabalho está estruturado em: introdução, justificativa, revisão de literatura, metodologia, local de estudo, apresentação de resultados, conclusão, referências e anexos.

1.1 Justificativa

A justificativa deste trabalho centra-se na necessidade de compreender a organização da acessibilidade na saúde a partir dos conhecimentos de normas jurídicas de acessibilidade e do conceito de desenho universal, a fim de garantir o direito de acesso e a participação em condições de igualdade das pessoas com deficiência visual no sistema único de saúde (SUS).

A igualdade de oportunidades abrange tanto o acesso como a permanência, para garantir o acesso das pessoas com deficiência é simples basta ter um ambiente acessível, pois estando o ambiente adaptado de maneira que a pessoa com deficiência se sinta segura, com certeza a mesma vai ter vontade de retornar ao local para dar continuidade no tratamento que necessita.

Levando em consideração a omissão da acessibilidade, encontradas no campo de estágio e as leis e normas que tem por obrigação tornarem os ambientes acessíveis a todos, é que justifico a importância deste trabalho direcionado a acessibilidade dos deficientes visuais.

1.2 Problema

Qual é a acessibilidade encontrada pelos deficientes visuais dentro de uma policlínica de uma cidade da região norte de Santa Catarina?

1.3 Objetivo Geral

- Analisar a importância da acessibilidade para os portadores de necessidade visuais em uma Policlínica de uma cidade da região norte de Santa Catarina.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar as possíveis formas de acessibilidade e locomoção para a deficiência visual em uma policlínica na cidade de Joinville.

- Propor formas de melhorias no ambiente e no atendimento das pessoas com deficiência visual de forma que satisfaça a necessidade do deficiente visual.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico da pessoa com deficiência visual

Na história antiga os deficientes visuais eram tratados com menosprezo ou simplesmente eliminados da sociedade, pois eram possuidores de espíritos contrários aos princípios de Deus e por consequência da igreja. (Franco; Dias, 2005)

A prática comum na sociedade antigas de matar o deficiente visual com pouco tempo de vida era entendida como salvação divina por algo que não foi originado por Deus.

Na época as práticas educativas envolviam o repasse do conhecimento de pessoas mais velhas a pessoas jovens. Sendo que se os jovens tivessem algum defeito físico (como os cegos) já eram excluídos das práticas educativas da época. Aliás, se essas pessoas com deficientes físicos ficassem vivos depois das práticas de atos de mortes regidos por leis religiosas, não seriam inseridos na sociedade. (Franco; Dias, 2005)

Já na idade média com o avanço do mercantilismo (tendência para subordinar tudo ao comércio) e do antropocentrismo (sistema que considera o homem como o centro do universo) a situação em que os deficientes visuais eram tratados como pessoas não abençoadas por Deus mudou completamente.

Em 1784 foi criado o Institut National des Jeunes Aveugles (nome em francês do Instituto Real dos Jovens Cegos) que foi a primeira escola voltada para os cegos no mundo. O seu mentor foi Valentim Haüy.

“Em 1771, Valentin Haüy assistiu a uma representação teatral feita por jovens cegos. Ficou chocado com a forma desrespeitosa e chocante como foram recebidos. Decidiu, à semelhança do que tinha feito Charles-Michel (1712-1789) para os surdos-mudos, fundar uma instituição que promovesse a dignificação e a educação daqueles jovens.” (wikipedia. 2013).

Com o estímulo da educação na sociedade da época o estudante do Instituto para os jovens cegos chamados Louis

Braille inventou o Sistema Braille em 1829.

Esse sistema é um código universal de leitura tátil e de escrita.

“O Sistema Braille, utilizando seis pontos em relevo dispostos em duas colunas, possibilita a formação de 63 símbolos diferentes, usados em textos literários nos diversos idiomas, como também nas simbologias matemática e científica em geral, na música e, recentemente, na Informática.” (SENAI. 2013)

Nos séculos XVIII e XIX foram fundadas escolas para pessoas cegas em outros países da Europa, como Alemanha e Grã-Bretanha, baseadas no modelo do Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris (Silva, 1986).

No Brasil somente em meados do século XIX é que teve início a educação para crianças com deficiência visual, predominantemente institucional e vinculada a área médica. No final do século XIX foi então finalmente criada no Brasil uma instituição governamental direcionada para o atendimento educacional de pessoas cegas conhecido como Instituto Imperial dos Meninos Cegos hoje, atual Instituto Benjamin Constant. (JANUZZI, 2004).

2.2 História da acessibilidade dos deficientes no Brasil

Acessibilidade é uma palavra muito comum hoje em dia para tratar do acesso de pessoas com deficiência aos meios de transportes, serviços públicos e ambientes físicos, porém, há apenas alguns anos atrás é que o termo começou a ser discutido com mais relevância.

Desta forma, somente antes da constituição Federal de 1988, o termo havia sido tratado apenas na emenda constitucional nº 12, de 17 de outubro 1978, e, ainda assim, o texto dizia respeito tão somente ao acesso aos edifícios e logradouros. (COSTA, MAIOR, LIMA, 2005).

Em 2000, finalmente, o assunto foi regulamentado pelas leis Federais nº 10.048 e

10.098, que apresentaram uma visão mais ampla sobre a matéria. A primeira, elaborada pelo poder legislativo, trata de atendimento prioritário e de acessibilidade nos meios de transportes, e inova ao introduzir penalidades ao seu descumprimento. A última escrita pelo Poder Executivo subdivide o assunto em acessibilidade ao meio físico, aos meios de transportes, na comunicação e informação e ajudas técnicas. (COSTA, MAIOR, LIMA, 2005).

Com base neste contexto tais leis foram em dezembro de 2004 regulamentadas pelo decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

Que regulamenta as leis nos 10.048 de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento as 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 das outras providências. (BRASIL,2004).

A acessibilidade, estabelecida pela lei 10.098 é entendida como: “a possibilidade de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”, refere-se a dois aspectos, com características distintas, porém com problemas semelhantes, no que diz respeito à existência de barreiras que são interpostas aos deficientes: o espaço físico e o espaço digital. (Tavares Filho et al, 2002).

Segundo Sasaki, o termo acessibilidade iniciou-se no final da década de 40 e ainda hoje é discutida sua inclusão na sociedade como um todo.

Historicamente, a origem do termo acessibilidade para designar a condição de acesso das pessoas com deficiência está no surgimento dos serviços de reabilitação física e

profissional, no final da década de 40. Na década de 50, com a prática da reintegração de adultos reabilitados, ocorrida na própria família, no mercado de trabalho e na comunidade em geral, profissionais de reabilitação constatavam que essa prática era dificultada e até impedida pela existência de barreiras arquitetônicas nos espaços urbanos, nos edifícios e residências e nos meios de transporte coletivo. Surgia assim a fase da integração, que duraria cerca de 40 anos até ser substituída gradativamente pela fase da inclusão. Na década de 60, algumas universidades iniciaram as primeiras experiências de eliminação de barreiras arquitetônicas existentes em seus recintos: áreas externas, estacionamentos, salas de aula, laboratórios, bibliotecas, lanchonetes etc. Na década de 70, graças ao surgimento do primeiro centro de vida independente do mundo, aumentaram a preocupação e os debates sobre a eliminação de barreiras arquitetônicas, bem como a operacionalização das soluções idealizadas. Na década de 80, impulsionado pela pressão do ano internacional das pessoas deficientes (1981), o segmento de pessoas com deficiência desenvolveu verdadeiras campanhas em âmbito mundial para alertar a sociedade a respeito das barreiras arquitetônicas e exigir não apenas a eliminação delas (desenho adaptável) como também a não inserção de barreiras já nos projetos arquitetônicos (desenho acessível). Pelo desenho adaptável, a preocupação é no sentido de adaptar os ambientes obstrutivos. Já pelo desenho acessível, a preocupação está em exigir que os arquitetos, engenheiros, urbanistas e desenhistas industriais não incorporem elementos obstrutivos nos projetos de construção de ambientes e utensílios. Tanto no desenho adaptável como no acessível, o beneficiado específico é a pessoa com deficiência. Na segunda metade da década de 80, surgiu o conceito de inclusão contrapondo-se ao de integração. Na década de 90, começou a ficar cada vez mais claro que a acessibilidade deveria seguir o paradigma do desenho universal, segundo o qual os

ambientes, os meios de transporte e os utensílios fossem projetados para todos e, portanto, não apenas para pessoas com deficiência. E, com o advento da fase da inclusão, hoje entendemos que a acessibilidade não é apenas arquitetônica, pois existem barreiras de vários tipos também em outros contextos que não o do ambiente arquitetônico. (SASSAKI, 2005).

Ao longo dos anos a sociedade civil, as universidades, os governos e os profissionais envolvidos com a área da deficiência formaram uma base que está se solidificando a fim de suprir os vazios legais sobre acessibilidade no Brasil.

Segundo Maior, 2004, responsável pela Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (corde), da Secretaria Especial de Direitos humanos, esclarece o conceito de acessibilidade da seguinte forma: “No imaginário de muitos, a ideia de acessibilidade ficou associada ao usuário de cadeiras de rodas. Mas acessibilidade não é só botar rampa e baixar meio-fio; é promover uma maior igualdade de oportunidades.” (MAIOR 2004).

Segundo Costa, Maior, e Lima (2004), a sociedade civil sempre esteve continuamente mobilizada em prol da garantia de acesso e de seus direitos e sempre entendeu que a acessibilidade é um dos meios mais importantes para se alcançar a inclusão social.

Em 2004, o Brasil foi eleito pela organização não governamental internacional (IDRM)-International Disability Rights Monitor – como um dos cinco países mais inclusivos das Américas. Um dos seis requisitos para a classificação era a existência de arcabouço legal que garantisse a adequada proteção das pessoas com deficiência (COSTA, MAIOR, LIMA, 2005).

Considerando o contexto acima se observa que apesar do

Brasil já possui uma legislação avançada, abrangente e moderna do ponto de vista científico-tecnológico, de nada adianta se não houver implementação da mesma no país para colocá-la em prática, e desta forma obter em termos práticos avanços no que diz respeito a suas referenciais legais e normativas na temática do acesso universal e a efetivação da acessibilidade no país. O acesso à tecnologia e a informação tornam as coisas mais fáceis para as pessoas em geral, mas para as pessoas com deficiência tornam as coisas possíveis.

3. Aspectos Jurídicos de acessibilidade na saúde

As pessoas com deficiência possuem limitações físicas, sensoriais ou mentais que muitas das vezes geram dificuldades e impossibilidades de execução de atividades comuns às outras pessoas, resultando na dificuldade de deslocamento de um lugar a outro.(Pegliuca, 2006).

Diante disto é que a gestão de saúde deve proporcionar a utilização de equipamentos que permitam melhor convívio dadas às barreiras encontradas no ambiente físico. Para isto devem conhecer as leis e normas jurídicas para desta forma poder contribuir com a inclusão sem exclusão de qualquer um indivíduo.

Segundo a constituição federal de 1988 as pessoas com deficiências têm direito a tratamento diferenciado, é assegurado aos mesmos o exercício efetivo da cidadania e da convivência social, mediante exercício do direito a liberdade e autonomia para ir e vir. A constituição também garante o direito ao trabalho, á educação, á saúde, ao lazer. É, pois necessário garantir o deslocamento decorrentes dessas atividades. (BRASIL, 1988).

A promulgação da constituição da República Federativa do Brasil em 1988, fruto da democratização do país, veio garantir direitos fundamentais para os cidadãos brasileiros. Diz o seu artigo 126:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Desta forma, observa-se as dificuldades para a pessoa com limitação visual em acessar os serviços de saúde, essas dificuldades são percebidas particularmente desde casa até a instituição de saúde. Portanto, a remoção de barreiras arquitetônicas representa um importante passo para a integração dos deficientes na atividade humana.

Com o intuito de eliminar as barreiras arquitetônicas e ambientais que impedem o direito de locomoção das pessoas com deficiência, foram criadas legislações municipais que tem por finalidade assegurar o direito de acesso, circulação, e utilização dos espaços públicos pelos portadores de deficiência e pelas pessoas com mobilidade reduzida. Da prioridade ao atendimento dos portadores de deficiências de qualquer tipo em repartições públicas e outros locais, estabelece também normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida, além disso prima por assegurar as condições de acessibilidade arquitetônicas, urbanísticas, de transporte de comunicação, informação e saúde (BRASIL, 2000).

Segundo a lei 7335, de 10 de dezembro de 2012, que estabelece obrigações gerais e critérios básicos de acessibilidade no município de Joinville cita em seu artigo 1º o seguinte:

A política nacional de acessibilidade tem por objetivo assegurar os direitos de igualdade de oportunidades e condições de acessibilidade ao meio físico edificado, aos transportes e as tecnologias da informação e de comunicações a todo o cidadão residente ou de passagem pelo município de Joinville, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, tendo a pessoa com deficiência e suas limitações como referencial básico. (JOINVILLE,2012)

No artigo 6º cita que o planejamento e a urbanização das

vias públicas, dos parques e dos demais espaços de uso público deverão ser concebidos e executados de forma que sejam acessíveis para todas as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Segundo a legislação municipal de Joinville que estabelece obrigações gerais e critérios básicos de acessibilidade no município de Joinville e o programa Brasileiro de acessibilidade urbana, (Brasil Acessível). Seguem alguns meios de acessibilidade na saúde.

Na área da saúde, tanto na “Atenção Primária”, quanto na “Atenção Secundária”, quanto na de “Alta complexidade”, em qualquer unidade de atendimento, seja clínico, de consultas, ou qualquer outra modalidade sob a responsabilidade do município de Joinville este deve garantir.(JOINVILLE, 2012).

É dever dos municípios garantir que todas as edificações e instalações sejam planejadas, projetadas, construídas ou adaptadas e mobiliadas, atendendo às normas de acessibilidade vigentes, Também é necessária a formação continuada de profissionais que atuam ou atuarão no atendimento buscando se desta forma mantê-los atualizados sobre as deficiências e suas especificidades garantindo que seu atendimento não cause constrangimento ao atendente ou ao usuário dentre outras de tamanha relevância. (BRASIL, 2004)

No que se refere à Atenção Básica de Saúde os termos de acessibilidade merece atenção especial e diferenciada, além das condições gerais, já que a mesma é responsável por atender a maior parte das necessidades de saúde da população e tem como seu papel fundamental no atendimento de peculiaridades individuais da saúde do cidadão e é também responsável por garantir atendimento prioritário, instalações acessíveis, profissionais capacitados em línguas de sinais (LIBRAS) dentre outras. (JOINVILLE, 2012)

Também é dever do município garantir que os folhetos impressos, de divulgação ou orientação, sejam disponibilizados em formato digital e Braille, para atender as pessoas com deficiência visual. (JOINVILLE, 2012)

Segundo a associação brasileira de normas técnicas

(NBR,9050), que estabelece critérios para a adaptação das áreas de uso comum das edificações exigíveis, bem como os padrões e as medidas que visem propiciar às pessoas com deficiências visuais e as demais de eficiências melhores condições de acesso aos ambientes de uso público e as vias públicas urbanas. Além do mas todos os projetos devem seguir a NBR9050, que padroniza as construções destinadas aos deficientes em geral.

No que se refere o ambiente de saúde, em especial atenção será concedida as facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultem a efetiva integração e inclusão do mesmo. (BRASIL,2006 A)

Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. O princípio de equidade é que o sistema deve estar atento às desigualdades. (NATALINI, 2010, p 164-APM)

3.1 A Acessibilidade na Atenção Básica: O Direito ao Acesso e a Participação dos Usuários com Deficiência sobe a Perspectiva Do Desenho Universal

Entende-se acessibilidade como:

A possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos (NBR 9050, 2004).

Segundo a organização das nações unidas (ONU), “a definição de acessibilidade é o processo de conseguir a igualdade de oportunidades em todas as esferas da sociedade”.

A consideração do termo acessibilidade não poderá ser ditada por meras razões da solidariedade, mas, sobretudo por uma concepção de sociedade realmente, onde todos deverão participar, com direito de igualdade, e de acordo com suas características próprias. (CONDORCET, 2006)

Baseado neste contexto nota-se a importância de um processo de transformação na concepção de pessoa com deficiência, passando do modelo clínico, que enfatiza a limitação do usuário, para o modelo social, que coloca em evidência a acessibilidade como condição necessária para a participação plena das pessoas com deficiência no contexto social. “A superação de barreiras promove a independência, a autonomia e a dignidade de forma coletiva e individual” (BOARETTO, 2006, p.13).

A acessibilidade, organizada na perspectiva do desenho universal, integra o conjunto de direitos afirmados na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (ONU, 2006). No artigo 9º dessa Convenção, assume-se o seguinte compromisso:

A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, as esferas estaduais e municipais, tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e a comunicação, inclusive aos sistemas e as tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços assistenciais e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na zona rural.

Segundo o decreto nº5. 296/204, em seu artigo 8º, parágrafo IX, define desenho universal da seguinte forma:

Concepção de espaços, artefatos e produtos que visam a atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade.

Desenho universal é uma forma de pensar durante o processo de design e construção de qualquer ambiente, serviço, atividade e tecnologia que vá a utilizar ou envolver algum ser humano, de tal forma que se busque proporcionar a comodidade, convivência, segurança, usabilidade e acessibilidade de forma equitativa e equivalente para qualquer pessoa, sem que tenha que ser adaptados ou modificados especificamente. (TEJA, 2006).

Por conseguinte, quando pensarmos em acessibilidade, teremos sempre que respeitar

as características básicas do desenho universal, ou seja, aspectos como comodidade, eficácia, confiança, segurança, estética e conforto. (TAVARES FILHO, 2003).

Já em relação à acessibilidade arquitetônica, esta consiste na eliminação de barreiras urbanísticas e nas edificações. Conforme art.8º, II, “a”, do decreto Nº. 5.296/2004 entende-se por “barreiras urbanísticas as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público” e “b”, compreende-se 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”. Dentre as ações de acessibilidade arquitetônica pode-se citar a construção de rampas, o alargamento de portas e passagens à adaptação de sanitários, a sinalização visual, tátil e sonora, entre outras necessárias para o pleno acesso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. (MACHADO. 2009)

A aplicação da acessibilidade tem origem nos obstáculos arquitetônicos que serviam e servem das barreiras que impedem o acesso de pessoas com deficiência a lugares de uso comum e público. (QUEIROZ, 2006).

Um recurso muito importante e pouco utilizado nos ambientes de saúde que seria de grande relevância para o deficiente visual é o uso dos mapas com informações em alto-relevo para que as pessoas com deficiência visual identifiquem os ambientes em que se encontram, ou ainda maquetes táteis de obras de arte de grande porte ou obras de arquitetura. (MARA GABRILLI)

3.2 Normas de Acessibilidade dos Deficientes Visuais

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no âmbito das instituições de saúde, os projetos de acessibilidade arquitetônica devem ser elaborados por meio de parceria estabelecida entre profissionais da saúde e

profissionais da arquitetura e engenharia. Também é importante destacar que, para a aprovação, licenciamento ou emissão de certificado de conclusão de projeto arquitetônico, deverá ser observado os princípios do desenho universal e atestado o atendimento as regras de acessibilidade prevista pela (ABNT).

Com base na (ABNT NBR 9050:2004) segue normas para auxiliar a acessibilidade dos deficientes visuais nos ambientes de saúde.

3.2.1 Sinalização Tátil

3.2.2 Braille

As informações em Braille não dispensam a sinalização visual com caracteres ou figuras em relevo, exceto quando se tratar de folheto informativo.

As informações em Braille devem estar posicionadas abaixo dos caracteres ou figuras em relevo o arranjo de seis pontos e o espaçamento entre as celas Braille, conforme figura 53, devem atender as seguintes condições:

- a) diâmetro do ponto na base: 2 mm;
- b) espaçamento vertical e horizontal entre pontos- medido a partir do centro de um ponto ate o centro do próximo ponto: 2,7mm;
- c) largura da cela Braille: 4,7;
- d) altura da cela Braille: 7,4;
- e) separação horizontal entre as celas Braille: 6,6mm;
- f) separação vertical entre as celas Braille: 10,8 mm;
- g) altura do ponto: 0,65.

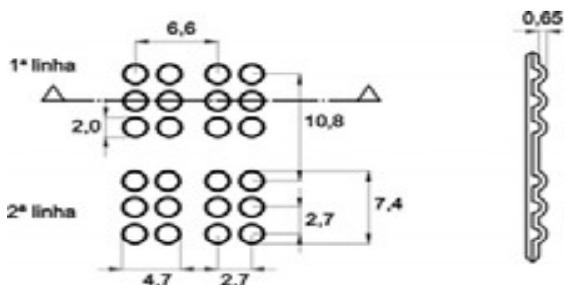


Figura 1- Vista Superior Corte

3.2.3 Cella Braille

Texto e figuras:

Os textos, figuras e pictogramas em relevo são dirigidos as pessoas com baixa visão, para pessoas que ficaram cegas recentemente ou ainda estão sendo alfabetizada sem Braille.

As figuras em relevo devem atender as seguintes condições:

- contornos fortes e bem definidos;
- simplicidades nas formas e poucos detalhes;
- figura fechada, completa, com continuidade;
- estabilidade da forma;
- simetria.

Os caracteres em relevo devem atender as seguintes condições, conforme exemplifica na figura 54:

- tipos de fontes, conforme 5.5.4;
- caracteres grafados em maiúsculas;
- altura do relevo: 0,8 mm a 1,0 mm;
- altura dos símbolos: mínimo 150 mm;
- altura dos caracteres: 16 mm a 51 mm;
- distancia entre caracteres; 5 mm;
- distancia entre linhas: 45 mm.



Figura 2 – Vista Frontal Corte Sinalização tátil – exemplo

3.2.4 Sinalização Sonora

A sinalização sonora deve ser associada à sinalização visual para os casos indicados na tabela 1, Conforme 5.3.

Toda mensagem sonora deve ser precedida de um prefixo ou de um ruído característico para chamar a atenção do ouvinte.

Os alarmes sonoros, bem como os alarmes vibratórios, devem estar associados e sincronizados aos alarmes visuais intermitentes, de maneira a alertar as pessoas com deficiência visual e as pessoas com deficiência auditiva (surdez).

Informações sonoras verbais podem ser digitalizadas ou sintetizadas, e devem ter as seguintes características:

- a) conter apenas uma oração – uma sentença completa, com sujeito, verbo e predicado, nesta ordem;
- b) estar na forma ativa e não passiva;
- c) estar na forma imperativa.

Baseado na normativa (NBR,9050), considera-se que o desenho universal foi projetado com a finalidade de minimizar o cansaço, reduzir o esforço físico, e evitar riscos à saúde e acidentes dos usuários; e também garantir o direito a informação espacial pois esta permite a compreensão, orientação e uso dos espaços a todos os usuários. A informação espacial é fornecida através das qualidades dos elementos arquitetônicos ou adicionais (mapas, sinalização sonora e outros) que permitem a compreensão da identificação dos objetos no espaço (BRASIL,2008).

3.3 RECURSOS QUE FACILITAM A VIDA DOS DEFICIENTES VISUAIS

3.3.1 Recursos de acessibilidade ao computador

Equipamentos de entrada e saída (síntese de voz, Braille), auxílios alternativos de acesso (ponteiras de cabeça, de luz), teclados modificados ou alternativos, acionadores, softwares especiais (de reconhecimento de voz, etc.), que permitem as pessoas com deficiência a usarem o computador.



Figura 3 – Teclado programável *IntelliKeys* e acionador de piscar – Categoria 3 (Bersch, 2005).



Figura 4 - Impressão em braille, órtese para digitação, acionador de pressão – Categoria. (BERSCH, 2005).

3.3.2 Auxílios para cegos ou com visão subnormal - Auxílios para grupos

São materiais específicos que inclui lupas e lentes, Braille para equipamentos com síntese de voz, grandes telas de impressão, sistema de TV com aumento para leitura de documentos, publicações etc.



Figura 5 – Termômetro falado, relógio falado e em braille, teclado falado – Categoria 9. (Bersch, 2005).

Sistemas para entrada de voz (speech recognition) – São meios que viabilizam a interação com o computador via voz e, assim, podem ser utilizados por pessoas que estejam com a mobilidade dos membros superiores comprometida. Em geral, aplicações que podem ser utilizadas amplamente via teclado também podem ser acionadas via síntese de voz. Exemplos de sistemas para entrada de voz são o IBM Via Voice 5 e o Motrix.



Figura 6 – Cenário de uso deste tipo de tecnologia, no qual é necessária, além do software de reconhecimento de voz, a configuração adequada do sistema multimídia que dá suporte à interação humano-computador. (Bersch, 2005)

Amplificadores de tela – São aplicativos que ampliam parte da interface gráfica apresentada na tela do computador e, assim, podem facilitar seu uso por pessoas com baixa visão, capazes de enxergar elementos de interface e conteúdo apresentados no tamanho exibido por esses aplicativos. Na medida em que ampliam parte da interface, também reduzem a área que pode ser visualizada, removendo informações de contexto. São exemplos deste tipo de tecnologia assistiva: a Lente de Aumento do Sistema Operacional *Microsoft® Windows* e a Lente Pro.

Figura 7 – Do lado esquerdo do sítio da Eletrobrás



(<http://www.eletrobras.com> do lado direito o Programa Lente Pro ampliando a área onde o mouse está passando). (Bersch, 2005)

Leitores de tela com síntese de voz – São aplicativos que viabilizam a leitura de informações textuais via sintetizador de voz e, assim, pode ser utilizados por pessoas com deficiência visual (ex. pessoas com baixa visão, pessoas cegas), por pessoas que estejam com a visão direcionada a outra atividade, ou até mesmo por aquelas que tenham dificuldade para ler. São exemplos de Lente Pro que é um programa ampliador de telas para *Windows*, gratuito, para auxiliar as pessoas que, por estarem perdendo a visão, já não conseguem ler a tela.

Leitores de telas: definidos como *Jaws for Windows*, *Virtual Vision*, *Monitvox*.

O *Jaws for Windows* – *software* desenvolvido pela *Freedom Scientific*, conhecido com líder mundial em tecnologia assistiva e adaptável para usuários que sejam cegos, que tenham baixa visão ou dificuldades de aprendizado.

O *Virtual Vision* – É uma Solução da *Micropower* para que os deficientes visuais possam utilizar com toda autonomia recursos do *Windows* e seus aplicativos.

O *monitvox* é um Programa (monitor de janelas) que compõe o Sistema *DOSVOX*; O *DOSVOX* é um sistema para computadores que se comunica com o usuário por meio de sinta

se de voz, viabilizando o uso de computadores por deficientes visuais que atualmente é composto por 60 programas.



Figura 8 – Painel de controle do Leitor de Tela *Jaws for Windows*. (Bersch, 2005)

- **Linhas braile –**

É um modelo de dispositivos de *hardware*, compostos por fileira(s) de células braile eletrônica, que tem a capacidade de reproduzir informações codificadas em texto para o sistema braile e, assim, podem ser utilizadas por usuários que saibam interpretar informações codificadas nesse sistema (ex. pessoas cegas, pessoas com baixa visão).

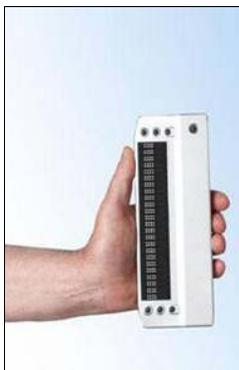


Figura 9 – Linha braile de 40 caracteres, denominada Pocketvario. (Bersch, 2005)

• **Impressoras braile** – As impressoras braile tem a função de Imprimir, em papel, informações codificadas em texto para o sistema braile (ex. textos, partituras, equações matemáticas, gráficos, etc.). Existem impressoras braile, que utilizam um sistema denominado interpontos, viabilizando a impressão nos dois lados a do papel.



Figura 10 – Impressora braile. (Bersch, 2005)



Figura 11 – Piso Tátil que facilita a locomoção do deficiente visual (Bersch, 2005)



Figura 12 – Totem informativo em relação às estruturas do ambiente. (Bersch, 2005)

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi caracterizado como uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e de observação, utilizando a revisão bibliográfica como forma de sustentar os debates em torno dos resultados alcançados.

A abordagem qualitativa é definida segundo Castro et al. (2011) como a pesquisa que avalia a percepção dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos/verbalizações de atores sociais diretamente envolvidos com o assunto.

“A pesquisa qualitativa é um estudo não estatístico que identifica e analisa profundamente dados incomensuráveis, como sentimentos, intenções, comportamentos passados, entendimentos de razões significados e motivações de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico [...]” (PESQUISA,2010, p.01)

Para a efetivação desta pesquisa também utilizamos o método de observação no campo de estágio, além da revisão bibliográfica definida segundo Fonseca como:

“A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios de escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas da web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com a pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existe porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográficas, procurando referencias teóricas publicadas com o objetivo de reconhecer informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta” (FONSECA, 2002, p.32).

Esse trabalho procurou reunir dados, observando as leis, portarias, e normativas voltadas a acessibilidade dos deficientes visuais em ambientes de saúde e em outros locais, que busca a

aproximação com a realidade vivenciada.

4.1 Local do estudo

O local pesquisado trata-se de uma instituição pública municipal, conhecida como Policlínica da região norte de Santa Catarina, e um prédio de dois andares que foi totalmente remodelado e inaugurado em 2010, o novo prédio ganhou ampliação de salas e passou a ter alguns meios de acessibilidade como, por exemplo, a instalação de um elevador, balcões de atendimento para deficientes, vagas de estacionamento e banheiro para portadores de necessidades especiais. (JOINVILLE, 2013).

A Policlínica é conhecida como referência em oftalmologia, uma das especialidades de maior demanda no município. A unidade conta com oito médicos oftalmológicos em condições de realizar 1,5 mil atendimentos mensais, entre consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos. Ao todo são cerca de 100 profissionais, divididos entre médicos especialistas, enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista, agentes administrativos, auxiliar de coordenação, agentes de saúde, técnicos de enfermagem e coordenador. Os especialistas atendem nas áreas de oftalmologia, cardiologia, mastologia, dermatologia, endocrinologia, ginecologia em patologia do colo e em menopausa, cirurgias vasculares e plásticas, reumatologia e radiologia. Os programas de referência existentes na Policlínica são: órtese e prótese, prótese de mama externa, ostomia, vasectomia e curativos especiais. (JOINVILLE, 2013).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir da vivência do estágio na instituição estudada e da análise dos estudos bibliográficos podemos perceber que ao passar do tempo muitas mudanças foram atingidas nos espaços onde as pessoas com deficiência circulam, mas ainda há muitas deficiências arquitetônicas para que essas pessoas se sintam totalmente seguras em realizar suas atividades individuais, mesmo porque todos temos nossas tarefas cotidianas, e em algum momento vamos precisar realizá-las sozinhas.

Podemos notar a ausência nesses espaços da sinalização visual, tátil e sonora, entre outras necessárias para o pleno acesso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida que apesar das normas da (ABNT, 9050) citada no trabalho ainda encontramos vários estabelecimentos de saúde sem preparo em termos de acessibilidade e capacitações de profissionais para acolher e tratar as pessoas com deficiência em suas intercorrências e necessidades.

Muitos têm apenas rampas de acesso e já se consideram ambientes acessíveis esquecendo-se dos demais tipos de acessibilidade para abrangerem os diversos tipos de usuários, como é o caso dos deficientes visuais, que aos olhos dos demais cidadãos eles são ouvintes e por isso muitas instituições não observam necessidade de adaptação para o mesmo, pois eles simplesmente podem pedir ajuda o que é lamentável para os deficientes visuais que são simplesmente impedidos de se locomover e realizar suas tarefas com segurança por falta de acessibilidade acessível aos mesmos.

Cabe ao ministério da saúde apoiar tecnicamente e financeiramente os ambientes de saúde a se adaptar as necessidades dos usuários (BRASIL, 2008).

A lei prever a presença de mapas com informações em alto-relevo para que as pessoas com deficiência visual identifiquem os ambientes em que se encontram, ou ainda maquetes táteis de obras de arte de grande porte ou obras de arquitetura. (DESENHO UNIVERSAL) Mas não é isso que encontramos nas unidades de saúde e muito menos algum profissional na porta do estabelecimento a espera de um deficiente para ajudá-lo.

Os ambientes de saúde devem-se tornarem acessíveis,

tanto arquitetonicamente quanto atitudinalmente para as pessoas com deficiência, garantindo assim a utilização por todas as pessoas, de maneira autônoma e segura, dos ambientes, edificações e mobiliários (BRASIL, 2008).

É preciso investir nesses espaços e conseqüentemente respeitando as leis e possibilitando aos usuários deficientes visuais plenas condições de realizar seu trajeto de uma forma segura e saudável, respeitando seus limites e principalmente seus direitos como cidadãos.

Os gestores hospitalares precisam estar atentos a todos esses conceitos de leis, cumprindo-as e possibilitando a sociedade viver com dignidade e principalmente com acessibilidade, que é o foco de meu trabalho de conclusão de curso.

Atualmente com tanta tecnologia é até inacreditável aceitar que ainda existam pessoas que necessitem da ajuda de outras para viverem seguras, porque não usarmos a tecnologia e modernidade para fornecer tranquilidade e qualidade de vida aos que mais necessitam que é o caso de todos os deficientes em geral sem limitação de qualquer que seja sua deficiência.

Com base neste contexto e na realidade vivenciada no campo de estágio sugerem-se algumas melhorias:

- Adaptar o ambiente estudado com o que já está prevista em lei, mas que ainda não virou realidade no ambiente de saúde, podemos também implantar o método de envio das receitas do médico ao paciente, datas de consultas e tudo que for informação referente ao usuário por e-mail do mesmo para que eles possam através de programas de computadores como, por exemplo, o DOS-VOX lerem e nos casos de esquecimento ter a alternativa de revê-las. O programa também pode falar ao deficiente visual através do celular (com esta funcionalidade implantada nele):

- Capacitar os funcionários ao atendimento as pessoas com deficiência visual. Como capacitá-los na área de hotelaria hospitalar (humanização no atendimento) e capacitação dos médicos em relação aos sistemas informatizados de auxílio ao paciente com deficiência visual. O médico ou funcionário técnico-administrativo pode orientar na utilização do software de auxílio.

- Oferecer ao paciente, através de totens dentro da unidade de saúde, meios dos quais os pacientes possam baixar os softwares de auxílio aos deficientes visuais.

- Assessoria on-line ao paciente. Orientações das documentações entregues ao paciente como, por exemplo, (a receita médica), possível orientação on-line aos farmacêuticos sobre a receita médica (descrição do remédio, forma de administração da medicação, controle do uso da receita dentre outras de extrema importância).

- Disponibilizar um totem na entrada da Policlínica, para que o deficiente possa se localizar e se locomover de acordo com sua preferência.

- Colocar sinal sonoro nas portas de entrada dos banheiros, elevador e demais dependências que julgar necessário.

- Disponibilizar piso tátil desde a área externa até aos ambientes internos de forma que possibilite o acesso a todos os consultórios e demais dependências que o usuário possa entrar.

No decorrer desta pesquisa percebe-se a grande relevância da acessibilidade para todos os indivíduos sem restrições.

A preocupação com a acessibilidade como meio de beneficiar uma gama mais ampla da população não é talvez tão recente quanto parece. Na epístola anônima aos Hebreus, datada em torno de 65 AD, lê-se:

"e fazei caminhos retos para os vossos pés, para que não se extravie o que é manco, antes seja curado."
(Heb.cap.12,v.13).

Na metáfora, o autor não somente recomenda que se facilite a vida dos outros por meio de caminhos acessíveis, mas observa que tal eliminação de barreiras já incorpora a "cura", ou eliminação da própria deficiência.

Diante deste fato e com relação à inclusão do termo acessibilidade ressalta-se a importância do conhecimento da

mesma para sua inclusão.

A acessibilidade é definida segundo (Wikipédia, 2014) como:

Acessibilidade significa não apenas permitir que pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida participem de atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes em uma determinada população, visando sua adaptação e locomoção, eliminando as barreiras. (wikipedia, 2014).

Na arquitetura e no urbanismo, a acessibilidade tem sido uma preocupação constante nas últimas décadas. Atualmente estão em andamento obras e serviços de adequação do espaço urbano e dos edifícios às necessidades de inclusão de toda população, visando eliminar os obstáculos existentes ao acesso, modernizando e incorporando essas pessoas ao convívio social, possibilitando o ir e vir. (WIKIPÉDIA, 2014).

Considerando que todos têm o direito de ir e vir e levando em consideração a sua omissão é que ressalto a relevância da mesma, ser analisada com mais respeito por nossos representantes governamentais para desta forma tornarmos um país acessível a todos.

PROPOSTA DE MELHORIAS NUMA POLICLÍNICA EM JOINVILLE

Imagem (outubro/2013)

Descrição da Proposta: Recolocação de piso tátil desde a entrada do prédio até a calçada. Com nivelamento do terreno do estacionamento.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004

Proposta – 1

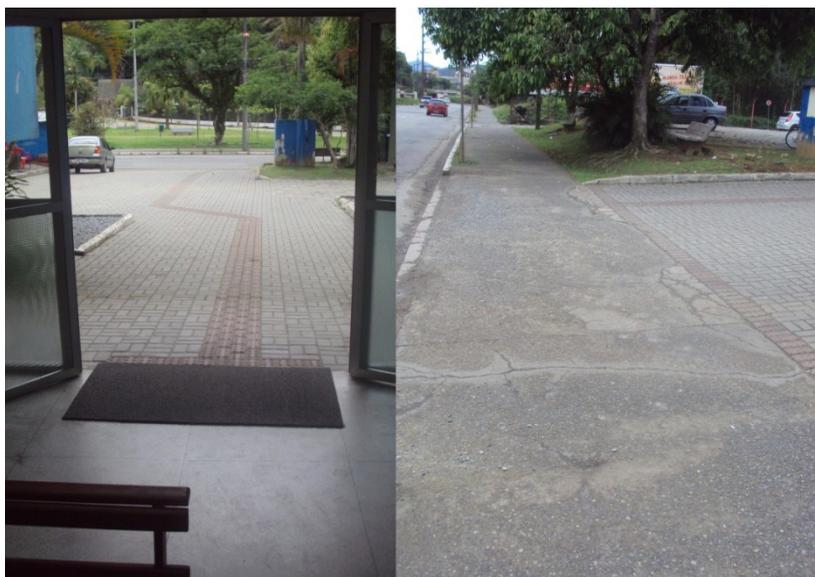


Figura 13 – Fonte: Pela autora – imagem propondo solução



Figura 14 – Fonte: <http://mopinim.wordpress.com/acessibilidade-para-jovens-cegos/> -

Proposta – 2

Descrição da proposta: Piso do estacionamento – se apresenta num estado regular, porém precisa de melhorias (nivelamento), pois não está plano dificultando a locomoção na frente da Policlínica.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004



Figura 15 – autora



Figura 16 – Modelo de solução:

Fonte: <http://mopinim.wordpress.com/acessibilidade-para-jovenscegos>

Proposta – 3

Descrição da proposta: Em substituição dos prendedores fixos no chão podem ser utilizando ímãs nas portas (ou braços mecânicos) com a função de segurá-las próximas as paredes.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004 e Lei municipal 7335 de Joinville.



Figura 17 - modelo atual - fonte: pela autora

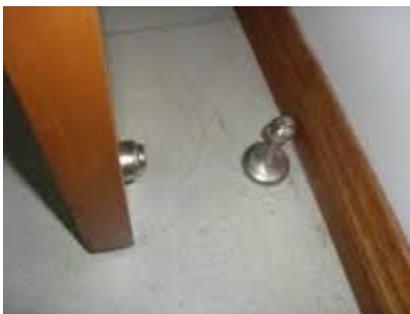


Figura 18 - Modelo da solução

Fonte: <http://mopinim.wordpress.com/acessibilidade-para-jovens-cegos/> -

Análise referente as propostas (1,2 e 3) segundo a definição 3.37 da (NBR,9050) define rota acessível como: Trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecta os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência. A rota acessível externa pode incorporar estacionamentos, calçadas rebaixadas, faixas de travessia de pedestres, rampas, etc. A rota acessível interna

pode incorporar corredores, pisos, rampas, escadas, elevadores etc. (NBR,9050).

Proposta – 4

Descrição da proposta: A caixa de fiações ligadas aos computadores do PAM pode ser aumentada de altura em relação ao chão, pois se apresenta numa posição em que pessoas podem se machucar na cabeça. Pode-se ser também realocada em local onde não exista transito de pessoas.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004



Figura 19 – modelo atual – fonte pela autora

Análise da proposta (4), para transposição de obstáculos, objetos e elementos com no máximo 0,40 m de extensão, a largura mínima do corredor deve ser de 0,80 m, conforme a definição 4.3.2. da (NBR, 9050) Acima de 0,40 m de extensão, a largura mínima deve ser de 0,90 m.de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre. Eventuais obstáculos, tais como marquises, faixas e placas de identificação, luminosos, e outros, devem se localizar a uma altura superior a 2,10 m. (NBR,9050).

Proposta – 5

Descrição da proposta: Colocar placas informativas com escrita em Braille.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004



Figura 20 – modelo atual – fonte pela autora



Figura 21 – Modelo de solução

Fonte: <http://mopinim.wordpress.com/acessibilidade-para-jovens-cegos/> -

De acordo com a definição 5.3 da (NBR,9050) as informações essenciais aos espaços nas edificações, no mobiliário, nos espaços e equipamentos urbanos devem ser sinalizadas de forma visual, tátil ou sonora. (NBR,9050).

Nas portas deve haver informação visual (número da sala, função etc.) ocupando área entre 1,40 m e 1,60 m do piso, localizada no centro da porta ou na parede adjacente, ocupando área a uma distância do batente entre 15 cm e 45 cm. A sinalização tátil (em Braille ou texto em relevo) deve ser instalada nos batentes ou vedado adjacente (parede, divisória ou painel), no lado onde estiver a maçaneta, a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m.(NBR,9050).

Proposta – 6

Descrição da proposta: Utilização de softwares (que convertem texto escrito em som) junto à interação entre paciente e uma policlínica de Joinville.

Incorporar o sistema de informática administrativo atual utilizado na policlínica PAM ao sistema DOSVOX.

As informações podem ser transmitidas digitalmente ao paciente. Nos totens na entrada do prédio podem informar ao paciente, via áudio – fone de ouvido, informações relativas aos procedimentos de atendimento na policlínica.

Capacitar os funcionários ao atendimento as pessoas com deficiência visual. Como capacitá-los na área de hotelaria hospitalar (humanização no atendimento) e capacitação dos médicos em relação aos sistemas informatizados de auxílio ao paciente com deficiência visual. O médico ou funcionário técnico-administrativo pode orientar na utilização do software de auxílio.

Justificativa da proposta: acessibilidade das informações.



Figura 22 Fonte: <http://mopinim.wordpress.com/acessibilidade-para-jovens-cegos/> -

Proposta – 7

Descrição da proposta: Ter banheiros com adaptação aos deficientes visuais. Existem adaptações aos cadeirantes e pessoas idosas.

Justificativa da proposta: ABNT NBR 9050:2004



Figura 23 – pela autora

Análise da proposta (7), os sanitários acessíveis devem localizar-se em rotas acessíveis, próximos à circulação principal, preferencialmente próximo ou integrados às demais instalações sanitárias, e ser devidamente sinalizados conforme a definição 5.4.4.2.da (NBR,9050).

Em sanitários acessíveis isolados é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 400 mm do piso acabado, para acionamento em caso de queda. Nas portas deve haver informação visual (número da sala, função etc.) ocupando área entre 1,40 m e 1,60 m do piso, localizada no centro da porta ou na parede adjacente, ocupando área a uma distância do batente entre 15 cm e 45 cm. A sinalização tátil (em Braille ou texto em relevo) deve ser instalada nos batentes ou vedo adjacente (parede, divisória ou painel), no lado onde estiver a maçaneta, a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m. (NBR,9050).

7 CONCLUSÃO

No decorrer desta pesquisa foi possível compreender com maior clareza a dificuldade existente no ambiente de saúde em relação ao termo acessibilidade. Conforme o que foi pesquisado, a ideia de acessibilidade vem sendo tratada desde o final da década de 40 e ainda hoje é discutida sua inclusão na sociedade como um todo.

Considerando os dados da pesquisa observa-se que o Brasil, já foi considerado um dos cinco países mais inclusivos das Américas, pois comprovou isso através dos seus arcabouços legais que garantem uma adequada proteção das pessoas com deficiência. Levando em consideração o contexto acima se observa que apesar de o Brasil já possuir uma legislação avançada, abrangente e moderna do ponto de vista científico-tecnológico, de nada adianta se não houver implementação da mesma no país para colocá-la em prática, e desta forma obter em termos práticos avanços no que diz respeito a seus referenciais legais e normativas na temática do acesso universal e a efetivação da acessibilidade no país.

Como podemos perceber ao longo da pesquisa os fatos legais apresentados afirmam o direito à acessibilidade no contexto hospitalar aos usuários com deficiência e reiteram o compromisso da gestão em articular ações que eliminem as barreiras que impedem ou obstruem a participação de todos os usuários no ambiente de saúde. Cabe, portanto aos gestores promover as condições necessárias para que esses direitos previstos em leis e normas como e o caso da normativa 9050 se efetive de maneira que possa abranger uma gama maior de usuários e satisfaça as necessidades dos mesmos, mais para isso é necessário um planejamento baseado nas características da comunidade local e de todos os envolvidos de maneira que promova a superação das reais barreiras de acesso com a finalidade de promover a inclusão social sem exclusão de qualquer um indivíduo.

Acredito que este material poderá contribuir de alguma forma com as práticas institucionais dos gestores que poderão utilizar dos referenciais teóricos, das leis e normas citadas neste

trabalho, como base para um planejamento futuro da sua instituição e aos poucos se adaptar para o atendimento adequado e seguro de todos os seus usuários, pois como mostra a pesquisa cabe ao ministério da saúde apoiar técnico e financeiramente os ambientes de saúde a se adaptar aos deficientes proporcionando-os melhores condições de acesso aos ambientes de saúde e eliminando assim as barreiras arquitetônicas que dificultem a efetiva integração e inclusão do mesmo.

REFERÊNCIAS

BERSCH, R. **Introdução à Tecnologia Assistiva**, 2005
Disponível em: http://www.cedionline.com.br/artigo_ta.html
Acesso: 02-11-2013

BOARETO, R. **Implementação de políticas municipais de acessibilidade. In: Brasil acessível: programa brasileiro de acessibilidade urbana. Brasília: Secretaria Nacional de transporte e da Mobilidade Urbana/Ministério das Cidades**, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
Acesso: 17-02-2014

----- . **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.**

Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm
acesso: 01-02-2014

----- . Presidência da República. **DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.**

Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
Acesso em: 01-02-2014

----- . Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

----- . Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Estrutura Física das unidades Básicas de Saúde**, Ministério da Saúde, 2ª ed; Brasília/DF, 2008.

CENSO, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000 disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm>
Acesso: 07-02-2014

CONDORCET, B. **A acessibilidade do conteúdo**, 2006
Disponível em:
http://intervox.nce.ufrj.br/~bernard/VI_encontro/4_ACESSI.T.XT
Acesso: 01-02-2014

COSTA G. R.V.; MAIOR, I. M. M. L.; LIMA, N. M. **Acessibilidade no Brasil: uma visão histórica**. In: **ATIID 2005: SEMINÁRIO, 3 E OFICINAS, 2. Acessibilidade, TI e Inclusão Digital**. USP/Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, 2005.
Disponível em:
<http://www.prodiam.sp.gov.br/multimedia/midia/cd_atiid/conteudo/ATIID2005/MR1/01/AcessibilidadeNoBrasilHistorico.pdf>.
Acesso em: 01-02-2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FRANCO, J. R.; DIAS, T. R. da S. **A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso**. Revista Benjamin Constant, Ano 11, n. 30, pp. 3-9, Rio de Janeiro, IBCENTRO, 2005.

GABRILLI, M. **Desenho Universal**, 2010
Disponível em:
http://www.vereadoramaraabrilli.com.br/files/universal_web.pdf
Acesso: 17-12-2013

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro, 1980, Edição Ecunêmica.

JANNUZZI, G.M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2004.

LEI 7335 Lei Municipal – estabelece obrigações gerais e critérios básicos de acessibilidade no município de Joinville, 2012

Disponível em:

<https://www.leismunicipais.com.br/a/sc/j/joinville/lei-ordinaria/2012/733/7335/lei-ordinaria-n-7335-2012-estabelece-obrigacoes-gerais-e-criterios-basicos-de-acessibilidade-no-municipio-de-joinville-2012-12-10.html>

Acesso: 01-11-2013

MACHADO, R. Educação especial na escola inclusiva: políticas, paradigmas e práticas. São Paulo: Cortez, 2009.

MAIOR, C.e Lima Pessoas com Deficiência, 2004

disponível em: [http://www.google.com.br/url?](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw)

[%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw)

[k9o5Spb9jeTwbFoakGyw](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D&ei=BRICU7PKJLPJ0gGd_4HQCA&usg=AFQjCNGioL9QKI k9o5Spb9jeTwbFoakGyw)

Acesso: 01-02-2014

NATALINI. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. 164p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. 2004

disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf

Acesso: 07-02-2014

ONU, Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, 2006.

disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=424&Itemid=)

[option=com_docman&task=doc_download&gid=424&Itemid=](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=424&Itemid=)

[acesso: 17-02-2014](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=424&Itemid=)

PEGLIUCA LMF, ARAGÃO AEA, ALMEIDA PC. **Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará.** *Rev Esc Enferm USP* 2006; 41(4):581-8.

PESQUISA, P. **Metodologias e conceitos de pesquisas**, 2010.
Disponível em: www.propesquisa.com.br/welcome.phtml?sec_cod:90
Acesso: 01-12-2013

PORTARIA 3.128. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2008
disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-3128.htm>
Acesso: 22-11-2013

QUEIROZ, M. A. de. **Acessibilidade web: tudo tem sua primeira vez**, 2006
Disponível em: <http://www.bengalalegal.com/capitulomaq.php>
Acesso: 01-11-2013

SASSAKI, R. K. **Inclusão: O paradigma do século 21.** Inclusão, Brasília, v.1, n.1, p. 19-23, out. 2005.

SENAI, **Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial**, 2013
Disponível em:
<http://www.senai.br/braille/historia.htm>
Acesso: 20-11-2013

SILVA, O. M. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje.** São Paulo: CEDAS, 1986.

TAVARES FILHO, **Acessibilidade**, 2002
Disponível em: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/10500/10500_3.PDF
Acesso: 01-02-2014

TEJA, M. **Acessibilidade**, 2006

Disponível em:

http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/10500/10500_3.PDF

Acesso: 01-02-2014

WIKIPEDIA. 2013. **Valentin Haüy**, 2013

Disponível em : http://pt.wikipedia.org/wiki/Valentin_Ha%C3%BCy

Acesso: 01-02-2014

NBR 9050, **Associação Brasileira de Normas Técnicas – Norma Brasileira**, 2004

Disponível em:

http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf

Acesso: 01/02/2014