

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO –
Pós ARQ**

Carlos Fernando Machado Pinto

**ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE
SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO**

Florianópolis
Maio de 2017

Carlos Fernando Machado Pinto

**ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE
SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.
Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Goulart Dorneles

Florianópolis
Maio de 2017

**ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE
SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo

Florianópolis, 30 de Maio de 2017.

Prof. Renato Saboya, Dr.

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo
(PósARQ)

Banca Examinadora:

Prof^a. Vanessa Goulart Dorneles, Dr^a.

Orientadora – Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo
(PósARQ)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^a. Vanessa Casarin, Dr^a.

Membro Interno – Programa de Pós-graduação em Arquitetura e
Urbanismo (PósARQ)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^a. Patrícia Blasi Cavalcanti, PhD.

Membro Externo – Departamento de Expressão Gráfica
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^a. Isabela Fernandes Andrade, Dr^a.

Membro Externo - Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pinto, Carlos Fernando Machado
ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS/SC: : UM ESTUDO DE CASO / Carlos
Fernando Machado Pinto ; orientadora, Vanessa
Goulart Dornelles, 2017.
318 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós
Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Florianópolis,
2017.

Inclui referências.

1. Arquitetura e Urbanismo. 2. Acessibilidade
Espacial; . 3. Barreiras de Acessibilidade; . 4.
Avaliação Pós-Ocupação. 5. Arquitetura e Centros de
Saúde; . I. Goulart Dornelles, Vanessa . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

*Dedico este trabalho aos meus pais, in
memoriam, pela paixão e coragem,
exemplos e ensinamentos que me
fizeram chegar até aqui.*

*E para quem me ensinou a não andar
com os pés no chão, a minha eterna
musa, Quel.*

AGRADECIMENTOS

Vinicius de Moraes sabiamente nos dizia: “a vida é pra valer, a vida é pra levar”. Este simples verso traduz bem esses dois anos de mestrado. Para quem ficou quase trinta anos afastado do meio acadêmico, voltar a estudar requereu muito esforço, dedicação e tempo, mas também trouxe um universo de novos amigos, novos horizontes e muita diversão. Muitos colaboraram para a elaboração deste trabalho e merecem meus agradecimentos, pois foram importantíssimos neste processo e, embora muitos não saibam, contribuíram para que eu chegasse ao final desta etapa.

À minha orientadora Vanessa Dornelles, pelas incansáveis orientações, pelo apoio incondicional nas tomadas de decisões, pelos ensinamentos, pelo acolhimento nos momentos finais deste trabalho, pela paciência em tratar com as minhas imensas dificuldades e, **fundamentalmente**, por acreditar em mim.

À Patrícia Cavalcanti, Vanessa Casarin e Isabela Andrade, professoras da banca por, desde a qualificação, se disponibilizarem a participar empenhando seu tempo para leitura, avaliação e contribuições tão importantes para o aprimoramento desta dissertação.

À Fernanda Menezes, colega de faculdade, por me “empurrar” para o mestrado. Obrigado por reforçar que a vida tem seus atalhos, e como foram fundamentais para este velho.

Ao Prof. Almir Reis, primeiro contato com uma disciplina de mestrado, por não me deixar desistir na primeira aula, pelos cafés e boas conversas.

À Prof^a Vera Bins Ely, por me apresentar este tema tão instigante, desvendando os caminhos da acessibilidade espacial.

A toda equipe do Centro de Saúde Jardim Atlântico, Andresa, Larissa, Adriana, Ana, Ricardo e Patrícia, pelo acolhimento e paciência pelos incômodos causados no período de pesquisa em campo.

Aos participantes dos passeios acompanhados, pela disponibilidade de tempo e pela contribuição para a pesquisa, sempre com muito humor e descontração.

À arquiteta da Secretaria Municipal de Saúde, pela disponibilidade em atender as dúvidas da pesquisa.

Às minhas queridas amigas e colegas “Fernandas”, Fernanda

Olinto e Fernanda Dill, por dividirmos orientação, dúvidas, certezas, erros, acertos, tristezas e alegrias. Por entender que tudo fica mais fácil quando se divide. Decididamente a autoestima é nosso ponto forte. Somamos uma amizade e companheirismo que, desejo, seja para toda a vida.

Ao grande amigo Murilo, parceiro de bar e das boas conversas, por me fazer sentir um jovem e por aprender muito contigo.

Este velho te admira muito.

Às colegas da disciplina “Estratégias Didáticas” um marco para mim dentro do Pós Arq pelas discussões, conhecimento, pelos churrascos na minha casa e muita, muita, descontração. Fica aqui um agradecimento especial para Eliane, Eliká, Paty, Luana, Mariana, Susan, Cristiane e para o Yuri.

Às incansáveis colegas “sídica” Lise e “anjo” Carol, por estarem sempre ajudando e incentivando até os minutos finais de entrega do trabalho. Carol, jamais esquecerei que me “salvou” ao lembrar, na última hora, do prazo para a prova de proficiência.

À minha família, pelas palavras de estímulo e pelas promessas de que há sim vida depois da dissertação.

Às minhas irmãs, Evelise e Darlene, por estarem sempre presentes com carinho e preocupações quase maternas ao mano distante.

Ao mano Darcy, muito mais que um irmão, um amigo. Muito mais que um amigo, uma referência. Companheiro de todos os momentos, confortando nas derrotas e vibrando nas conquistas. As frequentes conversas e incentivos foram fundamentais para chegar neste final.

À minha esposa, Quel, pelo companheirismo, pela cumplicidade, pelo apoio incondicional, por acreditar sempre e muito nos meus sonhos.

Sonhos sonhados juntos, são da nossa vida.

Aos meus filhos, Gabriel, Luiza e Fernando, pela paciência e por acreditar sempre. O pai tem um orgulho imenso de poder compartilhar uma vida com vocês.

À minha neta, minha bonequinha Ana Carolina, por adoçar, com sua ternura, este coração tão apaixonado e que lembre para o sempre deste vô “pinpipe”, pois nunca é tarde para realizarmos nossos

sonhos.

Aos “Jaentracansados”, um grupo de velhos amigos (ou amigos velhos) que nas sagradas terças-feiras insistem em jogar futebol, pelos momentos de descontração e relaxamento.

Ao Tiago e Isa, pelo acolhimento na distante Santa Maria, pelas conversas, pelos cafés, pelo pão caseiro e pelo churrasco, importantes neste momento para a viabilização final deste trabalho.

Por fim, à vida, por me ter propiciado conhecer tantas pessoas e por toda a felicidade vivida neste período.

*“Me ensina a não andar com os
pés no chão”
Chico Buarque, 1982.*

RESUMO

Essa pesquisa trata sobre as condições de acessibilidade espacial em Centros de Saúde em Florianópolis. Contrariando o senso comum que considera acessibilidade espacial um conceito voltado apenas para pessoas com deficiência, neste estudo considera-se que todas as pessoas devem ter acesso garantido a todos os ambientes de forma igualitária. Partindo-se do pressuposto de que há problemas de acessibilidade no Centro de Saúde Jardim Atlântico do município de Florianópolis, principalmente em função de que este edifício foi concebido anterior à publicação da revisão da NBR 9050 em 2015 e da NBR 16537 em 2016, *Norma de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos* e *Norma de Acessibilidade – Sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação*, respectivamente, questiona-se: quais aspectos de acessibilidade devem ser prioritários nesta edificação para garantir que as pessoas acessem os ambientes e realizem suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária? Buscando a resposta a este questionamento, foi realizado um estudo de caso onde se aplicou uma avaliação pós-ocupação em um Centro de Saúde localizado no município de Florianópolis. Com uma abordagem qualitativa, optou-se pela aplicação de multimétodos para a verificação dos fenômenos, detectando-se a abrangência de dados contidos na relação entre as barreiras de acessibilidade e os quatro componentes de Acessibilidade Espacial. Os métodos utilizados foram: visita exploratória; entrevista; walkthrough; planilhas de avaliação; passeio acompanhado e matriz de descobertas. A síntese dos resultados dos procedimentos metodológicos realizados no estudo de caso e descritos na Matriz de Descobertas, forneceu resultados que puderam ser tabelados em um quadro, com a síntese dos problemas encontrados em cada ambiente observado. Os ambientes do Centro de Saúde Jardim Atlântico que apresentaram maior quantidade de problemas e barreiras impeditivas à Acessibilidade Espacial foram: calçadas externas, sanitário masculino e recepção. Os procedimentos metodológicos que tiveram maior frequência de observações foram o Walkthrough técnico e as Planilhas de Avaliação. Em relação aos componentes de Acessibilidade Espacial, os que apareceram com mais

frequência foram Orientação Espacial e Uso. Para se definir quais aspectos de acessibilidade espacial são prioritários para o Centro de Saúde Jardim Atlântico, foi necessário observar as barreiras existentes apontadas por este estudo, e classificá-las em dificultosas ou impeditivas. Após análise dos dados, definiu-se que as barreiras que impedem as pessoas de acessar os ambientes e realizar suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária, devem ser consideradas prioritárias ao se elaborar projetos arquitetônicos e realizar adequações nos espaços. A partir dos dados levantados, foi possível propor recomendações projetuais para o Centro de Saúde Jardim Atlântico a fim de tornar acessíveis os ambientes que apresentam barreiras impeditivas de acessibilidade. Essas recomendações podem contribuir também para futuros projetos arquitetônicos e adequações dos espaços de outros Centros de Saúde, de modo que a acessibilidade espacial venha se tornar uma realidade em Centros de Saúde de Florianópolis.

Palavras-Chave: Acessibilidade Espacial; Arquitetura e Centros de Saúde; Barreiras de Acessibilidade; Avaliação Pós-Ocupação.

ABSTRACT

This research deals with the spatial accessibility conditions in Health Centers in the city of Florianópolis. Contradicting the common sense that considers spatial accessibility a concept directed only to people with disabilities, this study considers that all people should have access guaranteed to all places in an equal way. Starting from the assumption that there are problems with accessibility at Jardim Atlântico Health Center, located in the city of Florianópolis, especially considering that this building was conceived prior to the publication of NBR 9050 Revision in 2015 and NBR 165737 in 2016, Standards of Accessibility to buildings, furniture, urban spaces and equipments and Standards of Accessibility – Tactil signaling on floor – Guidelines for preparation of Design and Installation, respectively, we then question: which aspects of accessibility should be prioritized on this building to guarantee that people can access every room and do their activities with safety, independence and in an equal way? Looking for the answer to this question, we did a case study where we applied a post-occupation evaluation in a Health Center located in the city of Florianópolis. Using a quality approach, we opted for the application of multi-methods to verify the phenomena, detecting the extent of data contained in the relation between the barriers to accessibility and the four components of Spatial Accessibility. The methods used were: exploratory visit; interview; walkthrough; evaluation spreadsheets; a together walk and discovery matrix. The methodological procedure result synthesis from the case study and described on the Discovery Matrix provided results that could be tabulated in a list, with the synthesis of the problems found in each observed area of the building. The Jardim Atlântico Health Center areas that presented more hindrance problems and barriers to Spatial Accessibility were: external sidewalks, male restrooms and lobby. The methodological procedures that had the highest frequency of observations were the technical walkthrough and the Evaluation Spreadsheets. In relation to Spatial Accessibility components, the most frequent were Spatial Orientation and Use. To define which aspects of spatial accessibility should be prioritized at Jardim Atlântico Health Center, it was necessary to observe the existing barriers pointed out by

this study, and then classify them in difficult or blocking. After analyzing the data, we concluded that the barriers that prevent people from accessing the places and do their activities with safety, independence and in an equal way should be considered a priority when drawing architectural designs and doing space adequacy. With the data obtained, it was possible to propose design recommendations to Jardim Atlântico Health Center in order to make accessible the places that presented accessibility blocking barriers. These recommendations can also contribute to future architectural designs and space adequateness in other Health Centers, so that spatial accessibility become a reality in Health Centers in Florianópolis.

Key words: Spatial Accessibility; Architecture and Health Centers; Accessibility Barriers; Post-occupation Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componente - Orientação Espacial – informações arquitetônicas contidas no ambiente.....	59
Figura 2 - Componente - Comunicação - uso de tecnologia assistiva permite a comunicação das pessoas.....	61
Figura 3 - Componente - Deslocamento – piso e barreiras dificultam o deslocamento.....	62
Figura 4 - Componente Uso - mobiliário com altura adequada permite aproximação do usuário	64
Figura 5 - Relação de ESF - população e porte de Centro de Saúde.....	69
Figura 6 - Padrão 1 - planta baixa.....	75
Figura 7 - Padrão 2 - planta baixa.....	76
Figura 8 - Padrão 3 - planta baixa.....	77
Figura 9 - Padrão 4 - planta baixa.....	78
Figura 10 - Centro de Saúde – situação.....	84
Figura 11 - Centro de Saúde Jardim Atlântico.....	85
Figura 12 - Centro de Saúde Jardim Atlântico - Implantação.....	86
Figura 13 - Centro de Saúde - Setorização	87
Figura 14 - Centro de saúde -Área externa em frente	88
Figura 15 - Centro de Saúde - Acesso lateral e acesso principal	89
Figura 16 - Hall térreo - elevador	90
Figura 17 - Estacionamento - elevador.....	90
Figura 18 - Estacionamento - acesso.....	90
Figura 19 - Sala compressor e gramado	90
Figura 20 - Início rampa fundos.....	91
Figura 21 - Frente - mureta - gramado.....	91
Figura 22 - Corte BB - Centro de Saúde Jardim Atlântico.....	93
Figura 23 - Planta baixa do pavimento térreo.....	94
Figura 24 - Pavimento subsolo - Centro de Saúde Jardim Atlântico	96
Figura 25 - Percurso do <i>Walkthrough</i> Técnico	108
Figura 26 - Percurso <i>Walkthrough</i> Funcionários.....	123
Figura 27 - Modelo de Planilha de Avaliação	136
Figura 28 - Rua em frente.....	139
Figura 29 - Calçada	139
Figura 30 - Estacionamento interno	140

Figura 31 - Degrau na entrada	141
Figura 32 - Degrau escada/sem sinalização	141
Figura 33 - Rampa acessível	142
Figura 34 - Acesso principal	142
Figura 35 - Elevador térreo	143
Figura 36 - Elevador estacionamento	143
Figura 37 - Recepção - informações	144
Figura 38 - Recepção – placa informativa	144
Figura 39 - Hall - circulação	145
Figura 40 - Recepção – balcão atendimento.....	145
Figura 41 - Porta principal - desnível	146
Figura 42 - Porta principal.....	146
Figura 43 - Circulação consultórios médicos.....	147
Figura 44 - Circulação -impressora.....	147
Figura 45 - Circulação consultório odontológico	147
Figura 46 - Circulação sala de vacina	147
Figura 47 - Consultório médico	148
Figura 48 - Consultório odontológico	148
Figura 49 - Sala de procedimentos.....	148
Figura 50 - Curativos	148
Figura 51 - Identificação dos ambientes	149
Figura 52 - Sanitário feminino.....	150
Figura 53 - Sanitário masculino.....	150
Figura 54 - Sanitário acessível.....	150
Figura 55 - Placa sanitário acessível.....	151
Figura 56 - Placas sanitários.....	151
Figura 57 - Passeio acompanhado A	158
Figura 58 - Percurso Passeio Acompanhado A.....	160
Figura 59 - Vaga de estacionamento e mureta.....	162
Figura 60 - Elevador do estacionamento	162
Figura 61 - Acesso elevador	162
Figura 62 - Rampa de acesso estacionamento.....	162
Figura 63 - Acesso principal	163
Figura 64 - Calçada	163
Figura 65 - Portão da rampa fechado	163
Figura 66 - Patamar da rampa.....	163
Figura 67 - Rampa de acesso.....	165

Figura 68 - Balcão da recepção.....	165
Figura 69 - Consultório médico	165
Figura 70 - Consultório médico	165
Figura 71 - Sanitário acessível	167
Figura 72 - Sanitário feminino – bancada lavatório	167
Figura 73 - Sanitário feminino - boxes.....	167
Figura 74 - Bebedouro.....	167
Figura 75 - Passeio Acompanhado B	168
Figura 76 - Percurso Passeio Acompanhado B	170
Figura 77 - Rampa de acesso	172
Figura 78 - Porta principal	172
Figura 79 - Balcão da recepção.....	172
Figura 80 - Consultório médico	172
Figura 81 - Sanitário do consultório	173
Figura 82 - Sanitário acessível	173
Figura 83 - Sanitário acessível – tampa do sanitário	173
Figura 84 - Bebedouro.....	173
Figura 85 - Passeio Acompanhado C	174
Figura 86 - Percurso do Passeio Acompanhado C	175
Figura 87 - Calçada oposta	176
Figura 88 - Obstáculos na rua.....	176
Figura 89 - Degrau no portão	176
Figura 90 - Porta de entrada	176
Figura 91 - Balcão recepção	177
Figura 92 - Circulação – obstáculo.....	177
Figura 93 - banco de espera - obstáculo	177
Figura 94 - Obstáculo impressora.....	179
Figura 95 - Cruzamento circulações	179
Figura 96 - Porta sanitário acessível.....	180
Figura 97 - Sanitário masculino-Bancada	180
Figura 98 - Mictório	181
Figura 99 - Vaso sanitário	181
Figura 100 - Obstáculo na porta	181
Figura 101 - Balcão farmácia	182
Figura 102 - Porta Principal	182
Figura 103 - Porta principal - saída.....	182
Figura 104 - Calçada - piso tátil	182

Figura 105 - Passeio Acompanhado D.....	184
Figura 106 - Percurso Passeio Acompanhado D	185
Figura 107 - Piso tátil alerta	187
Figura 108 - Porta - degrau	187
Figura 109 - Balcão recepção	187
Figura 110 - Piso e parede -contraste	187
Figura 111 - Obstáculo - impressora	188
Figura 112 - Cruzamento de circulações	189
Figura 113 - Consultório odontológico	189
Figura 114 - Obstáculos - mobiliário	190
Figura 115 - Descendo escada	190
Figura 116 - Passeio Acompanhado E	191
Figura 117 - Percurso Passeio Acompanhado E	192
Figura 118 - Escada-corrimão.....	194
Figura 119 - Recepção.....	194
Figura 120 - Início circulação consultórios.....	194
Figura 121 - Cruzamento das circulações dos consultórios	194
Figura 122 - Consultório odontológico - porta.....	194
Figura 123 - Consultório odontológico	194
Figura 124 - Circulação vacinas	195
Figura 125 - Obstáculo - brinquedo	195
Figura 126 - Porta vidro - puxador	196
Figura 127 - Portão trancado	196
Figura 128 - Passeio Acompanhado F	197
Figura 129 - Percurso Passeio Acompanhado F	198
Figura 130 - Escada de acesso.....	199
Figura 131 - Porta de vidro.....	199
Figura 132 - Balcão de recepção	199
Figura 133 - Circulação.....	199
Figura 134 - Consultório médico	200
Figura 135 - Sanitário acessível	200
Figura 136 - Hall dos sanitários	201
Figura 137 - Sala procedimentos.....	201
Figura 138 - Matriz de Descobertas - setores	208
Figura 139 - Matriz de Descobertas - modelo.....	209
Figura 140 - Matriz de Descobertas – SETOR 1.....	210
Figura 141 - Matriz de Descobertas - SETOR 2.....	211

Figura 142 - Matriz de Descobertas – SETOR 3	212
Figura 143 - Diretriz projetual para o Centro de Saúde	221

LISTA DE TABELAS


Tabela 1 - Etapas da pesquisa	42
Tabela 2 -Tipologias dos padrões	79
Tabela 3 - Resultado <i>Walkthrough</i> Técnico.....	111
Tabela 4 - Resultado <i>Walkthrough</i> dos Funcionários.....	126
Tabela 5 - Planilha de avaliação - ambientes avaliados	137
Tabela 6 - Resumo dos participantes - passeio acompanhado	157
Tabela 7 - Síntese das limitações de cada participante com os componentes de acessibilidade identificados no passeio acompanhado.....	205
Tabela 8 - Síntese da avaliação da Matriz de Descobertas	215
Tabela 9 - Síntese das prioridades.....	216

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABNT/ CB-40	Comitê Brasileiro de Acessibilidade
ACIC	Associação Catarinense para Integração do Cego
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APO	Avaliação Pós-Ocupação
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CEA	Conceito Europeu de Acessibilidade
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CREA	Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura
CS	Centro de Saúde
CUB	Custo Unitário Básico
DAB	Departamento de Atenção Básica
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IAB	Instituto de Arquitetos do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
MP-SC	Ministério Público do Estado de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência da Saúde Familiar
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMAQ	Programa de melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção

Básica

PET	Programa de Educação Tutorial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PósARQ	Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo
RDC	Regime Diferenciado de Contratação
RDC 50	Resolução da Diretoria Colegiada nº 50
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo



LISTA DE SÍMBOLOS



Componente de Acessibilidade: Orientação e Informação



Componente de Acessibilidade: Comunicação



Componente de Acessibilidade: Deslocamento



Componente de Acessibilidade: Uso

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	VI
AGRADECIMENTOS.....	IX
RESUMO	XV
ABSTRACT	XVII
LISTA DE FIGURAS.....	XIX
LISTA DE TABELAS.....	XXV
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XXVII
LISTA DE SÍMBOLOS.....	XXIX
SUMÁRIO	XXXI
1 INTRODUÇÃO.....	35
1.1 Apresentação.....	35
1.2 Justificativa	37
1.3 Questão da pesquisa	40
1.4 Objetivos.....	41
1.4.1 OBJETIVO GERAL	41
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
1.5 Metodologia	41
1.5.1 Etapa 1.....	42
1.5.2 Etapa 2.....	43
1.5.3 Etapa 3.....	47
1.5.4 Etapa 4.....	47
1.6 Estrutura da Dissertação	47

2 - ACESSIBILIDADE ESPACIAL	49
2.1 Deficiência e Restrição	50
2.2 Barreiras de Acessibilidade	53
2.3 Conceito de Acessibilidade	55
2.4 Componentes de Acessibilidade Espacial	58
2.4.1 Orientação Espacial.....	59
2.4.2 Comunicação.....	61
2.4.3 Deslocamento	62
2.4.4 Uso	64
3 CENTROS DE SAÚDE E ARQUITETURA	67
3.1 Projetos Padronizados.....	74
3.2 Tipologia.....	78
4 ESTUDO DE CASO: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO- FLORIANÓPOLIS/SC	81
4.1 Escolha do Estudo de Caso.....	81
4.2 aproximação com o campo.....	83
4.2.1 Visita Exploratória	83
4.2.2 Pesquisa Documental.....	91
4.3 entrevistas.....	97
4.3.1 Entrevista com a Arquiteta	98
4.3.2 Sobre a Aplicação do Método.....	98
4.3.3 Resultados da Entrevista.....	98
4.3.4 Entrevista com a Coordenadora	102
4.3.5 Sobre a Aplicação do Método.....	102
4.3.6 Resultados da Entrevista.....	103
4.4 Walkthrough	105
4.4.1 <i>Walkthrough</i> Técnico	106

4.4.2 Resultados	109
4.4.3 <i>Walkthrough</i> dos Funcionários	120
4.4.4 Resultados	124
4.4.5 Considerações Gerais Sobre a Aplicação do <i>Walkthrough</i>	131
4.5 Planilhas de Avaliação	132
4.6.1 Resultado da Aplicação	138
4.6.2 Considerações Gerais Sobre a Aplicação das Planilhas	151
4.5 Passeio Acompanhado	154
4.5.1 A elaboração do Passeio Acompanhado	155
4.5.2 Caracterização da Amostra.....	156
4.5.3 Descrição dos Passeios Acompanhados	158
4.5.4 Considerações Gerais Sobre a Aplicação dos Passeios Acompanhados	202
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	207
5.1 Matriz de Descobertas.....	207
5.2 Resultado da Matriz de Descobertas.....	208
5.3 Análise dos Resultados	213
6 RECOMENDAÇÕES PARA O CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO	219
7 CONCLUSÕES	223
7.1 Sugestões para Futuras Pesquisas.....	228
8 REFERÊNCIAS	229
9 APÊNDICES	243
9 ANEXOS	309

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

As pessoas não são iguais e têm formas diferentes de interagir com os espaços. Esta assertiva permeia esta pesquisa, contrariando o senso comum que considera acessibilidade espacial um conceito voltado apenas para pessoas com deficiência e entendendo a abrangência do conceito pensado para todas as pessoas, sem distinção. Alto ou baixo, magro ou obeso são apenas algumas características físicas que exemplificam claramente as diferenças dos seres humanos. As pessoas podem possuir algum tipo de restrição¹, que é resultante da relação entre o indivíduo e o ambiente, algum tipo de transtorno ou mesmo uma deficiência e cada um interage à sua maneira com o seu entorno.

Independentemente de suas peculiaridades ou mesmo limitações, é fundamental entender que TODAS as pessoas, sem exceção, devem ter acesso garantido a todos os ambientes para que possam realizar suas atividades da melhor forma possível, com independência, segurança e de maneira mais igualitária. As mais comuns entre todas as barreiras relacionadas à arquitetura são as barreiras de ordem física e informativa, que restringem o acesso das pessoas aos espaços, impossibilitando-as de exercer suas atividades e, por conseguinte, sua cidadania.

A associação do conceito de acessibilidade com as pessoas com deficiência teve seu início no período pós-guerra, quando organizações internacionais implementaram ações no intuito de minimizar barreiras físicas dos ambientes devido ao grande número de pessoas mutiladas ou com sequelas físicas e psicológicas resultantes dos combates (LEONART, 2007). O conceito de Desenho Universal também tem sua origem no pós-guerra, na década de 50, quando se voltou a atenção para projetos que atendessem as pessoas com deficiência, eliminando obstáculos dos ambientes construídos. Entre as décadas de 60 e 80, nos E.U.A. e Europa, foram criados direitos civis protegendo essas pessoas e pela primeira vez o projeto arquitetônico passa a ser reconhecido como uma condição para

¹ Termo empregado por Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012, p.17) para “[...] designar as dificuldades resultantes da relação entre as condições dos indivíduos e as características do meio ambiente na realização de atividades.”

o alcance desses direitos, buscando-se a igualdade de oportunidades. É neste período que a discussão sobre a necessidade de retirada de barreiras ambientais como forma de garantir direitos iguais provoca uma mudança no ato de projetar. O termo Desenho Universal passa a ser utilizado a partir de 1987, quando o arquiteto Ron Mace começa a defender não o surgimento de uma nova ciência, mas sim, uma necessidade de que todas as coisas que são projetadas e produzidas sejam utilizáveis por todas as pessoas, independentemente de suas diferenças (BERNARDI e KOWALTOSKI, 2005).

Acessibilidade Espacial e Desenho Universal são dois conceitos que possuem como objetivo a qualidade da interação entre pessoas e ambientes e que podem ser entendidos como conceitos similares, porém são distintos. A Acessibilidade Espacial está focada em aspectos técnicos do espaço que podem contribuir para a interação do usuário com o mesmo, enquanto o Desenho Universal se volta mais para uma filosofia de projeto, visando um processo projetual centrado nas pessoas (FROYEN, 2012).

Esta pesquisa opta pela Acessibilidade Espacial e não pelo Desenho Universal, por entender que são aspectos técnicos que devem ser avaliados nas edificações. De acordo com Decreto Nº 5.296 de 2 de Dezembro de 2004, todas as edificações de uso público ou coletivo devem estar acessíveis as pessoas de modo que circulem com autonomia, segurança e de forma igualitária.

Considera-se que entre as principais edificações públicas estão aquelas de atendimento à saúde das pessoas, entre elas, os Centros de Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, estes são, edificações de atendimento público e caracterizam-se pelo atendimento básico de saúde à população, sendo a estrutura física de suporte para os Programas de Saúde da Família. Nestas edificações os usuários dispõem de diversos serviços na área da saúde, tais como: pediatria, ginecologia, enfermagem, clínica geral, odontologia, consultas, fornecimento de medicamentos, curativos, inalações, vacinas, encaminhamento a inúmeras especialidades médicas e, até mesmo, atividades relacionadas ao tratamento odontológico (BRASIL, 2012).

A cidade de Florianópolis é reconhecida pela qualidade de seu atendimento no Sistema Único de Saúde². A implantação dos programas de Atenção Básica, os quais objetivam atingir gradualmente uma maior cobertura do atendimento da população pelas Equipes de Saúde da Família, compõe um dos fatores que contribuem para a qualificação do atendimento de saúde pública no Município. Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, a partir de indicadores de desempenho como o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) apontam, em 2011, uma cobertura de 86,34%³ de pessoas atendidas pelas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016).

Sendo assim, essa pesquisa trata sobre as condições de acessibilidade espacial em Centros de Saúde em Florianópolis. Nesse sentido, questiona-se se as edificações que abrigam os Centros de Saúde atendem aos requisitos que garantem acessibilidade para seus usuários.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se justifica principalmente devido a quatro aspectos:

1. A acessibilidade espacial deve ser uma condição prevista no planejamento e execução de todos os espaços;
2. A revisão da NBR 9050, em 2015, e a criação da NBR 16.537, trouxeram novos aspectos e parâmetros que precisam ser avaliados nos Centros de Saúde;
3. Os Centros de Saúde são locais que recebem uma diversidade de pessoas com diferentes capacidades e devem prever conforto e segurança a todos;
4. Pessoas com deficiência e idosos, que têm mais restrições no uso dos espaços, são pessoas que comumente utilizam os Centros de Saúde.

A acessibilidade é importante em todos os lugares, pois consiste em oportunizar que todas as pessoas acessem e utilizem com segurança

² Ver reportagens na mídia através dos seguintes links: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/07/postos-medicos-dao-exemplo-de-bom-funcionamento-na-atencao-basica.html>;

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina¬i=17376>

³ Há 10 anos (2006) eram 39,7% da população coberta. Dados fornecidos pelo DATASUS, Sistema de Informática do SUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

e independência as edificações de maneira geral. O conceito de acessibilidade aproxima-se ao de cidadania, onde o direito constitucional de ir e vir (BRASIL, 1988) é a garantia de que todos os cidadãos tenham acesso à saúde, educação, trabalho, participando efetivamente da sociedade, com dignidade e sem distinção.

A sociedade tem vivenciado uma mudança de paradigma com o aumento da participação das pessoas com deficiência nos diversos segmentos sociais. Este processo teve seu início com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris (ONU, 1948). Desde então as legislações vêm, crescentemente, garantindo a acessibilidade das pessoas nos diversos espaços.

Outro fator que justifica esta pesquisa é a revisão da norma que trata da acessibilidade de pessoas com deficiência às edificações, a NBR 9050. Isto ocorreu em 2015 e torna importante avaliar a acessibilidade em edifícios públicos, uma vez que os parâmetros foram revisados para assegurar melhores condições de vivência dos espaços por todas as pessoas. Além disso, em 2016 foi criada a norma que estabelece critérios e parâmetros técnicos observados para a elaboração de projeto e instalação de sinalização tátil no piso, a NBR 16.537.

De acordo com o Decreto 5.296 de 2004, todas as edificações públicas devem ser acessíveis. Este decreto previu o prazo máximo de até trinta meses para garantir a acessibilidade para as edificações de uso público e de quarenta e oito meses para as edificações de uso coletivo existentes na época. Na data de publicação desta pesquisa já se passaram 13 anos e ainda questiona-se a acessibilidade nos edifícios públicos.

A importância das edificações públicas garantirem a acessibilidade de seus usuários aumenta quando estas edificações são destinadas a quem busca atendimento de saúde, muitas vezes pessoas com deficiências ou limitações e emocionalmente abatidas. A garantia do acesso da população ao sistema de saúde é definida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 garantindo, de modo igualitário, o acesso de todos os cidadãos ao Sistema Único de Saúde (SUS) onde os Centros de Saúde⁴ são a primeira

⁴ Os Centros de Saúde são o primeiro nível de atendimento e têm como atribuição definida pela RDC 50/2002 a “prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital dia”. Existem outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

instância de acesso de todos os cidadãos à rede de saúde pública nacional.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, descreve no Censo de 2010 a prevalência de quatro diferentes tipos de deficiências na população brasileira: auditiva, motora, mental⁵ ou intelectual e visual. Não fica claro se nesta classificação foram consideradas outras deficiências relacionadas ao sistema sensorial, como a olfativa e a tátil.

Neste mesmo censo, o IBGE aponta uma população total no Brasil de 190.732.694 pessoas, sendo que destas, 45.623.910 (23,9%) possuem alguma deficiência. Tais dados alertam para o fato de que quase um quarto da população brasileira possui algum tipo de deficiência. Cabe também a reflexão sobre a metodologia aplicada, visto que neste caso estão sendo considerados como Pessoas com Deficiência qualquer nível de incapacidade⁶, pois as pessoas pesquisadas que têm dificuldades de níveis mais leves poderiam estar categorizadas como pessoas com limitação funcional leve, reduzindo-se os percentuais generalizados. Mesmo assim, entende-se que mesmo com critérios mais restritivos e alinhados com a realidade sócio cultural, há um número relevante de pessoas com deficiência, o que torna a acessibilidade um aspecto focal para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e sem restrições.

Para Kauchakje (2012), entre os fatores considerados causadores do aumento do número de pessoas com deficiência ou restrições, destacam-se os seguintes: 1) de cunho social, como a violência urbana, a desnutrição e a insuficiência no atendimento e na prevenção de doenças voltadas às mulheres em idade fértil; 2) a geografia - física, social e econômica – que afeta as pessoas com deficiência em sua acessibilidade,

(EAS) que diferem do Centro de Saúde pela complexidade de atendimento como: atendimentos de urgência e de baixa e média complexidade e atendimento de saúde em sistema de internações (ANVISA, 2002).

⁵ As perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose não foram consideradas como deficiência mental ou intelectual pelo IBGE. (BRASIL, CARTILHA DO CENSO 2010, 2012, p. 29)

⁶ Para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, o que produz uma incapacidade, ou não, é a interação dos fatores do contexto (ambiente físico e social) em relação as características de saúde de cada indivíduo. A CIF utiliza o termo “incapacidade” para designar um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social (CIF, 2008).

pois o lugar onde a pessoa nasce e se desenvolve tem grande influência na sua qualidade de vida, na realização de suas aspirações e na participação plena em suas comunidades; o aumento da longevidade e a diminuição da taxa de mortalidade são dois fatores que contribuem para um processo de transição demográfica observado no país (BRASIL, SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2012).

Os dados do panorama nacional das pessoas com deficiência, cerca de 23% da população brasileira, assemelha-se com Florianópolis que, segundo o censo de 2010, atinge percentuais próximos a 19% (IBGE, 2010). Florianópolis caracteriza-se por uma elevada e crescente população de idosos e a proporção de pessoas idosas encontra-se acima da média nacional, segundo dados censitários dos anos de 2000 e 2010 (IBGE, 2010). No último censo, 2010, a média nacional foi de 10,79% e a do município foi de 11,43% (BRASIL, 2016).

Diante do acima exposto, torna-se importante a avaliação das condições de acessibilidade em Centros de Saúde, identificando quais devem ser os aspectos prioritários para assegurar a Acessibilidade Espacial nestas edificações. Só assim será possível definir critérios para elaboração de futuros projetos de arquitetura que garantam o acesso de todas as pessoas, sem distinção, a todos os ambientes de modo que possam realizar suas atividades da melhor forma possível, com independência, segurança e de maneira igualitária.

1.3 QUESTÃO DA PESQUISA

Partindo-se do pressuposto que há problemas de acessibilidade nos Centros de Saúde do município de Florianópolis, principalmente em função de que estes edifícios foram concebidos anteriormente ao dia 11 de Outubro de 2015, data da validação da recente revisão da NBR 9050, questiona-se quais aspectos de acessibilidade devem ser prioritários nestas edificações para garantir que as pessoas acessem os ambientes e realizem suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar aspectos prioritários para assegurar a Acessibilidade Espacial em Centros de Saúde, a partir da realização de um estudo de caso no Centro de Saúde Jardim Atlântico – Florianópolis/SC.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender o panorama geral da estrutura de saúde pública do município de Florianópolis – SC;
2. Identificar os parâmetros projetuais da NBR 9050/2015 que são aplicáveis aos Centros de Saúde;
3. Avaliar as condições de acessibilidade para Centro de Saúde a partir de diferentes instrumentos metodológicos;
4. Sugerir melhorias de acessibilidade para o Centro de Saúde Jardim Atlântico;

1.5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e classificada como uma Avaliação Pós-Ocupação – APO, que se utiliza de uma abordagem multimétodos.

Para Gil (2002), uma pesquisa exploratória visa maior aproximação com a problemática, envolvendo levantamento bibliográfico, documental e entrevistas para melhor entendimento do problema, porém sem controle do seu resultado. No entendimento de Severino (2007), a pesquisa exploratória levanta dados, delimita um campo de trabalho e, desta forma, prepara para a análise do problema.

Nesta pesquisa a exploração se deu por meio de levantamento bibliográfico e documental e ainda entrevistas com pessoas relacionadas aos Centros de Saúde, além de outros métodos que também serão aplicados, caracterizando uma APO. Tem uma abordagem qualitativa por preocupar-se com uma realidade não quantificável, analisando com maior profundidade relações, processos e fenômenos. (MINAYO, 2001).

Os métodos utilizados se caracterizam como APO em função de avaliar sistematicamente o ambiente construído a partir de um estudo de caso e que consiste no estudo profundo e detalhado de uma edificação após a sua execução e já em uso pelas pessoas. De acordo com Ornstein (1992, p.12) a APO é “um dos meios de se avaliar sistematicamente ambientes construídos e, também, para criar procedimentos que visem o bem estar do usuário”. As metas de uma APO são as de promover a ação (ou intervenção), objetivando a melhoria da qualidade dos ambientes e, por conseguinte, dos seus usuários e, também, produzir um banco de dados, gerando conhecimento sistematizado dos ambientes e as próprias relações das pessoas com este ambiente (ORNSTEIN, 1992).

A APO desenvolvida neste trabalho congrega multimétodos por envolver a aplicação de diferentes procedimentos de pesquisa para a avaliação do ambiente construído⁷. Esta pesquisa foi estruturada em 4 etapas:

Tabela 1 – Etapas da pesquisa

ETAPA 1	APROXIMAÇÃO TEÓRICA	Investigam-se as referências teóricas sobre o tema e a pesquisa documental do projeto padrão e das tipologias CS
ETAPA 2	ESTUDO DE CASO	- Visitas exploratórias - Entrevistas semiestruturadas - Passeios Acompanhados - Planilhas de Avaliação - Walkthrough
ETAPA 3	ANÁLISE DOS RESULTADOS	Matriz de descobertas
ETAPA 4	RECOMENDAÇÕES	Contribuição para a melhoria projetual dos Centros de Saúde

Fonte: autor

1.5.1 Etapa 1

A primeira etapa, *Aproximação Teórica*, teve como objetivo aproximar o pesquisador ao tema e obtenção de dados que possibilitaram a avaliação e a crítica dos projetos quanto à acessibilidade. Os temas teóricos estudados foram: saúde pública relacionada à arquitetura e acessibilidade espacial. Esta etapa ainda contou com a

⁷ Os diferentes procedimentos de pesquisa utilizados nesta pesquisa estão descritos mais adiante.

análise documental dos projetos de tipologias existentes no Ministério da Saúde.

1.5.2 Etapa 2

A segunda etapa, que se configurou como o *estudo de caso*, contou com a análise documental do projeto do Centro de Saúde e a APO. Os procedimentos metodológicos utilizados na APO foram os seguintes:

a) **Visita Exploratória:**

- Conceito: consiste no primeiro contato com o campo da pesquisa a fim de realizar um reconhecimento inicial do local, buscando-se ambientação do mesmo antes da aplicação dos instrumentos metodológicos (OLIVEIRA, 2006);
- Objetivo: observação do local do estudo de caso, tendo como foco a análise do exterior da edificação, bem como do entorno imediato da mesma, a funcionalidade e a setorização dos espaços internos;
- Como foi: foi efetuada uma visita no dia 27 de julho de 2016. Nesta visita foi realizado um passeio na companhia de um funcionário do Centro de Saúde Jardim Atlântico, sem permissão de realização de fotografias no interior da edificação, apenas nas áreas externas.

b) **Entrevistas:**

- Conceito: a entrevista se configura como uma conversa gerada entre duas pessoas, na qual o entrevistador interroga a outra buscando respostas para uma pauta que contenha um conjunto de questões previamente formuladas (RHEINGANTZ et al., 2009);
- Objetivo: obter informações relativas ao projeto arquitetônico e às questões de acessibilidade junto às pessoas envolvidas diretamente com o estudo de caso;

- Como foi: para esta pesquisa adotou-se o método de *Entrevistas Semiestruturadas*. Após a elaboração prévia de um roteiro, foram realizadas duas entrevistas: 1) com a arquiteta da Prefeitura Municipal de Florianópolis responsável pela elaboração do projeto arquitetônico, no dia 27 de Junho de 2015, no seu local de trabalho. A entrevista foi gravada, depois foi feita a transcrição do áudio e posteriormente realizada a análise dos dados. Teve duração de cinquenta e seis minutos e trinta e seis segundos. 2) com a Coordenadora do Centro de Saúde Jardim Atlântico no dia 7 de Novembro de 2016, também no seu local de trabalho. Da mesma forma como se procedeu com a entrevista da arquiteta, a entrevista foi gravada, depois feita a transcrição do áudio e posteriormente realizada a análise dos dados. Teve duração de uma hora e trinta minutos.

c) **Walkthrough:**

- Conceito: método de análise dos ambientes de edificações que compreende um percurso dialogado entre pesquisador e participante, complementado por registro de fotografias, croquis e gravação de áudio e/ou vídeo para identificar de maneira mais rápida e prática os principais problemas de um ambiente construído (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009);
- Objetivo: buscar informações sobre questões de acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico;
- Como foi: foram realizados dois procedimentos de Walkthrough: 1) WALKTHROUGH TÉCNICO, feito pelo próprio pesquisador. As observações foram feitas sob o ponto de vista técnico e focando apenas nas questões de acessibilidade espacial: orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso. A atividade foi realizada no dia 22 de Novembro de 2016 e teve duração de 47 minutos. O pesquisador utilizou como

instrumentos uma planta baixa da edificação, um gravador de voz e uma máquina fotográfica; 2) WALKTHROUGH DE FUNCIONÁRIOS⁸, com quatro funcionários da instituição: uma médica, uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de enfermagem e um dentista. O procedimento foi realizado individualmente com cada um dos participantes. O roteiro foi definido pelo pesquisador, que acompanhou os participantes e realizou registro por meio de áudio e fotografia. Cada participante levou em média 23 minutos de percurso.

d) **Planilhas de avaliação⁹:**

- **Conceito:** instrumento para a identificação dos aspectos negativos relacionados à acessibilidade nas edificações de modo geral.
- **Objetivo:** avaliar as condições de acessibilidade no Centro de Saúde Jardim Atlântico.
- **Como foi:** com base nas planilhas originais do *Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público*, do Ministério Público de Santa Catarina, foram elaboradas planilhas específicas para este estudo de caso, considerando-se a revisão da NBR 9050/15, que trata de acessibilidade em edificações, e a recente NBR 16.537/16, que trata de acessibilidade relacionada à sinalização tátil de piso. As planilhas elaboradas para o estudo de caso foram aplicadas pelo pesquisador.

e) **Passeio Acompanhado:**

- **Conceito:** procedimento metodológico que consiste no acompanhamento, sem interferência por parte do pesquisador, de um passeio realizado por uma pessoa que apresenta algum tipo de restrição, deficiência ou alguma característica relevante frente à pesquisa. O

⁸ Foi denominado Walkthrough dos Funcionários por este procedimento ter sido realizado apenas com funcionários do Centro de Saúde.

⁹ As planilhas de avaliação, embora não sejam consideradas um método em si, estão aqui referendadas por terem servido de apoio aos demais procedimentos metodológicos.

pesquisador estabelece previamente as atividades a serem desenvolvidas e faz perguntas quanto às tomadas de decisões e a detalhes construtivos, sem induzir as respostas. Os registros podem ser feitos através de fotografias, gravações de áudio e anotações e o percurso deve ser registrado em uma planta baixa.

- Objetivo: conhecer as possíveis dificuldades que poderiam ser encontradas pelos usuários do Centro de Saúde Jardim Atlântico quanto à *orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso*.
- Como foi: foram realizados seis passeios acompanhados em dias e horários determinados de acordo com a disponibilidade de cada participante. Os percursos foram diferentes e registrados em planta baixa. O pesquisador realizou registros fotográficos, gravações de áudio e anotações individuais.

É importante informar que este projeto de pesquisa foi submetido, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, registrado na Plataforma Brasil com o número: 58885416.4.0000.0121¹⁰, e encontra-se aceito pela elaboração de Relatoria. Também foi efetuado o cadastramento junto a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs - da Secretaria Municipal de Saúde, que avalia e autoriza as pesquisas que envolvem a rede municipal de saúde de Florianópolis, recebendo autorização para desenvolver a pesquisa no Centro de Saúde Jardim Atlântico¹¹. A análise dos projetos considera, entre outros fatores, a relevância e o interesse para a instituição.

Todos os sujeitos envolvidos ficaram livres para participar da pesquisa, podendo interromper ou suspender sua participação a qualquer momento, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹². Ressalta-se, ainda, que os procedimentos adotados envolvendo os usuários não ofereceram risco algum aos participantes,

¹⁰ Ver ANEXO A.

¹¹ Ver ANEXO B.

¹² Ver ANEXO C.

nem sequer danos morais, desconforto ou estresse. Os participantes não tiveram nenhuma despesa e todos os gastos da pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador.

1.5.3 Etapa 3

A terceira etapa, *Análise dos Resultados*, se refere à discussão entre a aproximação teórica e o estudo de caso, com análise qualitativa dos conteúdos, o que contribui para a visualização mais fácil dos resultados obtidos. O procedimento metodológico utilizado nesta etapa foi a Matriz de Descobertas, descrita abaixo:

Matriz de Descobertas:

- Conceito: trata da representação gráfica dos resultados obtidos pelos métodos e técnicas empregados na APO através do cruzamento das informações obtidas em campo (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009).
- Objetivo: sintetizar os dados levantados em campo para análise e discussão dos resultados obtidos.
- Como foi: utilizou-se uma planta baixa da edificação do estudo de caso para indicar a localização dos principais problemas de cada ambiente - levantados pelos procedimentos metodológicos utilizados - relacionando-os aos componentes de acessibilidade espacial.

1.5.4 Etapa 4

As *Recomendações* desta pesquisa configuram a quarta e última etapa deste trabalho. Ao concluí-lo, faz-se indicações de diretrizes para melhoria projetual do Centro de Saúde Jardim Atlântico e apontam-se recomendações para futuras pesquisas.

1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Encontra-se abaixo a descrição do modo como se estrutura este trabalho.

O capítulo de **INTRODUÇÃO** apresenta a justificativa, as questões que fundamentam e norteiam a pesquisa, os objetivos gerais e específicos, bem como a metodologia utilizada.

No capítulo 2, **ACESSIBILIDADE ESPACIAL**, encontra-se a

fundamentação teórica da pesquisa, incluindo: histórico, conceitos e definições relativas à acessibilidade, bem como questões relativas à diversidade dos seres humanos e possibilidade de redução e eliminação das barreiras. Por último, são apresentados os dispositivos legais que envolvem os conceitos e temas da pesquisa.

O Capítulo 3, intitulado **SAÚDE PÚBLICA E ARQUITETURA**, inicia com um breve panorama da organização da saúde pública no país e posteriormente foca no panorama de saúde do município de Florianópolis, apresentando posteriormente as tipologias de projeto de arquitetura de Centros de Saúde sugeridas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

No Capítulo 4, que chamamos **ESTUDO DE CASO**, estão descritos os procedimentos metodológicos da pesquisa, sua aplicação e os resultados obtidos através da APO. Dentre os métodos incluem-se: visita exploratória, análise documental, entrevistas, walktrough, passeios acompanhados, planilhas de avaliação e matriz de descobertas¹³.

No Capítulo 5, **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**, encontra-se a síntese dos resultados das avaliações de todos os procedimentos adotados nesta pesquisa a partir da elaboração da Matriz de Descoberta, onde é possível se ter um panorama geral dos pontos negativos avaliados nos ambientes e indicações das barreiras de acessibilidade no Centro de Saúde Jardim Atlântico, relacionando-as com os componentes de Acessibilidade Espacial.

No Capítulo 6, **RECOMENDAÇÕES PARA O CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO**, estão as recomendações projetuais para o Centro de Saúde Jardim Atlântico a fim de tornar acessíveis os ambientes que apresentam barreiras impeditivas de acessibilidade.

Nas **CONCLUSÕES** estão as considerações finais da pesquisa, refletindo sobre os métodos e técnicas utilizadas frente aos objetivos propostos, bem quanto ao referencial teórico utilizado na pesquisa e, por fim, sugestões para futuras pesquisas.

¹³ Optou-se por inserir no Capítulo 4 a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados para melhor compreensão da relação existente entre esses procedimentos e o estudo de caso.

2 - ACESSIBILIDADE ESPACIAL

O Brasil pode ser considerado como um dos países com maior diversidade étnica no mundo. Miscigenado por características étnicas diversas, a população do país se forma inicialmente por nativos indígenas, aos quais vieram integrar-se os escravos africanos, colonizadores europeus e posteriormente os imigrantes asiáticos e europeus vindos do pós-guerra (FRANCISCO, 2016), entre outros.

Conforme Ilda (2005), as pessoas não são iguais e muitos fatores caracterizam estas diferenças individuais, que podem ser:

- 1) Gerais: como sexo e idade;
- 2) Características físicas: estatura e peso;
- 3) Características sensoriais: relacionadas às percepções dos sentidos;
- 4) Características psicomotoras: força e coordenação motora;
- 5) Características psicossociais: inteligência, personalidade e nível de instrução.

Além destas, deve-se considerar que durante a vida muitas alterações físicas podem ocorrer ocasionadas por patologias, deficiências ou por circunstâncias específicas e temporárias, como por exemplo, uma gravidez ou fratura, alterando as dimensões e posições corporais (DORNELES, 2014).

Ao se refletir sobre o tema da diversidade aproxima-se do entendimento de que mesmo com as diferenças deve-se buscar a integração considerando a possibilidade de reduzir e eliminar as barreiras do preconceito, da discriminação e da desigualdade.

As edificações devem ter como foco a inclusão de todas as pessoas, participando das atividades com a plenitude de sua prerrogativa como cidadãos, independentemente de suas características. A participação deve ser de maneira digna, autônoma, igualitária por todas as pessoas, com deficiência¹⁴ ou não, nas mais diversas oportunidades e atividades.

¹⁴Para esta dissertação adotou-se o tratamento de PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, por entender-se o caráter inclusivo do termo e também por ser a nomenclatura oficial, definida pelo Conselho da Pessoa com Deficiência, conforme a Portaria da Secretaria de Direitos Humanos, nº 2.344 de 3 de Novembro de 2010

Assim, é preciso compreender a diferença entre os conceitos de *deficiência* e *restrição* a fim de não relacionar as dificuldades de acessibilidade espacial apenas às pessoas com deficiência, mas também àquelas pessoas que por uma circunstância específica e temporária são impedidas de realizar suas atividades em ambientes que apresentem barreiras que dificultarão ou limitarão o seu uso.

2.1 DEFICIÊNCIA E RESTRIÇÃO

A **Deficiência** pode estar relacionada à capacidade física, cognitiva e sensorial das pessoas, uma disfunção específica de ordem fisiológica, onde as limitações do indivíduo implicam na incapacidade do mesmo em realizar determinadas atividades (DISCHINGER, BINSELY e PIARDI, 2012). Neste contexto a deficiência não implica necessariamente em incapacidade para o indivíduo. Por exemplo, uma pessoa em cadeira de rodas poderá subir uma rampa íngreme contando com a ajuda de outra pessoa ou mesmo com um equipamento motorizado adequado.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência define que:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011, p. 26).

Assim, a deficiência apenas implicará em incapacidade quando o ambiente apresenta barreiras que dificultarão ou limitarão o seu uso pela diversidade de usuários.

Na primeira metade do século XX a humanidade acompanhou a Segunda Guerra Mundial. O conflito bélico ocorrido entre os anos de 1939 a 1945 envolveu diretamente setenta e dois países, deixando um rastro de destruição, incluindo o genocídio de aproximadamente 55 milhões de vidas e 35 milhões de mutilados, além de um elevado número de crianças órfãs, pessoas com traumas psíquicos, doentes e desabrigados (VISENTINI, 2012).

Influenciada por este quadro devastador do pós-guerra, a Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas, em Paris,

instituiu em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), marco introdutório dos direitos humanos no mundo. Seguindo a história das demarcações legais dos direitos humanos em nível mundial, a Assembleia Geral da ONU, no ano de 1971, promoveu a “Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo” e, quatro anos depois, em 1975 proclamou a “Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes” (ONU,1975). No ano seguinte, a Resolução 31/123 de 1976 deixou definido que o ano de 1981 seria o “Ano Internacional das Pessoas com Deficiência”, conclamando a sociedade mundial a tomar consciência sobre as questões de prevenção, desenvolvimento, acessibilidade e igualdade das condições de total participação social.

No Brasil, as discussões sobre a participação e a inclusão das pessoas com deficiência iniciaram a partir de 1980, com o decreto nº 84.919, que instituiu a Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (BRASIL, 1980). Tal comissão teve como principal função desenvolver ações a nível federal, estadual e municipal que apoiassem os objetivos estabelecidos pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas para o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, buscando a criação de condições que favorecessem uma efetiva integração social e realização pessoal das pessoas com deficiência.

Com a Constituição Brasileira de 1988, conhecida como “constituição cidadã”, avança a conquista da cidadania com o direito de acessibilidade a todo o cidadão. Dentre as conquistas que a carta magna (BRASIL, 1988) assegura as pessoas com deficiência, podemos elencar: a assistência social (art. 203), a reserva de cargos públicos (art. 37), o direito à educação e ao atendimento especializado (art. 208), a integração social, as normas para construção, a adaptação de logradouros e de edifícios públicos e veículos de transporte coletivo (art. 227 e 244).

Outro avanço nas garantias dos direitos de acessibilidade de todos os cidadãos em nosso país ocorreu com a ratificação do texto da Convenção da ONU, em 2007, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, garantindo com o Decreto Legislativo nº 186, de 2008, em seu artigo , o propósito de “[...] promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o

respeito pela sua dignidade inerente” (BRASIL, 2008).

Como pode ser visto, houve o aumento da preocupação em relação às pessoas com deficiência, garantindo cada vez mais formas de assegurar seus direitos do ponto de vista legal.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aponta que a mudança de um modelo médico para um modelo social evidencia outro avanço significativo para a garantia das condições de dignidade de vida a todas as pessoas que apresentam alguma deficiência. Nesta abordagem, não é a deficiência em si o fato limitador (remetendo à Classificação Internacional de Funcionalidade), mas sim o meio em que a pessoa se insere (CIF, 2008). Com isso, tira-se o estigma de deficiência como doença, onde o modelo social deva ser objetivo de políticas públicas estruturantes com a finalidade de equiparação de oportunidades a todos, com acessos a bens e serviços (BRASIL, 2011).

Assim, utiliza-se o conceito de **Restrição** que está relacionado com a dificuldade encontrada pelo indivíduo frente às características do ambiente na realização de uma tarefa e pode estar associada a uma deficiência ou não (DISCHINGER, BINSELY e PIARDI, 2012). Este conceito é mais amplo pois, assim como a CIF, diante das dificuldades ou limites de uso dos ambientes retira o foco da pessoa com deficiência ou restrição temporária e coloca-o sobre as barreiras de acessibilidade. Por exemplo, um cadeirante pode subir uma rampa íngreme com uma cadeira de rodas motorizada, mas não poderá atingir seu objetivo caso não exista na edificação uma rampa, mas sim uma escada.

O foco desta pesquisa está em entender como as pessoas interagem com o ambiente nas questões de acessibilidade, abrangendo as barreiras impeditivas de acessibilidade e não a deficiência como doença.

O entendimento da diversidade humana deve ser refletido na área de atuação da Arquitetura e Urbanismo, pois tais diferenças pessoais implicam em diferentes necessidades dos usuários. Compreendê-las é fundamental para que os profissionais desenvolvam projetos mais adequados às diversas características, necessidades e aspirações de seus usuários.

A diversidade das pessoas torna necessário que os espaços em geral sejam acessíveis, especialmente os de uso público, mas na prática ainda existem muitas barreiras de acessibilidade. Para que possamos

mudar esse quadro, é necessário compreender como estas barreiras de acessibilidade são classificadas e seus respectivos conceitos.

2.2 BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE

A ideia de acessibilidade está diretamente ligada à eliminação de barreiras, onde a identificação de seus tipos, sua concepção e significados são fundamentais para que se entenda um espaço acessível, sem qualquer restrição de uso, de forma plena e igualitária para todos os usuários. Para Caldeira (2009) é necessário analisar, entender e distinguir as barreiras, [...] “porque a acessibilidade só chega quando se tem consciência da existência da barreira” (CALDEIRA, 2009, p. 6).

O Governo Federal, através do Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, considera como barreira:

[...] 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, obstrução que impeça ou limite o acesso (BRASIL, 2004, p. 54).

Este decreto classifica as barreiras conforme o contexto onde elas ocorrem:

a) **barreiras urbanísticas**: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) **barreiras nas edificações**: as existentes no entorno e no interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar;

c) **barreiras nos transportes**: as existentes nos serviços de transportes;

d) **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, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação (BRASIL, 2004).

Mesmo com toda a diversidade de barreiras que impedem o usuário de acessar e utilizar espaços de maneira digna, segura e sem segregação, existem outros aspectos, segundo Caldeira (2009), que

devem ser considerados.

[...] somos geradores de barreiras com o nosso comportamento incorreto. Existem inúmeras barreiras que são produto da indisciplina e de atitudes de desrespeito, e as necessidades das pessoas com a mobilidade ou comunicação condicionada são incompatíveis com estes comportamentos (CALDEIRA, 2009, p. 7).

Além disso, é importante se entender que uma barreira pode ser dinâmica e que o impacto ocasionado pode ter variação de intensidade para cada pessoa e situação. As barreiras tendem a inibir o usuário na vivência do espaço ou na atividade a ser desenvolvida nele.

As barreiras são elementos que dificultam e impedem a apropriação dos espaços e o desenvolvimento das atividades nesses espaços. Oliveira (2006) entende a importância de se identificar os diferentes elementos que impedem ou dificultam a compreensão e a apropriação dos espaços para a realização das atividades para que efetivamente se observe a acessibilidade no ambiente construído. Bins Ely e Dischinger (2002) classificam as barreiras em três categorias: *físicas*, de *informação* e *socioculturais*.

As **Barreiras Físicas** são os obstáculos de origem arquitetônica e que também podem ser relativos a equipamentos que possam impedir, ou mesmo dificultar, o acesso do usuário de forma independente. A identificação destas barreiras necessita observação e estudo apurado do ambiente, focando-se nas pessoas que fazem uso deste espaço (BINS ELY, DISCHINGER e MATTOS, 2002).

Estas barreiras físicas, quando relacionadas em sua permanência no tempo e no espaço, podem ser ainda classificadas em:

- Fixas: quando não há deslocamento dos elementos físicos construídos ou naturais, como uma edificação ou uma árvore em um canteiro. Podem ainda ser equipamentos como um telefone público ou um banco de praça (OLIVEIRA, 2006).

- Dinâmicas: elementos espaciais que permanecem em um local por certo período de tempo, como barracas de vendedores ambulantes em passeios públicos (OLIVEIRA, 2006).

As **Barreiras de Informação** são elementos arquitetônicos, como praças, edifícios, ruas ou de informação adicional, como placas,

dispositivos sonoros, objetos, que possam dificultar as pessoas de obter informação espacial, reduzindo a capacidade e a possibilidade do usuário obter as informações espaciais necessárias. Segundo Bins Ely, Dischinger e Mattos (2002, p.2), as barreiras de informação “[...] influenciam sobremaneira a acessibilidade, uma vez que estão diretamente ligadas a capacidade de um indivíduo orientar-se e deslocar-se num ambiente”.

As **Barreiras Sócio Culturais**, também denominadas de atitudinais, são de natureza preconceituosa e impedem a inclusão social dos cidadãos. Elas estão presentes nas relações sociais das pessoas, onde uma visão preconceituosa da imagem das pessoas se centra nas suas deficiências ou limitações, desconsiderando as potencialidades destes indivíduos (BINS ELY, DISCHINGER e MATTOS, 2002).

Muitas vezes este preconceito é gerado pela falta de conhecimento das pessoas e por não saberem lidar com as diferenças. Estas atitudes também podem se constituir em barreiras físicas pela falta de respeito com o espaço das outras pessoas. Por exemplo, um cidadão que estaciona seu automóvel, mesmo que momentaneamente em uma calçada (atitude) impede ou dificulta o deslocamento das pessoas (barreira física). Assim, são elementos impeditivos que se estabelecem nas relações sociais e fazem parte das atitudes comportamentais entre os indivíduos, Benvegnú (2009, p.74) complementa afirmando que “[...] estas barreiras geralmente materializam-se em ações que fazem parte de preconceitos ou ocorrem por desconhecimento, podendo ser de forma intencional ou não percebida”.

Campos (2015) entende que a acessibilidade espacial é obtida quando ocorre a eliminação de todas as barreiras que impedem o acesso, a utilização e participação de todas as pessoas em um ambiente. As barreiras físicas e de informação tem características arquitetônicas que podem ser resolvidas no âmbito da Arquitetura, diferentemente das barreiras Sócio Culturais, que não são o foco deste trabalho.

2.3 CONCEITO DE ACESSIBILIDADE

Acessibilidade, termo definido pelo dicionário como a “qualidade de acessível”, abrange diversas áreas de estudo onde a qualidade *de ser acessível* pode ser física, social, sensorial, econômica, cultural, informacional, citando-se apenas alguns exemplos (FERREIRA,

1988).

Esta diversidade faz com que autores abordem a acessibilidade sob diferentes pontos de vista, onde a qualidade de acessível de um espaço físico é que permite a inclusão social e favorece o exercício de seu direito de cidadania.

Alguns autores focam na questão de atributos do espaço físico como o meio de participação de todos e de inclusão social. Para Ubierna (1994), a participação em atividades sociais, em qualquer ambiente físico, bem como a utilização de equipamentos e a manipulação de objetos é um conceito de acessibilidade, que se aproxima ao conceito de qualidade de projeto.

Já para Torres, Mazzoni e Alves (2002) a acessibilidade é um conceito que envolve tanto aspectos do espaço físico, o espaço em que se vive, quanto do espaço digital. E a “acessibilidade digital deve ser considerada como um requisito para toda atualização que se faça nos sistemas de informação e documentação utilizados pelas bibliotecas” (TORRES, MAZZONI e ALVES, 2002, p. 91), ampliando o acesso de todos os cidadãos às informações, ou seja, garantido cidadania.

O Conceito Europeu de Acessibilidade - CEA¹⁵(2003) - define acessibilidade como característica de um meio físico ou de um objeto que permite a interação de todas as pessoas com esse meio ou objeto e a utilização destes de uma forma equilibrada, amigável, respeitadora e segura.

Para Duarte e Cohen (2004) o entendimento de acessibilidade perpassa a possibilidade de convívio entre as diferenças. As autoras também entendem que os espaços devem ser acessíveis, inclusivos ou universais para que possam ser ocupados e, para que isso possa ser uma realidade é preciso um aprofundamento técnico sobre acessibilidade, empenho de administradores públicos e vontade política.

Para Benvegnú (2009) e Brandão (2011), acessibilidade está ligada ao direito de todos ao acesso e participação nos espaços, conferindo à totalidade dos cidadãos o exercício da cidadania sem discriminação.

Com relação à legislação, a recente revisão da Norma

¹⁵ COMISSÃO EUROPEIA, Conceito Europeu de Acessibilidade, 2003

Brasileira - NBR 9050/ 2015 - conceitua acessibilidade como:

[...] possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida (ABNT, 2015, p. 2).

Vale lembrar que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2011) evidencia como obrigação do Estado tomar todas as medidas que assegurem às pessoas com deficiência possibilidade de acesso em condições de igualdade às demais pessoas.

Esta pesquisa entende que as autoras que abordam o conceito de forma mais ampla são Bins Ely e Dischinger (2002), trazendo a acessibilidade para o ponto de vista da Arquitetura, ao pressupor a ausência de barreiras (físicas, atitudinais e informativas) e a inclusão de todas as pessoas na sociedade, independentemente de suas restrições. Entendem, ainda, a acessibilidade como possibilidade do indivíduo ter acesso ao ambiente e/ou equipamento de modo independente. Ao aproximar o tema com a arquitetura afirmam:

[...] a acessibilidade na arquitetura significa não apenas permitir o acesso aos locais, e sim, considerar a realização de qualquer atividade de forma igualitária por todos os indivíduos, incluindo a possibilidade de orientar-se, comunicar-se, deslocar-se ao longo dos percursos e utilizar todos os mobiliários e equipamentos disponíveis. (DISCHINGER, BINS ELY e BORGES, 2009, p. 2)

Acessibilidade Espacial é entendida pelas autoras acima como as condições de compreensão, deslocamento, uso e realização de atividades fins com autonomia, incluindo a possibilidade de orientação e escolha de percurso com as informações obtidas no ambiente.

[...] é necessário que os ambientes possuam requisitos básicos que atendam a necessidades de naturezas diversas. Deve ser possível para qualquer

peessoa obter informações sobre as atividades existentes e sua localização; quais os percursos possíveis para atingi-las; e quais os meios de deslocamento disponíveis. (DISCHINGER, BINS ELY E PIARDI, 2012, p.28)

Ao se estabelecer uma relação dos conceitos de diferentes autores, observa-se uma proximidade entre os conceitos de acessibilidade, inclusão social e cidadania. Vale lembrar que a acessibilidade também pode estar vinculada, além das barreiras físicas, a fatores como informação, qualidade de projeto, transporte público, equipamentos e internet.

2.4 COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE ESPACIAL

Para o entendimento do conceito de Acessibilidade Espacial e de suas aplicações em ações de avaliação e fiscalização dos mais diversos ambientes, Dischinger e Bins Ely (2009) identificaram quatro componentes constituídos por diretrizes que definem as características espaciais do ambiente de forma a permitir a acessibilidade sem restrições. São eles: *orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso*.

2.4.1 Orientação Espacial

Figura 1 - Componente - Orientação Espacial - informações arquitetônicas contidas no ambiente



Fonte: arquivo pessoal

Este componente de acessibilidade está relacionado com as informações arquitetônicas expressas no ambiente e que permita ao indivíduo se situar e se deslocar a partir das informações dadas pelo próprio ambiente. Estas informações podem ser extraídas a partir das formas, cores, disposição do mobiliário e também de informações adicionais gráficas – letreiros, mapas, pictogramas (DORNELES, ANDRADE e BINS ELY, 2011). Por exemplo, quando uma pessoa chega a um espaço amplo e com muitas pessoas - um terminal rodoviário, como na figura 1 – sua atitude é buscar referências para poder compreender o espaço e se deslocar no mesmo. Estas informações podem ser placas de sinalização ou mesmo a localização de um estabelecimento, como uma lanchonete ou um banheiro. Já uma pessoa com deficiência visual, poderá utilizar como referência o som emitido pelas pessoas ou por ruídos de equipamentos.

Para se orientar espacialmente, vários processos interligados ocorrem. Em primeiro lugar, é necessário obter informações ambientais por meio dos sistemas perceptivos. Essas informações, em um segundo momento, devem

ser processadas cognitivamente para permitir a elaboração de representações mentais e a definição de ações (DISCHINGER, BINSELY e PIARDI, 2012, p. 29).

Os requisitos ambientais necessários à orientação espacial para Benvegnú (2009) estão relacionados à possibilidade do usuário acessar o espaço, identificar a sua função, organização e direção. Para tanto,

[...] faz-se necessário: uma adequada sinalização visual, tátil e acústica (referem-se a suportes informativos adicionais, como piso, placas, informes, totens, setas, pictogramas, alarmes e outros); uma configuração arquitetônica (refere-se ao arranjo físico dos ambientes, à organização funcional das atividades que lá ocorrem, a volumetria, marcação e tipologia das edificações, a estrutura urbana, além de outros meios alternativos como a composição da cor, o contraste, a uniformidade e outros elementos que sejam agradáveis aos sentidos); além de uma adequada iluminação, conforto térmico e acústico (se refere aos elementos como o fluxo luminoso, à intensidade, o brilho, a sonoridade, a sensação térmica e acústica) (BENVEGNÚ, 2009, p. 85).

Não somente os aspectos gráficos de sinalização, em quaisquer dos modos, mas a própria forma arquitetônica se apresenta como importante elemento de orientação espacial, organizando espaços, permitindo contrastes e composições de luz e sombra que formam características que referenciam os espaços e com isso legitimam o entendimento para todas as pessoas.

2.4.2 Comunicação

Figura 2 - Componente - Comunicação - uso de tecnologia assistiva permite a comunicação das pessoas



Fonte: <http://incluirja.blogspot.com.br/2010/10/inclusao-digital-imagens-dizem-tudo.html>

Além da orientação espacial, outro importante componente de Acessibilidade Espacial é a *comunicação*, que corresponde à troca de informação entre os usuários e o ambiente e também a troca de informações interpessoais. A interação do usuário com o ambiente pode ser realizada com configurações espaciais e mobiliário adequado, podendo ser por meio de tecnologia assistiva, como telefones adaptados para pessoas com deficiência auditiva, ou terminais de computadores com programas para cegos, por exemplo. A figura 2 demonstra esta interação com o ambiente feita por meio de uma tecnologia assistiva, no caso um teclado desenvolvido para pessoas com dificuldades motoras. Desta forma, a garantia deste componente propicia maior independência e autonomia para pessoa com deficiência (DORNELES, ANDRADE e BINS ELY, 2011).

Para Andrade (2016) a comunicação pode ser empregada no sentido de transmitir uma informação que seja essencial para a realização de uma atividade que não seja diretamente ligada a uma

orientação espacial em um ambiente.

Diz respeito às possibilidades de troca de informações entre pessoas, com ou sem auxílio de meios de comunicação alternativos, e à aquisição de informações gerais através de suportes informativos. São importantes a acústica dos ambientes, pois excesso de ruído dificulta a comunicação; a presença de sinais, pictogramas complementando informações escritas (DISCHINGER, BINS ELY e BORGES, 2009, p. 25).

Oliveira (2006) observa que na ausência deste componente em um ambiente, os usuários com restrições sensoriais auditivas e cognitivas são os que irão se deparar mais com dificuldades.

2.4.3 Deslocamento

Figura 3 - Componente - Deslocamento - piso e barreiras dificultam o deslocamento



Fonte: arquivo pessoal

O componente de *deslocamento* relaciona-se com a possibilidade de qualquer pessoa, independentemente de suas condições físicas, de mover-se de forma independente, com segurança e conforto. A figura 3 apresenta barreiras físicas, como cercas e descontinuidade de revestimento de piso que dificultam o

deslocamento do usuário. O deslocamento deve ocorrer sem barreiras ou interrupções, em percursos tanto horizontais quanto verticais, com o simples objetivo de atingir um ambiente desejado (BENVEGNÚ, 2009).

Devem ser garantidas, de forma segura, as condições de movimento e de fluxo livre nas áreas das circulações, como por exemplo, o uso de corrimão em escadas e circulação, pisos antiderrapantes e regulares, para que seja facilitado e garantido o deslocamento de todos. Essas áreas devem:

[...] ser livre de barreiras e em caso da existência de desníveis, deve haver formas alternativas de deslocamento, como rampas e elevadores. As características: dimensão, revestimento, continuidade e declividade dos percursos são aspectos que contribuem com este componente. (BINS ELY *et al* 2016, p. 3)

Andrade (2016) enfatiza que muitas vezes identifica-se a solução de um problema relacionado ao deslocamento como o único requisito para que se entenda como resolvido o problema de Acessibilidade Espacial, o que não é verdade, chamando atenção para a importância de se assegurar que os outros componentes de acessibilidade também sejam contemplados.

2.4.4 Uso

Figura 4 – Componente Uso – mobiliário com altura adequada permite aproximação do usuário



Fonte: <http://cadeiranterj.blogspot.com.br/2012/05/banheiro-show.html>

Outro componente de Acessibilidade Espacial identificado por Dischinger e Bins Ely (2009) se refere ao *uso*. Para Oliveira (2006) esse componente de acessibilidade que trata da condição da possibilidade de se utilizar equipamentos e mobiliários e, com isso, participar das atividades. Estes devem ser acessíveis para a maior parte dos usuários e deverão ser manuseados com segurança, conforto e autonomia. A figura 4 demonstra um ambiente em que o mobiliário apresenta-se adequado ao usuário cadeirante.

Benvegnú (2009) corrobora com esta ideia, entendendo o uso como o arranjo de um espaço que possibilite ao usuário a realização das atividades, além da possibilidade de utilizar de objetos em geral. Como exemplo tem-se a situação de um balcão de informações que tenha espaço para cadeira de rodas, onde o cadeirante pode participar das atividades daquele equipamento. Neste caso o planejamento do local beneficia a diversidade de usuários.

Diante do acima exposto, é importante reforçar que, como afirma Dischinger (2012), os quatro componentes de acessibilidade devem ser garantidos na construção e organização espacial de

edificações públicas, entre elas os Centros de Saúde, pois o não cumprimento de um deles compromete a acessibilidade dos sujeitos aos espaços.

3 CENTROS DE SAÚDE E ARQUITETURA

Os avanços nas conquistas sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), determinam como dever do Estado garantir saúde a toda população. Isso embasou a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes no mundo, abrangendo desde simples procedimentos ambulatoriais até procedimentos como transplantes de órgãos. Este sistema incentiva o acesso integral, universal e gratuito aos seus serviços para toda a população do país (BRASIL, 2016), embora saibamos que este direito ainda não está garantido a todos os cidadãos brasileiros.

A responsabilidade pela elaboração e organização dos planos e políticas públicas focadas na promoção, prevenção e assistência à saúde da população brasileira é do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Portanto, é:

[...] função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. (BRASIL, 2016)

As Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais são estruturas organizacionais descentralizadas, com autonomia para desenvolver ações que priorizam tanto a prevenção quanto a promoção da saúde da população atendida.

Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) é a denominação dada às edificações destinadas à prestação de assistência à saúde à população, qualquer que seja o seu nível de complexidade e que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Dentre os tipos de EAS têm-se os Centros de Saúde¹⁶, que são as edificações onde se processa o primeiro nível de atendimento de atenção básica e integral a população

¹⁶ Na esfera federal denomina-se “Unidades Básicas de Saúde - UBS”. Mas conforme afirmação da arquiteta que atua na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em entrevista concedida em 2016, o município utiliza tanto a nomenclatura de Postos de Saúde como Centros de Saúde. Por este motivo adotou-se nesta pesquisa a terminologia CENTROS DE SAÚDE.

nas especialidades básicas, de maneira programada ou não. Esta assistência é, em geral, prestada por médico generalista. Os Centros de Saúde podem ainda disponibilizar a população assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O início de acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS, para todas as necessidades e problemas focados na pessoa, e não na enfermidade, ocorre a partir dos programas de Atenção Primária à Saúde - APS. Desta forma, a população tem acesso aos Centros de Saúde e pode dispor de serviços diversos, tais como: pediatria, ginecologia, enfermagem, clínica geral, odontologia, consultas, fornecimento de medicamentos, curativos, inalações, vacinas, encaminhamento a inúmeras especialidades e demais atividades relacionadas a tratamento odontológico e tratamento médico (BRASIL, 2012). No primeiro nível de atenção à saúde, caracterizado por ações que abrangem a promoção da saúde e a proteção da população, de forma individual ou coletiva, está a Atenção Básica (BRASIL, 2016).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, CONASS, 2011).

Os Centros de Saúde têm como principal atribuição a “prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência a regime ambulatorial e Hospital Dia” (ANVISA, 2002, p. 12) e fazem parte desta rede de Atenção Básica, pois são eles a estrutura física de suporte aos programas de saúde. Configuram-se como porta de entrada de todos os cidadãos ao sistema de saúde pública.

A implantação de um Centro de Saúde é feita a partir do mapeamento do território e de um diagnóstico da demanda populacional que necessita atendimento, devendo ser adequado à realidade local. No Município de Florianópolis o levantamento das demandas é de responsabilidade da Secretaria de Saúde Municipal¹⁷. O município é dividido em áreas, onde cada Centro de Saúde tem um setor de abrangência e de acordo com a população desta área é que se define

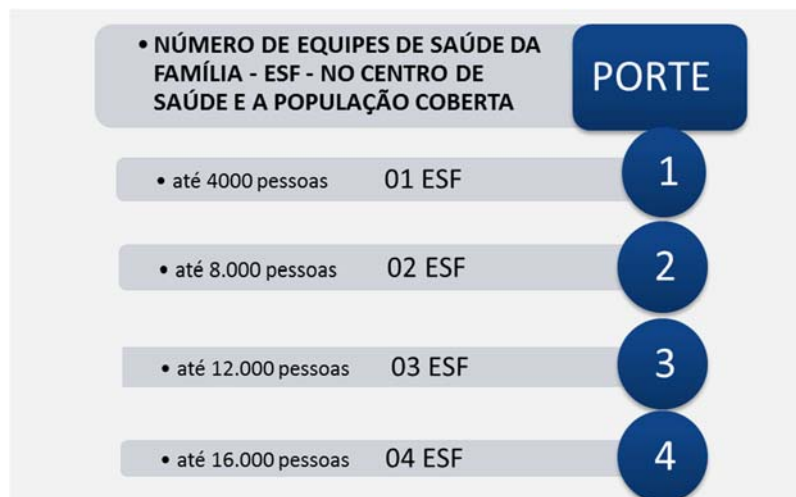
¹⁷ Dados informados pela arquiteta gerente de projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em entrevista concedida no dia 22/07/2016.

a constituição da Equipe de Saúde da Família. Esta equipe é multidisciplinar e é composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários (FLORIANÓPOLIS, 2014).

A portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 estabelece as atribuições dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde. O Ministério da Saúde define que cada Equipe é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas para o atendimento da população. Porém, a Secretaria de Saúde Municipal, no artigo 4º da portaria nº 26 de 23 de Março de 2014, que aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, determina uma população de até 3.000 pessoas por Equipe de Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2014).

A Portaria 340, de 4 de março de 2013 redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em seu artigo 4º regulamenta que os Centros de Saúde sejam organizados em quatro portes distintos e estejam preparados para abrigar o número de profissionais compatíveis com as ESF, conforme demonstra a Figura 1 (BRASIL, 2013).

Figura 5 - Relação de ESF - população e porte de Centro de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, adaptado pelo autor

Os portes dos Centros de Saúde são definidos, como ilustra a

figura acima, pelo número de pessoas atendidas por cada ESF, sendo que o porte máximo para um Centro de Saúde é de 16.000 pessoas, sob a responsabilidade de quatro ESF. Entretanto, em regiões de alta densidade populacional e que já dispõem de Centro de Saúde, o Ministério da Saúde indica que pode se aceitar um acréscimo do número de equipes para o atendimento desta população, para evitar que os usuários tenham que percorrer longas distâncias para conseguir atendimento em outro Centro. No entanto, o Ministério da Saúde recomenda cinco equipes como número máximo para cada Centro de Saúde, pois de outro modo a operacionalidade ficaria prejudicada (BRASIL, 2008). A compreensão sobre esse fato é de que novos Centros de Saúde devem ser construídos para atender essa demanda reprimida, de modo que o atendimento aos usuários não seja prejudicado.

Definida a delimitação do porte da edificação, os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) devem atender a toda a legislação estabelecida em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos.

O programa de necessidades para a elaboração do projeto arquitetônico de um Centro de Saúde é fornecido pelo Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50 de 21 de Março de 2002, que em seu anexo estabelece, dentre outros detalhes, a regulamentação técnica para a elaboração dos projetos dos Centros de Saúde, definida como:

[...] conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades. (ANVISA, 2002, p. 1)

O Ministério da Saúde, a partir do Departamento de Atenção Básica, em seu **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**, apresenta um resumo com sugestões de estrutura dos ambientes

para os Centros de Saúde¹⁸, de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família implantadas e a cobertura populacional (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A seguir são explicadas as características dos ambientes indicados com base no documento intitulado *Orientações para a construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde –UBS, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná* (PARANÁ, 2012):

1. **Recepção/Arquivo de prontuários:** espaço destinado à informação, registro, agendamento e encaminhamento do paciente;
2. **Sala de espera:** ambiente destinado à espera de pacientes e acompanhantes, além de atividades educativas;
3. **Administração e gerência:** local destinado às atividades administrativas do Centro de Saúde;
4. **Sala de reuniões:** ambiente utilizado para reuniões de grupos e equipe de profissionais e/ ou pacientes dos Centros de Saúde;
5. **Almoxarifado:** local destinado à guarda de materiais diversos;
6. **Consultório com banheiro:** ambiente destinado a consultas na área de atenção à mulher (ginecologia) realizada por médicos e enfermeiros;
7. **Consultório:** destinado a consultas médicas e de enfermagem nas diferentes áreas de atenção à saúde;
8. **Sala de vacina:** ambiente destinado ao serviço de imunização;
9. **Sala de curativos e procedimentos:** espaço destinado à realização de procedimentos tais como administração de imunobiológicos e de medicação injetável, realização de pequenos procedimentos, coleta de material para análises clínicas, administração de medicação inalatória, terapia de reidratação oral e permanência de pacientes em observação;
10. **Sala de nebulização:** espaço destinado à administração de medicação inalatória em pacientes;

¹⁸ Ver ANEXO D.

11. **Farmácia:** área destinada à guarda de medicamentos e área de dispensação, quando possível, com a presença do profissional farmacêutico;
12. **Consultório odontológico:** destinado a consultas e procedimentos odontológicos;
13. **Área de compressor:** espaço situado do lado de fora do Centro de Saúde, destinado a abrigar compressor, filtro de óleo e bomba a vácuo para o funcionamento do equipamento odontológico;
14. **Escovário:** ambiente destinado a ações preventivas de saúde bucal;
15. **Sanitários para usuários:** ambiente destinado aos usuários, inclusive deficientes físicos temporários e ou permanentes. Devem ser diferenciados por sexo, providos de lavatório, vaso sanitário e devem estar disponíveis junto às salas de espera, entre outros ambientes do Centro de Saúde;
16. **Banheiros para funcionários:** ambiente destinado à troca de roupas. Deverá ser diferenciado por sexo, provido de lavatório, vasos sanitários, chuveiro e local para guarda de pertences;
17. **Copa:** para uso dos funcionários do Centro de Saúde;
18. **Depósito de Material de Limpeza:** destinado à guarda de materiais e produtos de limpeza;
19. **Sala de esterilização:** ambiente destinado ao empacotamento, esterilização, armazenamento e dispensação de material;
20. **Sala de Utilidades:** espaço destinado à recepção, lavagem e desinfecção de material usado no Centro de Saúde (em comunicação com a área de esterilização por meio de guichê);
21. **Sala de resíduos sólidos:** ambiente para armazenamento do lixo, provido de ponto de água para a higienização do local e dos contentores de resíduos sólidos;
22. **Depósito de lixo:** Local destinado ao abrigo em ambiente distinto de depósito de lixo comum, lixo biológico e lixo de saúde;

23. **Sala ACS:** espaço destinado aos Agentes Comunitde Saúde¹⁹.

Para a ampliação do acesso da população ao SUS, a melhoria da Atenção Básica e o provimento aos Centros de Saúde das condições adequadas ao seu funcionamento, o Ministério da Saúde/ ANVISA, além do aporte financeiro, objetiva apoiar os municípios na execução destes investimentos. Para tanto disponibiliza projetos de Arquitetura padrão para quatro portes de Centros de Saúde, previstos na Portaria nº 340 de 04 de março de 2013 (BRASIL, 2013). Embora o Ministério da Saúde entenda que a disponibilização destes projetos possa permitir economia de recursos e de tempo, a utilização destes é facultativa aos municípios.

Os projetos seguem a premissa da relação entre a população a ser atendida e a quantidade de ESF, podendo ser usados como um projeto básico para a contratação de obras e projetos complementares, utilizando-se o Regime Diferenciado de Contratação (RDC), criado pela lei 12.462/11 (BRASIL, 2016).

Estes projetos poderão ser usados como “Projeto Básico” para contratação das obras e projetos complementares, utilizando-se o Regime Diferenciado de Contratação (RDC) com a CONTRATAÇÃO INTEGRADA, Lei 12462/11, art. 9º. Para contratação das obras através da Lei 8.666/93, os projetos complementares e a planilha detalhada de custos deverão ser contratados anteriormente (BRASIL, 2016).

O RDC é um instrumento que tem como finalidade buscar maior eficácia e celeridade nas contratações públicas para execução das obras contratadas. Porém seu texto não aponta os mecanismos que auxiliem a garantia da qualidade da execução das obras e, sim, somente a rapidez da licitação (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA, 2011).

Os projetos padrão desenvolvidos pelo Ministério da Saúde são entregues em nível de projeto executivo de Arquitetura que são, neste trabalho, apresentados de forma sucinta a seguir.

¹⁹ No Centro de Saúde Jardim Atlântico não existem os ambientes de Escovário e Sala ACS.

3.1 PROJETOS PADRONIZADOS

Os quatro padrões de projetos para os Centros de Saúde foram elaborados de acordo com o programa de necessidades estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, com a ressalva de que atendam as determinações de implantação em terreno de propriedade do município com topografia plana, com “a inclinação máxima de 3%”, e atendendo as legislações locais (BRASIL, 2016).

O Projeto Arquitetônico executivo de cada padrão é composto de: planta baixa, cortes longitudinais e transversais, fachadas, detalhes (esquadrias, revestimentos e bancadas), planta baixa com *layout*, planta baixa com indicação de pontos elétricos, instalações e perspectivas (BRASIL, 2016).

Em seu Memorial Descritivo são estabelecidas as especificações técnicas dos materiais e as etapas de execução da obra. Os projetos complementares não são fornecidos e deverão ser elaborados pelo município interessado em desenvolver a obra. Por ter instalações especiais, e visando atender a RDC 50, o projeto padrão fornece uma planta de instalações como parâmetro para o desenvolvimento dos projetos complementares (BRASIL, 2016).

A Planilha Orientativa de Serviços tem como finalidade a definição do custo estimado. Como os projetos complementares de estrutura e instalações não são fornecidos, a quantificação dos itens pertinentes a estas disciplinas são apenas estimados. Tampouco estão na planilha ajustes do terreno para a implantação da obra (terraplanagem, aterros, muros), ligação das instalações da obra às redes de concessionárias públicas e serviços complementares de jardinagem e urbanização, que repercutem com bastante significância quando se trata de acessibilidade espacial nos Centros de Saúde (BRASIL, 2016).

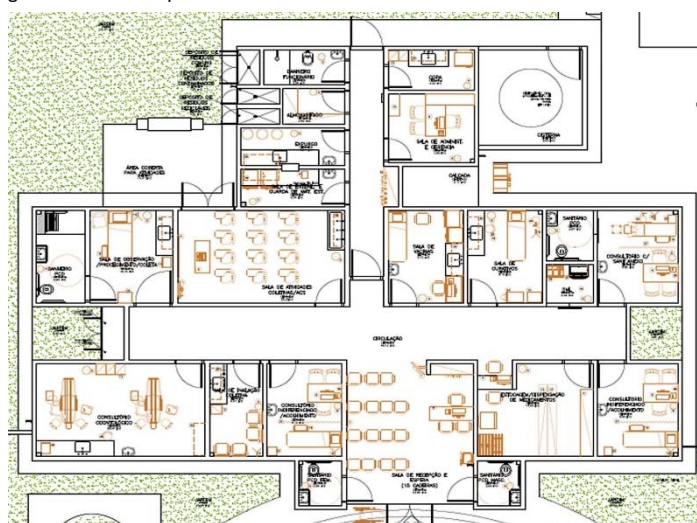
Todos os padrões são fornecidos com arquivos contendo os seguintes documentos:

1. Apresentação do projeto;
2. Introdução;
3. Memorial descritivo;
4. Planilha orçamentária - construção;
5. Planta cobertura/ implantação;
6. Planta baixa e instalações;

7. Planta baixa com *layout*;
8. Planta baixa com acabamento de parede;
9. Planta baixa com acabamento de piso;
10. Planta baixa com acabamento de teto;
11. Corte e elevações;
12. Planta de situação de áreas molhadas;
13. Detalhamento de bancadas;
14. Detalhamento de bancos externos;
15. Detalhamento das esquadrias;
16. Marquises.

O projeto de menor porte é denominado PADRÃO 1 e foi desenvolvido para o atendimento de uma Equipe de Saúde Familiar, conforme ilustra a Figura 6.

Figura 6 - Padrão 1 -planta baixa



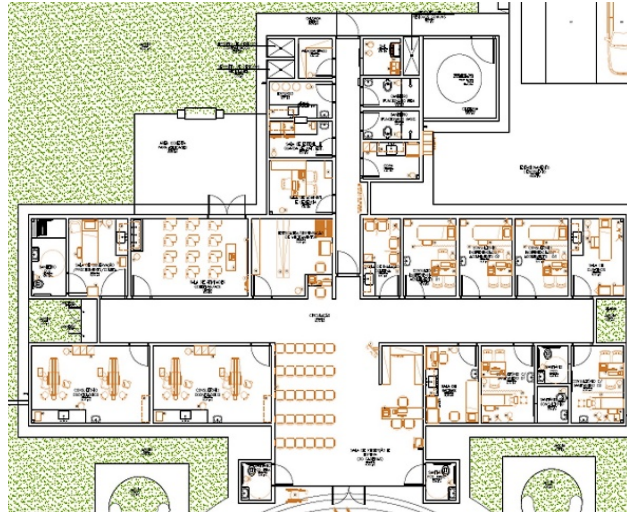
Fonte: DAB – Ministério da Saúde – adaptado pelo autor

Este projeto contempla os ambientes já definidos no programa de necessidades e caracteriza-se por possuir dois consultórios indiferenciados, um consultório com sanitário voltado para a ginecologia e um consultório odontológico com espaço para duas cadeiras

odontológicas e equipamentos auxiliares.

O segundo projeto é denominado **PADRÃO 2** e foi desenvolvido para o atendimento de duas Equipes de Saúde Familiar (ver Figura 7).

Figura 7 - Padrão 2 - planta baixa



Fonte: DAB – Ministério da Saúde – adaptado pelo autor

Este projeto também contempla os ambientes já definidos no programa de necessidades. Ele inclui três consultórios indiferenciados, dois consultórios com sanitário voltado para a ginecologia e dois consultórios odontológicos com quatro cadeiras odontológicas e equipamentos auxiliares.

O projeto **PADRÃO 3** atende a três equipes de Saúde da Família (Figura 8).

Figura 8 - Padrão 3 - planta baixa



Fonte: DAB – Ministério da Saúde – adaptado pelo autor

Este padrão aumenta apenas o número de consultórios, passando para quatro consultórios indiferenciados, dois consultórios com sanitário voltado para a ginecologia e dois consultórios odontológicos com cinco cadeiras odontológicas e equipamentos auxiliares.

O quarto e último projeto padronizado fornecido é o **PADRÃO 4** e foi desenvolvido para atender quatro Equipes de Saúde da Família (Figura 9).

Figura 9 - Padrão 4 - planta baixa



Fonte: DAB – Ministério da Saúde – adaptado pelo autor

O projeto prevê aumento do número de consultórios passando para cinco consultórios indiferenciados, três consultórios com sanitário voltado para a ginecologia e dois consultórios odontológico com seis cadeiras odontológicas e equipamentos auxiliares.

Ainda que os projetos se diferenciem pela quantidade de ambientes em função da demanda gerada pelo programa de necessidades, a tipologia adotada para todos tende a uma forma em “T” ou cruciforme, onde há dois eixos de circulação: um destinado aos espaços de atendimento ao público e outro de circulação que organiza os espaços de apoio de uso mais restrito aos funcionários.

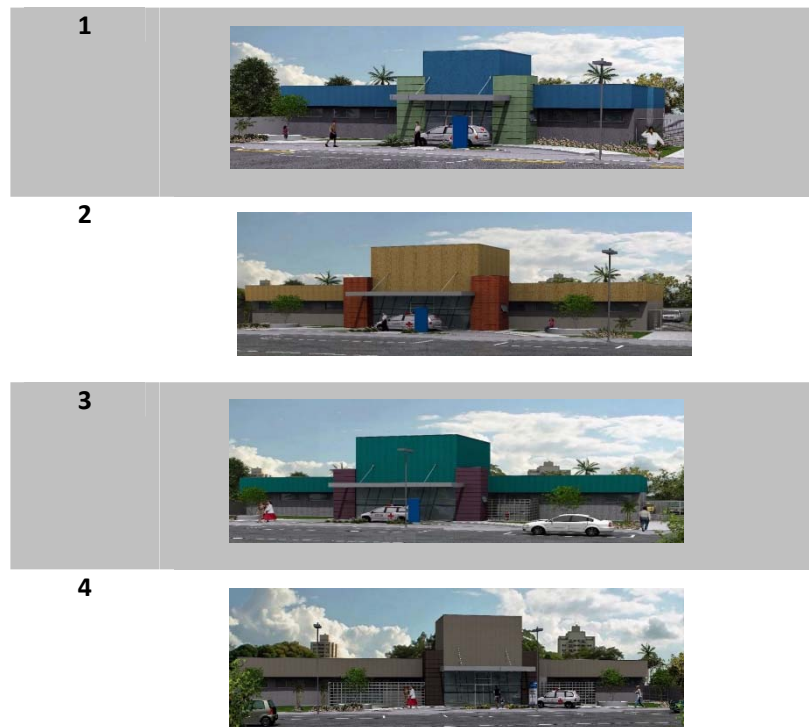
3.2 TIPOLOGIA

A determinação da RDC 50 de uma implantação em terrenos planos, evidencia a característica horizontal das tipologias adotadas (Tabela 2) para os projetos padronizados dos Centros de Saúde, ou seja,

projetos com apenas pavimentos térreos. Esta horizontalidade corrobora como um fator de diminuição das barreiras físicas às edificações, pois evita circulações verticais.

Tabela 2 - Tipologias dos padrões

TIPOLOGIA



Fonte: DAB – Ministério da Saúde – adaptado pelo autor

Conforme a Tabela 2, pode-se verificar outras semelhanças nas imagens das fachadas dos quatro projetos padrão; verifica-se que todos os projetos caracterizam-se por um volume central vertical e por uma marquise em balanço que faz a marcação do acesso à edificação, isso demonstra que o padrão 1 pode ser considerado como o embrião dos demais. As diferenças são percebidas com as ampliações laterais a este elemento central. Como elementos de acabamento que diferenciam os volumes da fachada estão: a presença de cobogó nos

padrões 3 e 4 e o uso de cores diferentes para as quatro edificações.

Uma problemática levantada é que por se tratar de um projeto padrão, acaba por não considerar a diversidade cultural, as variações climáticas e paisagísticas num país de dimensões continentais onde se tem variações tão distintas destes e de outros aspectos.

O capítulo seguinte descreve a pesquisa realizada no campo, com apresentação do estudo de caso e os procedimentos metodológicos empregados nessa APO.

4 ESTUDO DE CASO: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO-FLORIANÓPOLIS/SC

4.1 ESCOLHA DO ESTUDO DE CASO

Para Yin (2005) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que estuda o presente e nele podem ser respondidas perguntas do tipo: *como e por que*.

Para Barreto (2016), o estudo de caso parte de um grande tema e foca no particular, para aprofundar e tentar explicar os fenômenos ou fatos. A autora aponta a importância de que a coleta de dados não seja relegada a um assistente, enfatizando que o pesquisador é quem deve fazer, pois somente ele terá o conhecimento e a habilidade de efetuar os questionamentos, saber escutar, ser flexível, mantendo o foco na pesquisa e não se deixando influenciar por outras ideias.

Para o desenvolvimento desta pesquisa e com os objetivos de observar os fenômenos em uma realidade definida e de levantar dados referentes à acessibilidade espacial em espaços destinados à saúde pública, optou-se pela realização de uma pesquisa de campo.

Inicialmente estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde, quando então o pesquisador foi encaminhado para a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS), setor encarregado da avaliação e autorização de pesquisas que envolvem a Rede Municipal de Saúde de Florianópolis. O projeto de pesquisa foi encaminhado para a CAPPS através do portal da Prefeitura Municipal de Florianópolis via Formulário de Submissão que, devidamente preenchido, foi encaminhado eletronicamente. Após análise realizada pela CAPPS, o pesquisador recebeu uma Declaração (Anexo E), assinada por um membro da comissão, informando o conhecimento do projeto de pesquisa e autorizando a sua execução, condicionando o início do trabalho em campo à apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Com este documento foi possível submeter o projeto de pesquisa ao CEPSH, registrando-o na Plataforma Brasil. Foi somente após recebimento do parecer consubstanciado enviado por esse Comitê autorizando a realização da pesquisa (ANEXO A) que a CAPPS autorizou o início da realização da pesquisa em campo, com a aplicação dos procedimentos metodológicos e o fornecimento do projeto

arquitetônico do Centro de Saúde Jardim Atlântico, local do estudo de caso.

Para a definição do local para a realização do estudo de caso, foi fundamental a entrevista realizada com a arquiteta do setor de Gerência de Obras, Projetos e Manutenção Predial da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, responsável pelo desenvolvimento dos projetos arquitetônicos dos Centros de Saúde neste município. Os dados por ela informados, somados aos dados colhidos junto ao projeto executivo da edificação, orientaram a escolha do Centro de Saúde Jardim Atlântico, localizado em Florianópolis/SC, como campo da pesquisa, a partir das seguintes características levantadas:

1. Corresponde ao projeto arquitetônico mais atual desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde;
2. Abriga o maior número de Equipes de Saúde da Família, se configurando mais complexo em relação aos espaços necessários;
3. Apresenta tipologia com mais de um pavimento, implicando na necessidade de soluções para circulação vertical que contemple a acessibilidade espacial;
4. É o Centro de Saúde mais recentemente construído em operação no município de Florianópolis²⁰.

Como citado na introdução deste trabalho, o estudo de caso contou com a análise documental do projeto do Centro de Saúde e a Avaliação Pós-Ocupação - APO, sendo utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: *Entrevistas; Visita Exploratória; Walkthrough; Passeio Acompanhado; Planilhas de Avaliação e Matriz de Descobertas*. As informações colhidas a partir da realização destes variados procedimentos metodológicos foram fundamentais para identificar de forma mais detalhada as condições de acessibilidade espacial no Centro de Saúde pesquisado e, desta forma, poder identificar aspectos prioritários para assegurar a Acessibilidade Espacial ao se elaborar projetos arquitetônicos para Centros de Saúde de modo geral.

²⁰ Esta pesquisa teve início em Junho de 2015.

4.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO

4.2.1 Visita Exploratória

A visita exploratória consiste no primeiro contato com o estudo de caso. Tem o intuito de ser um reconhecimento inicial do local da pesquisa, com o objetivo de se fazer o registro das questões de acessibilidade dos ambientes, observando-se os aspectos positivos e negativos, levantando-se dados e efetuando-se registro fotográfico (OLIVEIRA, 2006).

Neste sentido, a relação do pesquisador com o ambiente a ser observado deve ser permeada, durante todo o processo de pesquisa, por uma postura de observação incorporada, que não se trata de um método ou um instrumento, mas sim um modo de abordar o problema.

[...] O olhar mais atento e consciente do observador poderá captar nuances e aspectos subjetivos – muitas vezes deixados de lado em levantamentos quantitativos e objetivos – ampliando assim a compreensão sobre o lugar, seus usos e comportamentos. (ALCÂNTARA, BARBOSA e RHEINGANTZ, 2006, p. 2).

Para Barreto (2016), o cientista não é neutro, pois carrega consigo suas experiências e a sua própria existência. Também entende Köech (1997) que para o conhecimento científico o pesquisador deve ter um posicionamento ativo sobre testemunho dos fenômenos, pois:

Cabe ao homem, otimizando o uso de sua racionalidade, propor uma forma sistemática, metódica e crítica da sua função de desvelar o mundo, compreendê-lo, explica-lo e dominá-lo. (KÖCHE, 1997, p. 29).

Por fim, entende-se que as visitas exploratórias constituem base fundamental para a realização de outros procedimentos metodológicos como: as entrevistas, os passeios acompanhados, análise walkthrough e planilhas de avaliação, ao possibilitar que o pesquisador tenha um entendimento inicial da funcionalidade dos ambientes em que serão aplicados os métodos.

O primeiro contato com o Centro de Saúde Jardim Atlântico,

campo da pesquisa, se deu na ocasião da **Visita Exploratória** efetuada no dia 27 de julho de 2016 e que teve como objetivo a observação do local do estudo de caso. A observação inicial teve foco na análise do exterior da edificação, bem como do entorno imediato da mesma. A Figura 6 apresenta a imagem da posição da edificação no tecido urbano.

Figura 10 - Centro de Saúde – situação



Fonte: Google Earth – adaptado pelo autor

O Centro de Saúde Jardim Atlântico foi inaugurado no dia 22 de Setembro de 2015, sendo o mais recente em atividade no Município de Florianópolis.

Figura 11 - Centro de Saúde Jardim Atlântico



Fonte: Gerência de Obras da Secretaria de Saúde – adaptada pelo autor

Fica localizado na Rua Aleixo Alves de Souza, próximo da Rua Manoel Pizzolatti e a três quadras da Avenida Atlântica, principal via pública do bairro Jardim Atlântico, onde se desenvolvem atividades comerciais e de prestação de serviços.

Conforme dados obtidos no Projeto Arquitetônico da edificação, fornecido pela Gerência de Obras, Projetos e Manutenção Predial da Secretaria Municipal de Saúde, a área total da edificação é de 834,97 m². O edifício foi implantado em terreno de 1.080,76 m² e organiza-se em dois pavimentos. O projeto baseia-se nas diretrizes estabelecidas pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 - RDC 50, do Ministério da Saúde (ANVISA, 2002) e seu programa de necessidades está de acordo com o manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, que apresenta a estrutura dos ambientes para estas edificações²¹, embora não siga o padrão disponibilizado para Unidades Básicas de Saúde – UBS, do Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 340 de 04 de março de 2013 (BRASIL, 2013).

Os ambientes deste Centro de Saúde, com cinco consultórios médicos sem sanitário, três consultórios médicos com sanitário e quatro consultórios odontológicos, têm condições de suporte físico para cinco

²¹Ver Anexo F.

Equipes de Saúde da Família (ESF), embora o número máximo praticado pela Secretaria Municipal de Saúde seja de quatro equipes²².

Figura 12 - Centro de Saúde Jardim Atlântico - Implantação



Fonte: Google Earth – adaptado pelo autor

Nesta primeira visita não foi permitido ao pesquisador a realização de fotografias no interior da edificação, sendo facultado um passeio com acompanhamento de um funcionário do Centro de Saúde. Nesta visita se observou a funcionalidade e a setorização dos espaços, evidenciando-se os ambientes que são de uso público e os de uso restritos aos funcionários. A figura 9 demonstra de maneira esquemática os setores que compõem o Centro de Saúde, bem como o acesso principal e de serviços.

²² Informação obtida por meio de entrevista realizada com a arquiteta da Secretaria Municipal de Saúde (2016).

Figura 13 - Centro de Saúde - Setorização



Fonte: adaptação do autor sobre planta baixa do C. S. Jardim Atlântico

A visita exploratória das áreas externas permitiu o entendimento da implantação deste Centro de Saúde, onde a topografia foi o fator determinante para a tipologia vertical. Ainda foram observados aspectos técnicos acerca da edificação nas questões relativas à acessibilidade espacial.

A Rua Aleixo Alves de Souza, na qual está implantado o Centro de Saúde, localiza-se a menos de 35 metros da Rua Manoel Pizzolati, uma via de pavimento asfáltico. Ainda assim, caracteriza-se por ser uma via de pouca movimentação de pessoas e de veículos. Trata-se de uma via secundária e que, neste momento, é uma rua sem saída, não havendo ligação pavimentada com outra via pública. A figura 10 ilustra a fachada e acessos principais do Posto de Saúde.

Figura 14 - Centro de saúde - Área externa em frente



Fonte: arquivo pessoal

O acesso principal ao Centro de Saúde é feito através de um hall coberto e aberto. Neste espaço, frontalmente ao passeio, tem-se a escadaria que se configura como acesso principal. Também neste hall observam-se mais dois acessos de apoio as pessoas com mobilidade reduzida: uma rampa e um elevador que acessa ao pavimento de garagem.

O acesso de serviço é feito pela lateral da edificação, onde está implantado o espaço destinado à coleta de lixo, bem como o hidrante da

concessionária de águas da capital, conforme demonstra a Figura 15.

Figura 15 - Centro de Saúde - Acesso lateral e acesso principal



Fonte: arquivo pessoal

As imagens abaixo mostram o elevador observado do hall do acesso principal no pavimento térreo (Figura 16) e a visão do mesmo equipamento no pavimento de estacionamento (Figura 17).

Figura 16 - Hall térreo - elevador



Fonte: arquivo pessoal

Figura 17 - Estacionamento - elevador



Fonte: arquivo pessoal

As garagens do subsolo são acessadas exclusivamente por uma rampa de veículos (Figura 18). Neste pavimento observa-se o espaço destinado ao compressor (Figura 19).

Figura 18 - Estacionamento - acesso



Fonte: arquivo pessoal

Figura 19 - Sala compressor e gramado



Fonte: arquivo pessoal

As áreas de afastamento lateral, fundos e frontal são gramadas (Figuras 20 e 21). Há existência de calçadas no perímetro do Centro de Saúde e constata-se ainda a existência de elemento divisorio, sendo que fundos e laterais são muros de alvenaria e no afastamento frontal há um gradil metálico.

Figura 20 - início rampa fundos



Fonte: arquivo pessoal

Figura 21 - Frente - mureta –Gramado



Fonte: arquivo pessoal

Por fim, a visita exploratória possibilitou conhecer a funcionalidade e a setorização dos espaços, bem como os aspectos técnicos acerca da edificação relacionados à acessibilidade espacial. A seguir, estão descritos os dados levantados pela análise do projeto arquitetônico que, relacionados aos dados levantados na visita exploratória, possibilitaram um melhor reconhecimento do campo da pesquisa

4.2.2 Pesquisa Documental

Após a visita exploratória se efetuou a **análise do projeto arquitetônico** da edificação, constituindo a **pesquisa documental**.

Marconi e Lakatos (2003) caracterizam a pesquisa documental como fonte de coleta de dados que está restrita a documentos que podem ou não ser escritos, independentemente de ser feita a pesquisa no momento em que esteja ocorrendo o fato ou posteriormente. Denominam-se de Fontes Primárias (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Para Gil (2002) a pesquisa documental é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico, diferenciando-se da pesquisa bibliográfica que é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet.

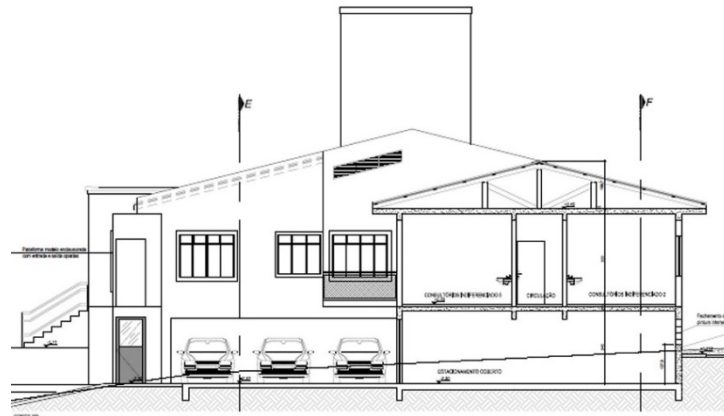
Foi incluída nesta etapa uma **análise do projeto de arquitetura** referente ao estudo de caso, para que se tenha plena compreensão e domínio do objeto do estudo. Esta etapa se mostrou fundamental para a pesquisa, visto que os dados levantados nessa análise relacionados com os dados observados na visita exploratória possibilitaram melhor reconhecimento do campo da pesquisa.

Foram analisadas as plantas baixas dos pavimentos térreo e subsolo, bem como os demais elementos gráficos que constam no projeto arquitetônico, tais como: cortes, fachadas, quadro de áreas, especificações e planilhas de esquadrias, possibilitando a elaboração da descrição abaixo.

Devido à topografia do terreno e ao programa de necessidades estabelecido pela RDC 50 (ANVISA, 2002), a edificação foi implantada em dois pavimentos. A circulação vertical existente que permite a ligação entre o pavimento de estacionamento e o térreo é feito apenas por um elevador.

A figura abaixo apresenta o corte transversal da edificação, onde se observa o perfil do terreno e a caracterização da tipologia vertical do mesmo.

Figura 22 – Corte BB – Centro de Saúde Jardim Atlântico



Fonte: adaptação do autor sobre corte BB - Centro de Saúde Jardim Atlântico

A seguir estão os registros das análises das plantas baixas do Pavimento Térreo e do Subsolo.

1. PAVIMENTO TÉRREO

Figura 23 - Planta baixa do pavimento Térreo



Fonte: adaptação do autor sobre Planta Baixa do Pavimento Térreo - Centro de Saúde Jardim Atlântico

O acesso principal à edificação acontece por meio de escada e de uma rampa, visto que a via pública frontal possui um desnível considerável.

Ao entrar no Centro de Saúde encontra-se, o espaço de atendimento ao público que conta com um hall centralizador das funções da edificação, onde se tem uma recepção para informações dos usuários, área de espera, farmácia, agendamento de consultas e uma sala destinada a reuniões. Ambientes que cumprem uma função de informar e atender os usuários que ainda não necessitam a utilização dos atendimentos personalizados, ou seja, os consultórios médicos e odontológicos.

Em espaço contíguo está alocado o setor administrativo do Centro de Saúde, com sala administrativa e almoxarifado.

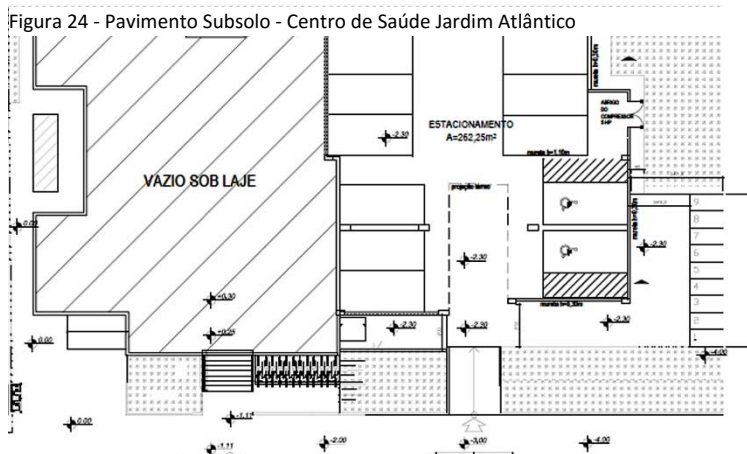
Com acesso restrito, tem-se o setor de uso exclusivo dos funcionários, composto de vestiários, sanitários e copa. Neste mesmo setor encontram-se os ambientes destinados a assepsia e a guarda dos materiais. Os depósitos temporários de resíduos deste Centro de Saúde estão alocados em ambientes externos a este setor.

O setor destinado ao atendimento de vacinação e nebulização possui uma sala de espera própria e encontra-se ao lado da farmácia e próximo ao acesso principal do edifício.

O setor de atendimento médico possui um total de oito consultórios, sendo que três destes consultórios possuem sanitários. Uma sala de espera para o atendimento dos pacientes precede os consultórios que estão todos dispostos em uma circulação horizontal. Nesta circulação estão alocados ainda os sanitários destinados ao público, contando com um sanitário para pessoas com deficiência.

Para acessar o setor dos consultórios odontológicos, percorre-se toda a circulação onde estão alocados os consultórios médicos. Os quatro consultórios odontológicos estão situados ao final da circulação horizontal e possuem um ambiente de espera para os pacientes que buscam este tipo de atendimento.

2. PAVIMENTO SUBSOLO



Fonte: adaptação do autor sobre Planta Baixa do Térreo - Centro de Saúde Jardim Atlântico

O Centro de Saúde conta com um pavimento inferior, onde estão os estacionamentos cobertos, espaço para equipamentos, como abrigo de compressor e casa de bombas. Também na área externa há estacionamento descoberto para motocicletas e área de gramados. Um elevador configura a circulação vertical entre os dois pavimentos, conduzindo os usuários diretamente ao acesso principal da edificação. A Figura 20 expõe a planta baixa deste pavimento, que demonstra graficamente os ambientes deste nível.

Como é possível observar a partir do que foi anteriormente descrito, o Centro de Saúde Jardim Atlântico não segue o padrão disponibilizado para Unidades Básicas de Saúde – UBS, do Ministério da Saúde, embora respeite as diretrizes estabelecidas pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 - RDC 50, do Ministério da Saúde (ANVISA, 2002) e seu programa de necessidades esteja de acordo com o manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Mas devido à topografia do terreno, com desnível considerado, o acesso principal à edificação acontece por meio de escada, rampa ou elevador, contribuindo para o aumento das barreiras físicas de acessibilidade.

Além disso, nesse Centro inexistem os ambientes de Escovário e Sala ACS. Conforme a coordenadora deste Centro de Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde ocupam a sala de nebulização, já que a Secretaria

Municipal de Saúde de Florianópolis não tem um programa de nebulização estabelecido. Quando necessário esse procedimento é realizado na sala de procedimentos.

4.3 ENTREVISTAS

Para Marconi e Lakatos (2003) o objetivo de uma entrevista é a obtenção de informações do entrevistado sobre um determinado assunto ou problema. Rheingantz et al. (2009) salienta que a questão principal de uma entrevista é a conversa gerada diretamente entre duas pessoas buscando as respostas para uma pauta que contenha um conjunto de questões previamente formuladas. Em uma entrevista, para que se obtenha resultado satisfatório o pesquisador deve ter domínio sobre o assunto e também uma boa desenvoltura e sociabilidade, visto que o mesmo terá contato com pessoas de diferentes níveis culturais. Para Barreto (2016) as melhores informações advêm das respostas inesperadas que o entrevistado fornece, surpreendendo o pesquisador naquilo que esperava obter de informações.

Para esta pesquisa adotou-se o método de **Entrevistas Semiestruturadas**, caracterizadas como uma conversa com o entrevistado pautada em um roteiro previamente estabelecido, porém sem a necessidade de se aplicar as perguntas em uma ordem sequencial. Esta flexibilização permite o acréscimo de novos questionamentos, objetivando-se um entendimento e maior aprofundamento sobre o foco da pesquisa.

A realização das entrevistas nesta pesquisa justifica-se pelo contato presencial do pesquisador com o entrevistado, obtendo informações contidas dentro do contexto e do ambiente pesquisado. Para melhor entendimento do universo de usuários e da dinâmica de funcionamento do Centro de Saúde pesquisado, bem como da elaboração do projeto arquitetônico executado, foi fundamental entrevistar duas pessoas relacionadas com o estudo de caso: a arquiteta responsável pelos projetos arquitetônicos da Secretaria Municipal de Saúde e a coordenadora do Centro de Saúde Jardim Atlântico²³. Os dados recolhidos nessas entrevistas serviram para o desenvolvimento da pesquisa e aprofundamento do estudo de caso.

²³ Os roteiros das entrevistas estão nos Apêndices 1 e 2, respectivamente.

4.3.1 Entrevista com a Arquiteta

A entrevista com a arquiteta responsável pelo projeto arquitetônico do Centro de Saúde pesquisado permitiu entender como ocorre o processo de elaboração de projetos arquitetônicos de Centros de Saúde na esfera municipal, desde a definição de qual região da cidade necessita deste serviço até o produto final, ou seja, o projeto executivo de arquitetura.

4.3.2 Sobre a Aplicação do Método

Após contato feito com a Secretaria Municipal de Saúde, foi agendada a entrevista com a arquiteta responsável pelos projetos arquitetônicos desenvolvidos neste órgão. Elaborou-se um roteiro para a Entrevista Semiestruturada, de maneira que se pudesse estabelecer um diálogo técnico com a projetista e, com isso, obter informações que pudessem não estar contidas nas perguntas pré-estabelecidas do roteiro.

Desta forma, no dia 27 de Junho de 2015 foi realizada a entrevista com a arquiteta da Prefeitura Municipal de Florianópolis que atualmente exerce a Gerência de Obras, Projetos e Manutenção predial da SMS da Prefeitura de Florianópolis, no seu local de trabalho.

Após as explicações iniciais sobre a entrevista, apresentou-se o roteiro das perguntas, que foram prontamente aceitas pela entrevistada, que também atendeu a solicitação do pesquisador e autorizou a gravação em áudio da entrevista. Após a gravação da entrevista, foi feita a transcrição do áudio, sem omitir erros ou repetições, e posteriormente realizada análise geral, interpretação e organização da entrevista por grupos de assuntos, para que se obtivesse maior clareza sobre as informações concedidas.

A entrevista com a arquiteta teve a duração de cinquenta e seis minutos.

4.3.3 Resultados da Entrevista

No início da entrevista a arquiteta traz um breve panorama de como ocorre a definição da demanda de um projeto de um Centro de Saúde.

Segundo ela, a saúde pública é dividida em *atenção básica*, *atenção de média complexidade* e *atenção de alta complexidade*. Sob a

responsabilidade do município o atendimento à saúde abrange até a média complexidade, que são as UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) e as Policlínicas. Os Centros de Saúde integram a rede de atenção básica. Para o planejamento desse atendimento, o município é dividido por densidade populacional, que define o número de Equipes de Saúde da Família (ESF), a quantidade e a área de abrangência e onde deve ser implantando cada Centro de Saúde.

O porte do Centro de Saúde é definido pelo número de Equipes de Saúde da Família (ESF). Mesmo que o Ministério da Saúde defina o número de 4.000 pessoas atendidas para cada Equipe de Saúde da Família (ESF), e a Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis defina 3.000 pessoas atendidas, segundo a entrevistada, o fato de existirem regiões com diferentes densidades tornam necessárias adequações por parte da Secretaria. O Município tem como entendimento o número máximo de quatro equipes por Centro de Saúde, citando o do Jardim Atlântico como um destes centros de porte para quatro equipes.

A arquiteta segue sua explanação relatando sobre a origem dos recursos para os Centros de Saúde, afirmando que são construídos com base nos recursos enviados pelo Ministério da Saúde, que financia as obras. O aporte financeiro para a execução de um Centro de Saúde feito pelo Ministério da Saúde está em valores aproximados de 0,8 CUB/m² (oitenta por cento do Custo Unitário Básico por metro quadrado), sendo que para uma edificação desta complexidade, segundo a entrevistada, deveria ser o dobro deste percentual. A Prefeitura é quem faz a complementação destes valores. Ela observa também que os recursos não contemplam itens importantes como urbanização, movimentação de terra e estacionamentos. Ela também entende que deveriam ser destinados recursos especificamente para a acessibilidade, assim poder-se-ia investir em itens específicos, como, por exemplo, sinalização.

Questionada sobre como se procede a escolha do local para a construção dos Centros de Saúde, a entrevistada aponta que há dificuldade na oferta de terrenos para este fim e a definição é feita pelo Secretário de Saúde do Município, pautado em orientação dada pelo setor de projetos.

Quanto à definição dos espaços que devem ser contemplados

no projeto de um Centro de Saúde, a arquiteta afirma que por ter orientação do Governo Federal os projetos seguem as exigências da RDC 50 (ANVISA, 2002), atendendo igualmente o código de obras municipal e portarias do próprio Ministério da Saúde, que definem o programa de necessidades, ambientes e aspectos físicos dos mesmos.

Os ambientes definidos pela RDC 50 devem ser contemplados nos projetos de Centros de Saúde elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto alguns destes ambientes não são necessários para a realidade local, por não existirem programas de saúde que contemplem o seu uso. A entrevistada exemplifica o caso da *sala de coletas* que não é uma prática utilizada no município, embora seja uma exigência do Ministério da Saúde.

Pela particularidade de o Município de Florianópolis possuir uma Universidade Pública (UFSC) que oferece Curso de Medicina, os Centros de Saúde são definidos como locais onde os médicos residentes exercitam a prática da medicina. Assim, para atender esta demanda se aumenta o número de consultórios médicos estipulado pelo Ministério da Saúde para cada porte, ou seja, nas palavras da arquiteta, são projetados e construídos sempre três consultórios a mais do que previsto no programa de necessidades original.

Mesmo com recursos reduzidos, os espaços dos Centros de Saúde, visando proporcionar melhores condições de conforto, possuem seu dimensionamento com valores acima do mínimo exigido pelas normas. Um exemplo é a adoção de consultórios médicos com área de 10,50 m², quando a norma define o mínimo de 7,50 m². A qualidade construtiva é preocupação da gerência de obras e projetos e mesmo considerando os baixos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, tem-se priorizado materiais de qualidade superior e acabamentos que não estão previstos nos orçamentos iniciais, como: pastilhas externas, piso cerâmico, bate maca nas paredes e pintura epóxi.

Outro ponto importante da entrevista foi sobre as questões de tipologia dos Centros de Saúde do Município. Sobre este fator, a entrevistada afirma que a tipologia vertical é evitada principalmente por questões de custo de implantação. Também observa que o próprio usuário tenderia a encontrar dificuldade em se orientar quando há a verticalização e que muitos não sabem usar o elevador.

A atual arquitetura adota uma tipologia mais contemporânea, em relação as tipologias anteriores, o que costuma sofrer influência direta de gosto pessoal dos secretários municipais de saúde.

Com relação a uma possível padronização do projeto arquitetônico, a entrevistada explica que a mesma ocorre mais pelo atendimento do programa de necessidades, pois as especificidades de cada terreno faz com que os projetos tenham que ser adaptados a sua realidade. A entrevistada faz uma comparação com a Secretaria Municipal de Educação que recebe do Ministério da Educação o projeto padrão de escolas, devendo apenas providenciar um terreno que seja compatível com o padrão estipulado. Como não há um projeto padrão elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, a tentativa de uma padronização é estabelecida a partir das especificações de acabamento e detalhamento adotados nos projetos arquitetônicos elaborados.

A equipe atual conta com a arquiteta entrevistada e uma estagiária. Não há contato com a equipe que define o programa de necessidades e o dimensionamento destes espaços. Os projetos complementares não são desenvolvidos por esta equipe e são contratados de forma terceirizada. No entanto, desde 2014 a Secretaria Municipal de Saúde conta com equipe de fiscalização de obras.

Ao ser questionada sobre a acessibilidade espacial, questão central desta pesquisa, a entrevistada faz a leitura de que a revisão da NBR 9050 (ABNT, 2015) mudou pouco em relação à anterior e não impactou muito em comparação aos projetos feitos anteriormente, os quais já atendiam questões importantes relacionadas a acessibilidade, como os acessos, rampas, plataformas e banheiros. Verifica, no entanto, dificuldade de aplicar a norma de maneira integral por falta de recursos financeiros, pois as verbas disponíveis não são suficientes para se disponibilizar recursos previstos, como por exemplo, alarme de emergência para sanitários. Conforme comenta a entrevistada “mal dá pra colocar uma ducha higiênica”. Ainda sobre acessibilidade espacial, a arquiteta criticou o piso podotátil que, na visão da entrevistada, não tem uma boa aceitação junto às pessoas cegas.

Sobre os próximos projetos a serem elaborados para Centros de Saúde, a entrevistada comenta que se encontra em desenvolvimento na Secretaria Municipal de Saúde, o embrião de um projeto padrão para um Centro de Saúde que atenda uma única Equipe de Saúde da Família,

mas que possa, com o aumento de demanda, ir sendo ampliado para acomodar até três equipes.

Assim, esta entrevista possibilitou entender como se dá o processo de concepção e elaboração de projetos arquitetônicos de Centros de Saúdes na esfera municipal, inclusive da Unidade do Centro de Saúde do Jardim Atlântico, objeto de estudo desta pesquisa.

4.3.4 Entrevista com a Coordenadora

Outro fator a ser considerado para o desenvolvimento da pesquisa e aprofundamento da compreensão do estudo de caso era o entendimento de como é a funcionalidade de um Centro de Saúde. Para tanto, o pesquisador voltou a entrar em contato com a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs, da Secretaria Municipal de Saúde, buscando informação sobre um profissional que pudesse conceder uma entrevista que esclarecesse detalhes sobre o funcionamento do Posto de Saúde Jardim Atlântico. Diante de tal solicitação, o setor indicou a enfermeira que estava coordenando o Centro na época²⁴, comunicando-a sobre a pesquisa e a entrevista que seria realizada.

4.3.5 Sobre a Aplicação do Método

No dia 7 de Novembro de 2016, no Centro de Saúde Jardim Atlântico, foi realizada a entrevista com a coordenadora responsável por esta unidade, funcionária concursada da Prefeitura Municipal de Florianópolis há oito anos e que atua há cinco anos no cargo de Coordenadora do Centro de Saúde Jardim Atlântico.

Da mesma forma como foi procedido na entrevista com a arquiteta, após as explanações iniciais, apresentou-se o roteiro das perguntas, que foram aceitas pela entrevistada, que também atendeu a solicitação do pesquisador e autorizou a gravação em áudio. Foi também realizada a transcrição do áudio e posteriormente a análise geral, interpretação e organização da entrevista por grupos de assuntos, para que se obtivesse maior clareza sobre as informações concedidas.

Esta entrevista teve a durabilidade de uma hora e trinta minutos.

²⁴ Setembro de 2016.

4.3.6 Resultados da Entrevista

A entrevista tem seu início com informações sobre o funcionamento do Centro de Saúde. Conforme a entrevistada, a população credenciada neste Centro de Saúde é de aproximadamente 5.500, divididas em duas áreas de abrangência. Para cada uma destas áreas, uma ESF é responsável pelo atendimento da população. Neste Centro de Saúde cada equipe é formada por: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e dois agentes de saúde, podendo ter o acréscimo de um dentista e um auxiliar de consultório odontológico. A entrevistada informa que médicos residentes da Universidade Federal de Santa Catarina também atuam nesta unidade.

O Centro de Saúde Jardim Atlântico possui também um Núcleo de Assistência da Saúde Familiar (NASF), que conta com profissionais de Educação Física, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e pediatras.

O atendimento no Centro de Saúde é para os moradores cadastrados neste território e há atendimento de demanda por emergência, denominado *acolhimento*.

O quadro funcional fixo do Centro de Saúde é composto por um total de 17 pessoas, divididas conforme as suas atividades. Atuam neste Centro de Saúde dois médicos, três enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, três agentes comunitários, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico, duas recepcionistas e um auxiliar de limpeza, que é terceirizado.

Os ambientes mais utilizados pelos usuários do Centro de Saúde são a recepção, os consultórios, enfermagem e a sala de procedimentos. O acesso restrito ao público e de uso apenas dos funcionários são: copa, expurgo, esterilização, depósito, vestiário e banheiro.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a população usuária deste Centro de Saúde, o pesquisador questiona se existem pessoas com restrições e deficiências e quais são estas restrições. A entrevistada elenca que nesta unidade são atendidos dois usuários de cadeira de rodas, duas pessoas com deficiência visual, três surdos-mudos e vários usuários com restrições de movimentos. Observa que as duas pessoas com deficiência visual não circulam sozinhas no Centro de Saúde, ambos solicitam a ajuda dos funcionários para se

deslocar ao longo dos percursos. Além disso, afirma que a unidade tem cadastrados 889 usuários com mais de sessenta anos de idade.

A retomada de um novo enfoque para entrevista foi feita com o questionamento sobre o entendimento que a entrevistada tinha sobre Acessibilidade Espacial, que respondeu ser o “Acesso a um espaço físico. Ir e vir sem obstáculos”. A coordenadora entende que a implantação do Centro de Saúde em uma rua com aclive acentuado gera muita dificuldade de acesso ao prédio. Ela observou ainda que: “Não tem acessibilidade dentro do Centro de Saúde”.

Questionada sobre quais seriam as estratégias de acessibilidade que estariam presentes neste Centro de Saúde, a entrevistada cita as rampas, corrimãos, piso guia na calçada, placas de identificação, elevador e sanitário adaptado.

Para a coordenadora todos os ambientes estão acessíveis para uma pessoa com cadeira de rodas, porém observa que há dificuldade no ambiente do consultório de enfermagem onde uma pessoa com cadeira de rodas “entra, mas não consegue se movimentar”. E sobre a possibilidade desta unidade vir a ter em seu quadro um funcionário com restrições de mobilidade, a entrevistada cita como uma barreira a porta de acesso dos funcionários, que possui um degrau e sua largura é menor que 80 cm.

Além da declividade da rua, já citada anteriormente, a entrevistada elenca como dificuldade para o acesso ao Centro de Saúde por parte dos usuários a porta de entrada da unidade que possui um pequeno degrau e, por conta da falta de manutenção, a porta está “pesada”. Outro item apontado pela coordenadora foi a rampa existente que, em sua avaliação, considera muito íngreme.

Questionada sobre quais as sugestões para uma melhoria da acessibilidade nos ambientes deste Centro de Saúde a entrevistada inicia sua resposta com uma observação que classifica como “absurdo”: a inexistência de uma cadeira de rodas na unidade para atendimento ao público. Sugere, então, para o atendimento das questões relacionadas à acessibilidade espacial aos usuários do Centro de Saúde, em uma ordem de prioridade, que: a calçada em frente deveria estar plana; a porta principal, por estar em um ambiente climatizado, deveria ser automática e que o uso do elevador deveria dar possibilidade de autonomia de uso para a pessoa com deficiência ou restrição, fato que não acontece.

A entrevistada entende que estas melhorias seriam fundamentais para os usuários com dificuldade de locomoção, aproximadamente 30% que são idosos neste Centro de Saúde.

As entrevistas proporcionaram um melhor entendimento sobre as relações que se estabelecem entre o universo de usuários, a dinâmica de funcionamento e a concepção e organização dos espaços projetados do Centro de Saúde Jardim Atlântico, possibilitando a compreensão e ampliação de questões relacionadas à acessibilidade espacial neste tipo de edificação.

4.4 WALKTHROUGH

O procedimento metodológico chamado de *walkthrough*²⁵ tem origem na psicologia ambiental²⁶ (MOSER, 1998) e objetiva a possibilidade de o observador se familiarizar com a edificação em uso e com isso efetuar uma [...] “identificação descritiva dos aspectos negativos e positivos dos ambientes analisados”. (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 12).

Páscoa (2008) considera que o Walkthrough deve ser um dos primeiros instrumentos de pesquisa a ser realizado, por identificar de maneira mais rápida e prática os principais problemas de um ambiente construído. Trata-se de um procedimento cujos resultados servem de embasamento para a aplicação posterior de outros procedimentos. O Walkthrough destaca-se como ferramenta de avaliação consagrada ao estabelecer:

[...] percurso dialogado abrangendo todos os ambientes, complementado por fotografias, croquis gerais e gravações de áudio e de vídeo, possibilita que os observadores se familiarizem com a

²⁵ “*Walkthrough* - palavra da língua Inglesa que pode ser traduzida como passeio ou entrevista acompanhado. Em função do reconhecimento mundial, inclusive por parte dos pesquisadores brasileiros, foi mantida a sua designação original em Inglês.” (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 21)

²⁶ Psicologia Ambiental: área interdisciplinar na qual se estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações - e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social (MOSER, 1998).

edificação, com a sua construção, com seu estado de conservação e com seus usos. (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 23).

Buscando um melhor entendimento da percepção das pessoas sobre as condições de acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico e a obtenção de resultados com diferentes interpretações, foram realizados dois procedimentos de *Walkthrough*: um de perfil mais técnico, pelo pesquisador, e outro com quatro funcionários da instituição.

4.4.1 *Walkthrough* Técnico

Para garantir neutralidade frente aos depoimentos dos demais participantes (funcionários), o primeiro procedimento do *Walkthrough*²⁷ foi realizado pelo próprio pesquisador, inclusive em data anterior aos demais participantes. Embasado no *Walkthrough de especialistas*²⁸ de Rheingantz (2009), as observações foram feitas sob o ponto de vista técnico e focando apenas às questões de acessibilidade espacial, observando-se os quatro componentes de acessibilidade já citados nesse trabalho: *orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso*.

A atividade foi realizada no dia 22 de Novembro de 2016 e teve duração de 47 minutos. O pesquisador utilizou como instrumentos de apoio a este procedimento uma planta baixa da edificação, um gravador de voz e uma máquina fotográfica.

A planta baixa do projeto arquitetônico do Centro de Saúde Jardim Atlântico, fornecido pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, foi a base para a definição de um caminho a ser seguido pelo pesquisador para que, posteriormente, pudesse ser o percurso aplicado para os demais participantes. A definição do percurso pelo pesquisador foi fundamental para a posterior aplicação do procedimento com os funcionários do Centro de Saúde. O gravador de áudio foi um facilitador do procedimento, já que não havia necessidade de parar o percurso para anotações em papel. Posteriormente foi realizada a transcrição dessa

²⁷ Denominado nesta pesquisa como *walkthrough técnico*.

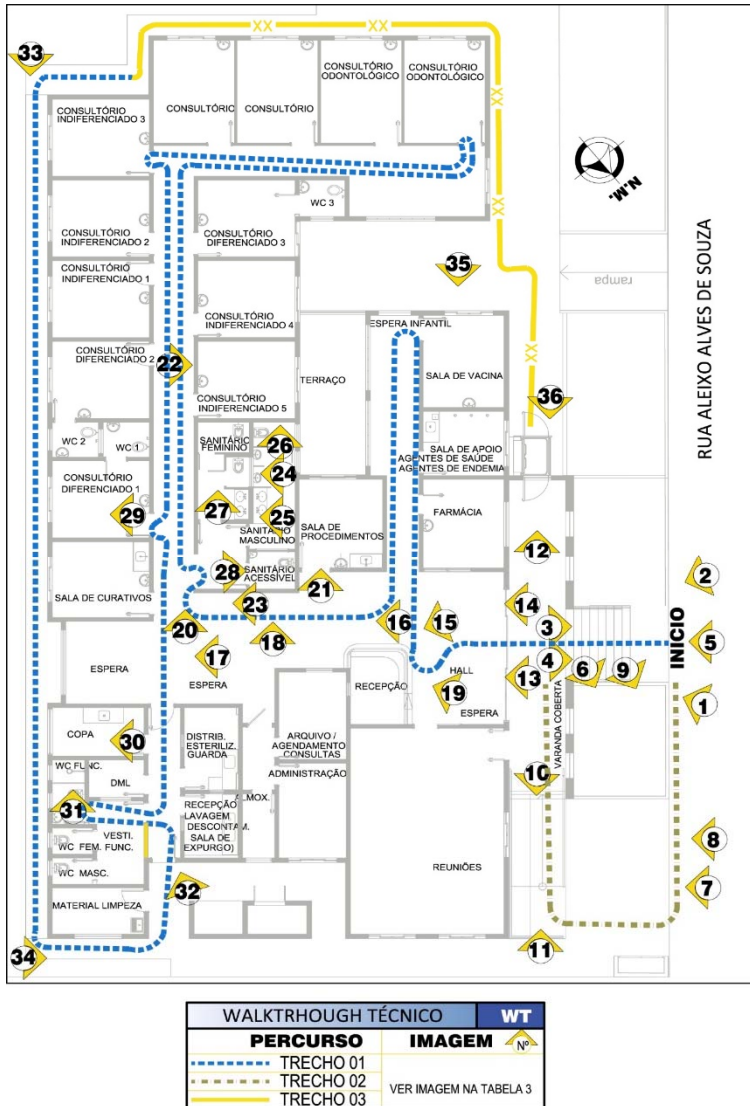
²⁸ Rheingantz (2009) define um *Walkthrough Técnico* como um *walkthrough* realizado por especialistas para examinar determinado conjunto de aspectos de um ambiente ou edifício. (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 27)

gravação. Com a máquina fotográfica foram efetuados os registros de imagens, que foram catalogadas e serviram posteriormente de apoio para a avaliação dos espaços.

Buscou-se um percurso que contemplasse a edificação externa e internamente, iniciando-se a caminhada pelo acesso principal para em seguida percorrer os espaços internos, observando os ambientes. Para otimizar o tempo, verificou-se apenas um dos consultórios indiferenciados, um dos consultórios diferenciados e um consultório odontológico, pois a similaridade de situação e mobiliário não justificaria observações repetidas.

Posteriormente foi realizada a tabulação dos dados colhidos a partir das observações feitas no **Walkthrough Técnico**. Para tanto, foi elaborado uma tabela contendo as principais barreiras encontradas pelo pesquisador relacionadas com os quatro componentes de acessibilidade. Para a sistematização dos dados foi organizada uma tabela organizada em quatro colunas: *a primeira* com a nomenclatura do ambiente analisado, *a segunda* com as considerações feitas pelos participantes em relação às barreiras de acessibilidade espacial encontradas no ambiente, *a terceira* contendo uma imagem ilustrativa da avaliação, com a numeração correspondente relativa ao local onde foram feitas as fotografias e *a quarta* e última coluna, a referência do componente de acessibilidade espacial relacionado à barreira identificada pelo pesquisador. Também, para melhor entendimento do walkthrough técnico, foi inserido na planta baixa o percurso realizado.

Figura 25 - Percurso do Walkthrough técnico



Fonte: arquivo pessoal

4.4.2 Resultados

O **Walkthrough Técnico**, por se tratar de uma avaliação elaborada por um especialista, apontou barreiras de acessibilidade relacionadas aos quatro componentes de acessibilidade.

No *acesso principal*, uma das barreiras encontradas está relacionada ao componente de **orientação espacial**, visto que a calçada em frente ao edifício, inaugurado em Novembro de 2015, contém apenas a sinalização tátil de alerta e não a sinalização tátil direcional, portanto não se encontra adequado às diretrizes da Norma Brasileira NBR 16.537 de 27 de Junho de 2016 (ABNT, 2016), que trata da Sinalização Tátil no Piso. Outra barreira relevante encontrada neste primeiro trecho do *walkthrough técnico* está relacionada com o componente **deslocamento**, pois um fato recorrente observado durante todo o período de avaliação da edificação foi o trancamento do portão que dá acesso à rampa para pessoas com deficiência, impossibilitando, desta forma, o livre acesso. Ainda em relação ao **deslocamento**, no espaço que antecede a rampa verificou-se que não existe um espaço plano para que se possa chegar com um veículo e efetuar o desembarque de uma pessoa com cadeira de rodas e, ainda, com medições efetuadas foi possível identificar que a vaga não comporta o comprimento de um automóvel de médio porte.

O *hall coberto* contempla a porta principal e dá acesso ao elevador de atendimento do pavimento inferior, onde está localizado o estacionamento do Centro de Saúde. Neste espaço verificou-se a presença de uma barreira de acessibilidade relativa ao **uso**. A porta principal de entrada encontra-se fechada e seu puxador não oferece condições de uma empunhadura adequada para sua abertura. Também nesse espaço, foram identificadas barreiras de acessibilidade referentes ao componente de **comunicação**, a inexistência de uma campainha para comunicação quando a porta encontra-se fechada e de orientações para pessoas com dificuldades visuais no elevador, inexistindo qualquer informação em Braille.

A *recepção* é um espaço amplo e para pessoas sem quaisquer dificuldades cognitivas, motoras ou sensoriais apresenta-se como um ambiente de boa legibilidade. Porém, uma observação técnica revela barreiras relevantes de **orientação espacial** como: a falta sinalização tátil de piso na mudança de direção nas circulações e a ausência de

sinalização tátil de alerta junto aos mobiliários (bebedouro, mesas, guichês da farmácia e marcação de exames). Como barreira de **comunicação**, observa-se que a placa indicativa dos ambientes existentes trazem informações apenas no sentido visual, não existe informação em braille ou dispositivo sonoro permitindo que pessoas com restrições sensoriais obtenham as informações necessárias para o deslocamento nos ambientes do Centro de Saúde. Ainda neste ambiente, observou-se a inexistência de bancos para pessoas obesas, o que se configura como uma barreira de acessibilidade relacionada ao componente de **uso**.

As *circulações* também possuem carências informativas relacionadas ao componente de acessibilidade de **orientação espacial**, observadas na falta de pisos táteis indicativos, na falta de contraste de piso e parede, na inexistência de informações que indiquem, no cruzamento das circulações dos consultórios médicos e odontológicos, onde está a sala de espera e os gabinetes odontológicos. Obstáculos no caminho, tais como: mesa de impressora, quadros de incêndio e brinquedos deveriam ser sinalizados para que não ocorram problemas de **deslocamento** dos usuários do Centro de Saúde.

Os *consultórios* de maneira geral apresentam tamanho apropriado, porém observa-se que o mobiliário dificulta o **deslocamento** de um cadeirante.

Os ambientes de *sanitários* apresentam barreiras relacionadas ao **uso**. Tanto no masculino como no feminino a altura do lavatório impede a aproximação e uso de uma pessoa com baixa estatura ou mesmo uma criança. Os puxadores das portas dos gabinetes, igualmente, não oferecem uma empunhadura que permita facilidade no seu manuseio. Não há um espaço para trocador de fraldas, tanto infantil quanto adulto, nestes sanitários. No sanitário masculino os dois mictórios existentes não podem ser usados, pois estão lacrados com uma proteção de plástico por causa de odores produzidos no sistema de esgotamento sanitário desta unidade. No sanitário acessível há barras de apoio, porém inexistem barras verticais para uso de pessoas com diferentes estaturas.









No *setor de uso restrito de funcionários*, observam-se barreiras de **deslocamento** incluindo a copa com suas dimensões reduzidas, o degrau existente na soleira da porta de acesso de funcionários, e a









existência de um capacho solto na mesma. Com relação a barreiras de **uso**, aponta-se a inexistência de barras de apoio no sanitário do vestiário que possibilite o uso por parte de pessoas com restrição de movimentos.







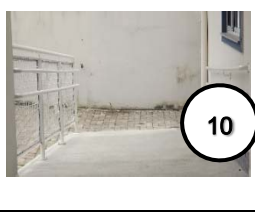



O acesso ao estacionamento do pavimento inferior pode ser feito pela *rampa existente nos fundos do prédio*. Porém há graves barreiras de **deslocamento**, pois a inclinação é inadequada e existem degraus neste percurso. Além disso, observa-se a falta de placas **orientativas** no percurso.










O pavimento de *estacionamento* apresenta barreiras relacionadas ao **uso**, decorrentes da inexistência de marcação de vagas para pessoas com deficiência e também para os idosos. As barreiras **informativas** mais significativas neste ambiente são referentes ao equipamento do elevador, pois há falta de uma sinalização tátil de alerta e ausência de placa com identificação do pavimento. Não há botoeira do elevador em Braille e nenhuma comunicação direta com a recepção.











Tabela 3 – Resultado Walkthrough Técnico









AMBIENTE	BARREIRA DE ACESSIBILIDADE	IMAGEM NÚMERO 	COMPONENTE
PORTÃO PRINCIPAL ESCADA ACESSO	Falta piso tátil direcional que indique o acesso à edificação.	 	
	Falta sinalização tátil de alerta para o degrau existente; Degrau de altura média de 12 centímetros no portão.	 	 

	Escada sem sinalização tátil de alerta de início e de fim de percurso.	 3	
	Calçada em frente ao edifício sem rebaixo para travessia de pedestre.	 4	
	Piso da escada sem contraste; Não há indicação da localização da rampa; Inexistência de Placa orientativa para indicar elevador.	 5	
PORTÃO DA RAMPA	Sempre fechado, acesso dificultado; Largura de 2,40 metros dificulta veículos maiores.	 6	

<p>Inexistência de um puxador no portão.</p>		
<p>Falta local plano que possibilite o carro estacionar para um cadeirante usar a rampa.</p>		
<p>Não há espaço suficiente para um automóvel com 4,20 metros de comprimento. O automóvel invade a calçada para estacionar.</p>		
<p>Não há patamar plano de 1,20 metros no início da rampa.</p>		
<p>Não há sinalização de piso alerta no início e final da rampa.</p>		










ELEVA- DOR TÉRREO	Falta sinalização tátil de alerta junto a porta; Falta a indicação do pavimento; Não há Botoeira em <i>Braille</i> .	 12	
PORTA PRINCI- PAL	Falta de uma campanha para comunicação.		
	Porta de correr quase sempre se encontra fechada para manter o ambiente de recepção refrigerado.	 13	
	Falta identificação de acesso ao edifício.		
	Dificuldade de abrir, porta pesada; Puxador com empunhadura inadequada.		
Capacho em frente a porta, solto.	 14		






RECEP- ÇÃO	Placa indicativa dos ambientes com informações apenas no formato visual. Não existe informação em <i>Braille</i> .		
	Inexistência de piso direcional; Possibilidade de ofuscamento, pelo brilho, para pessoas com baixa visão.		
RECEP- ÇÃO	Falta assento para pessoa obesa na recepção e nos demais ambientes de espera.		
	Sinalização tátil de alerta para identificar os mobiliários: bebedouro, mesas, guichês da farmácia e marcação de exames.		
	Sinalização tátil de piso na mudança de direção nas circulações; Pouco contraste entre o piso e a parede. Também entre a parede e as esquadrias.		

CIRCULAÇÃO	<p>Pouco contraste de piso e parede;</p> <p>Falta piso tátil indicativo;</p> <p>Falta painel informativo no final da circulação.</p>		
	<p>Falta sinalização em Braille para identificação dos ambientes.</p>		
	<p>Obstáculos no caminho não sinalizados.</p>		
	<p>Painel indicativo de ambientes no início da circulação com dispositivo sonoro/luminoso.</p>		

SANITÁ- RIOS MASCU- LINO	Mictórios lacrados para uso; Inexistência mictório infantil.	 24	
	Altura do lavatório não permite o uso por crianças; Não existe trocador de fraldas, tanto adulto como infantil	 25	
	Empunhadura do puxador da porta do gabinete inadequado.	 26	

SANITÁRIOS FEMININO	Empunhadura do puxador da porta do gabinete inadequado; Não existe trocador de fraldas, tanto adulto como infantil; Altura do lavatório não permite o uso por crianças;		
	Sanitário acessível: barras verticais para uso de pessoas de diferentes estaturas.		
CONSULTÓRIOS	Mobiliários impedem uma circulação segura para cadeirantes.		
COPA	Não permite a manobra de um cadeirante.		

<p>VESTIÁRIO</p>	<p>Sanitário sem barras de apoio.</p>		
<p>ACESSO FUNCIONÁRIOS</p>	<p>Degrau na porta; Capacho solto.</p>		
<p>RAMPA FUNDOS</p>	<p>Inclinação acentuada, inexistência de patamares.</p>		
	<p>Não há piso tátil de alerta no início e nem no fim da rampa; Não há sinalização de mudança de direção.</p>		
	<p>Degrau no caminho sem sinalização de alerta.</p>		

ESTACIO NAMEN TO	Falta marcação de vaga para pessoa com necessidades especiais; Falta marcação de vaga de idoso.		
	Mureta interrompe o acesso direto ao elevador e a rampa		
ELEVA- DOR ESTACIO NAMEN TO	Falta sinalização tátil de alerta; Falta placa com identificação do pavimento. Não há Botoeira em <i>Braille</i> .		

Fonte: arquivo pessoal

4.4.3 Walkthrough dos Funcionários²⁹

Na segunda etapa deste procedimento foram realizados análises walkthrough com funcionários do Centro de Saúde, pessoas que desenvolvem diariamente suas atividades profissionais neste local. O objetivo foi buscar informações dessas pessoas sobre questões de acessibilidade espacial, pois o apontamento de barreiras de acessibilidade por pessoas com pleno conhecimento do ambiente do estudo de caso possibilitariam uma contrapartida em relação à percepção das pessoas com restrições, participantes do procedimento denominado *Passeio Acompanhado*³⁰.

Foi solicitado à coordenadora do Centro de Saúde que

²⁹ Foi denominado Walkthrough dos Funcionários por este procedimento ter sido realizado apenas com funcionários do Centro de Saúde.

³⁰ O Passeio acompanhado será exibido no item 4.5.

disponibilizasse alguns funcionários do quadro de trabalhadores da unidade para participação neste procedimento de pesquisa. Para uma amostragem mais significativa, solicitou-se uma composição de participantes de distintas funções. Assim sendo, participaram do *walkthrough*, uma médica, uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de enfermagem e um dentista, totalizando quatro funcionários.

O procedimento foi realizado individualmente com cada um dos participantes. Antes do início foram explicitados os objetivos da pesquisa, enfatizando que as observações visavam questões de acessibilidade espacial, e foi feita uma explicação sobre o procedimento de pesquisa denominado *walkthrough*. Após isso, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, ocasião em que os participantes e pesquisador assinaram o documento. Todos compreenderam que o procedimento tratava-se de um passeio pelo local com um roteiro definido pelo pesquisador, não havendo necessidade de qualquer tipo de anotação por parte dos participantes já que a caminhada seria acompanhada pelo pesquisador que registraria a mesma por meio de áudio e também fotografias.

As atividades foram realizadas no período matutino, por sugestão da coordenadora da unidade, pois segundo ela, pela manhã, principalmente depois das dez horas, o Centro de Saúde tem um fluxo menor de usuários. Desta maneira o funcionamento da unidade não seria afetado e os funcionários poderiam ser disponibilizados para a atividade sem prejuízo aos usuários do Centro de Saúde.

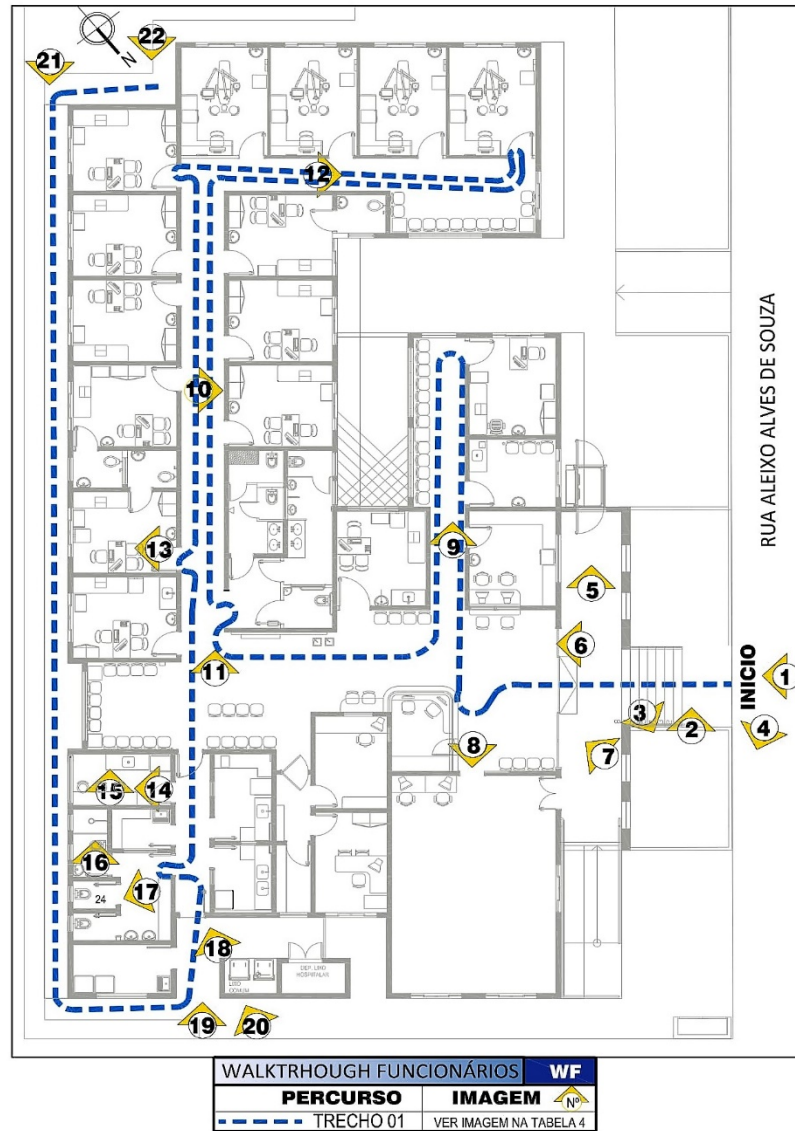
Iniciou-se o procedimento com o primeiro participante às 10h13min finalizando-se com o quarto às 11h37min. Cada participante levou em média 23 minutos de percurso, visto que entre os procedimentos foram realizados em intervalos de aproximadamente 10 minutos para ajustes dos materiais utilizados.

Os procedimentos foram realizados com êxito e sem intercorrências. Durante as caminhadas o pesquisador, reiteradas vezes, solicitava que fossem observadas apenas as questões relacionadas à acessibilidade espacial, pois frequentemente os mesmos levantavam problemas relacionados à má conservação do edifício e odores recorrentes nos sanitários e nos consultórios odontológicos, oriundos, a princípio, do sistema de esgoto sanitário.

Assim como no *walkthrough técnico*, as observações dos

participantes quanto à acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico foram posteriormente tabuladas e inseridas em quadro semelhante ao descrito anteriormente, sempre relacionando essas observações com os quatro componentes de acessibilidade.

Figura 26 - Percurso Walkthrough Funcionários



Fonte: arquivo pessoal

4.4.4 Resultados

Diferentemente do *Walkthrough técnico*, este procedimento resgata as observações dos funcionários sobre a acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico frente às situações em que foram detectadas barreiras de acessibilidade. As diferentes funções exercidas pelos participantes neste estabelecimento assistencial de saúde dão ao experimento uma diversidade de informações que enriquecem as observações frente às barreiras de acessibilidade encontradas.

Nesta atividade específica observou-se que as maiores contribuições foram dos funcionários que exercem funções que demandam contato com todos os ambientes do Centro de Saúde.

O acesso à edificação marca a primeira intervenção de um dos participantes que verbaliza “a rampa está muito distante da escada”, ao observar o distanciamento entre o acesso principal e a rampa construída para pessoas com restrição de mobilidade, caracterizando uma barreira que dificulta o **deslocamento** e a **orientação espacial**. Ainda neste espaço foi constatada a falta de um revestimento de piso que oriente o acesso ao Centro de Saúde. Outra barreira constatada está relacionada ao fato do portão de acesso à rampa ficar constantemente fechado, impedindo o livre acesso de pessoas com restrição de mobilidade. Este portão, por motivos de segurança, fica trancado e somente é aberto quando há demanda para o seu **uso**. Foi observado também que o pátio que antecede a rampa não é plano. Neste local há espaço para que um veículo se aproxime da rampa e efetue o desembarque de uma pessoa com mobilidade reduzida, porém a declividade da rua e da calçada criam dificuldades para se operacionalizar este desembarque com segurança e, conseqüentemente, o **deslocamento** do cadeirante

No acesso principal, foram observadas algumas barreiras de **deslocamento**, como por exemplo, o fato de o elevador não ser utilizado³¹ por problemas de manutenção. O degrau na soleira também

³¹Questionados sobre o uso do elevador existente no Centro de Saúde Jardim Atlântico, todos os quatro participantes do *Walkthrough dos Funcionários* relataram que desde que começaram a trabalhar neste local, ou seja, desde a inauguração do Centro, nunca viram o elevador funcionando. Aqui observa o pesquisador que a data de inauguração do Centro de Saúde foi no dia 22 de Setembro de 2015 e a data da realização do procedimento foi dia 22 de Novembro de 2016, portanto quatorze meses sem que o equipamento tenha sido utilizado.

foi apontado como uma dificuldade de **deslocamento** para pessoas com cadeira de rodas ou mesmo idosos.

Sobre os *espaços de circulação* existentes, os participantes consideraram que poderiam ser mais largos, facilitando o **deslocamento** dos usuários. Também afirmaram que equipamentos não deveriam estar localizados nestes ambientes, como brinquedos e impressoras. Uma barreira de **comunicação** observada foi o distanciamento físico entre a sala de espera e os consultórios. Muitas vezes o profissional tem que sair do consultório³² e deslocar-se até a circulação para chamar o paciente.



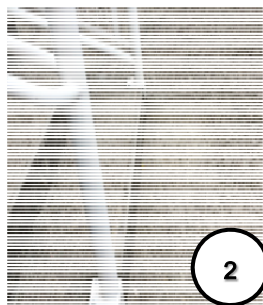



Por ser um procedimento realizado pelos funcionários que atuam na instituição, os *espaços de uso exclusivo de funcionários* foram por eles avaliados. Foram apontadas barreiras relacionadas ao **uso** e ao **deslocamento**, principalmente na *copa*, onde se constatou espaço reduzido e armários muito altos, ocasionando barreiras relacionadas ao deslocamento e também ao uso. A ausência de barras de apoio no *sanitário do vestiário* e local para que se possa sentar no vestiário são apontadas como barreiras de uso nestes ambientes. O degrau existente na soleira da porta de acesso dos funcionários foi considerado como obstáculo para uma pessoa acessar o prédio.

No percurso existente entre o *acesso dos funcionários e o estacionamento*³³ foram apontadas barreiras de **deslocamento**, como o degrau existente e também a acentuada inclinação da rampa. Outra barreira encontrada foi a mureta existente ao redor do estacionamento, que dificulta o deslocamento entre o veículo estacionado e a rampa dos fundos.






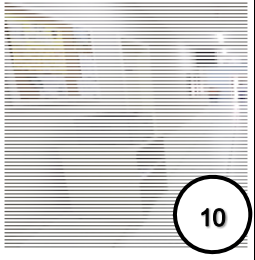

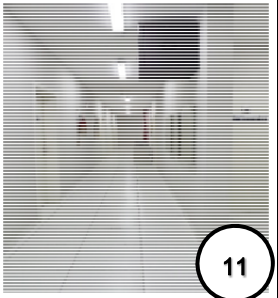


³² A sala de espera dos consultórios odontológicos encontra-se em local distante e de pouca visibilidade para quem frequenta o Centro de Saúde. Muitas vezes os pacientes aguardam ser chamados na sala de espera dos consultórios médicos. Os dentistas então tem que se deslocar até o encontro da circulação dos consultórios odontológicos com a circulação dos consultórios médicos para fazer o chamamento do paciente para o atendimento.



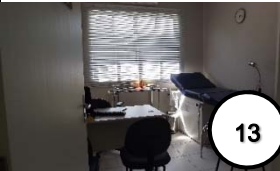




³³ Nem todos os participantes do *Walkthrough dos funcionários* utilizam o estacionamento localizado no pavimento inferior. Desta forma, apenas os que fazem o uso deste espaço é que participaram deste trecho do procedimento.











Tabela 4 – Resultado Walkthrough dos funcionários



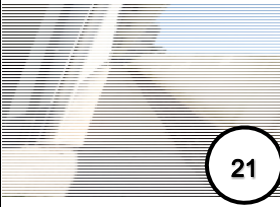



AMBIENTE	BARREIRA DE ACESSIBILIDADE	IMAGEM NÚMERO Nº	COMPONENTE
PORTÃO PRINCIPAL / ESCADA ACESSO	A rampa está muito afastada da escada principal		
	Falta de um Piso antiderrapante no patamar e na escada		
PORTÃO DA RAMPA	O portão de acesso a rampa fica fechado, sendo aberto apenas se houver demanda		

	Não há um local plano para parar um veículo para o uso de um cadeirante		
ELEVADOR TÉRREO	O elevador instalado não funciona.		 
PORTA PRINCIPAL	Existência de um degrau de aproximadamente 5 cm na soleira da porta principal		
	O piso antiderrapante tem problemas, pois fica escorregadio em dias de chuva		

RECEPÇÃO	O puxador da porta da sala de reuniões tem empunhadura inadequada		
CIRCULAÇÃO VACINA	O brinquedo existente no final da circulação atrapalha a movimentação das pessoas (2)		 
CIRCULAÇÃO CONSULTÓRIOS	A impressora existente na circulação dificulta o deslocamento (3)		
	Há distanciamento físico entre a sala de espera e os consultórios. Muitas vezes o profissional tem que sair		 

	do consultório para chamar o paciente. A circulação poderia ser mais larga (2)		
	Sala de espera situa-se muito longe dos consultórios odontol. Fica afastada da área central da unidade		
CONSULTÓRIOS	Há excesso de mobiliário		
COPA	É muito pequena (3)		 

	Os móveis são altos		
VESTIÁRIO	Sanitário não tem barras de apoio		
	Falta um local para apoio bancos		
ACESSO FUNCIONÁRIOS	Existência de um degrau na porta (3)		
	Piso não mantém a característica antiderrapante quando molhado		

	Falta de uma cobertura maior para proteger das intempéries .		
RAMPA FUNDOS	Rampa dos fundos muito inclinada (2)		
ESTACIO NAMENTO	Mureta como obstáculo para acessar a rampa. Longe da rampa		

(N) indica a quantidade de vezes em que a barreira foi citada

Fonte: arquivo pessoal

4.4.5 Considerações Gerais Sobre a Aplicação do *Walkthrough*

Com a aplicação do *Walkthrough* foi possível constatar problemas relacionados à acessibilidade espacial sob a percepção das pessoas que utilizam diariamente esse ambiente de trabalho, bem como, pela percepção do próprio pesquisador.

O *Walkthrough técnico*, por ter sido realizado por um especialista, portanto com base em conhecimento científico, técnicas projetuais, normas técnicas e legislações, avalia os ambientes de maneira mais ampla, tanto que demorou mais tempo para ser realizado, observando todos os aspectos relacionados à acessibilidade espacial na edificação. Desta forma, foram verificadas as barreiras existentes

relacionadas aos quatro componentes de acessibilidade espacial: **orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso.**

As avaliações feitas no *Walkthrough dos Funcionários*, trouxeram importantes contribuições relacionadas à acessibilidade espacial deste Centro de Saúde. Consta-se que a **orientação espacial** obteve uma avaliação pouco significativa, provavelmente pelo fato destes participantes serem funcionários do local e terem contato diário com os ambientes. Os problemas mais relevantes na percepção da equipe de saúde foram os relacionados ao **uso** e também ao **deslocamento.**

Importante observar que as informações colhidas nos dois procedimentos realizados, o *Walkthrough dos funcionários* e o *Walkthrough técnico*, embora apresentem diferenças, são complementares, pois algumas observações feitas pelos funcionários, como por exemplo, a inadequação do puxador da sala de reuniões, não foi observado pelo pesquisador. Do mesmo modo, a constatação por parte do pesquisador da inexistência de assento para obesos na sala de espera da recepção não foi observado pelos funcionários.

Por fim, destaca-se uma observação significativa feita por um dos participantes, funcionário terceirizado, ao avaliar que a rampa para pessoas com restrições de mobilidade deveria estar junto à escada principal de acesso. Tal observação demonstra que este participante carrega intrinsecamente a percepção da necessidade do uso de espaço equitativo e sem segregação, um dos pilares de uma arquitetura que se propõe centrada no ser humano.

4.5 PLANILHAS DE AVALIAÇÃO

Entendendo a necessidade de prover desenvolvimento de ações que possam fornecer conhecimento técnico para a identificação das barreiras espaciais, que dificultam e até impedem as pessoas com restrições de mobilidade, e também de proceder às fiscalizações necessárias, o Ministério Público do Estado de Santa Catarina cria o Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público. O desenvolvimento deste trabalho, que teve início no ano de 2002, contou com a participação de representantes de associações de pessoas com deficiências, órgãos

públicos e entidades profissionais.

Objetivando o cumprimento da legislação federal e das normas técnicas de acessibilidade, o trabalho estipulou o prazo de 30 meses (BRASIL, 2004) para que todas as edificações públicas sofressem as adaptações necessárias para a eliminação das barreiras arquitetônicas existentes:

[...] se desenvolveu em atendimento à Lei Federal n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, regulamentada pelo Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Esse Decreto estabelece a obrigatoriedade do cumprimento das normas técnicas de acessibilidade da ABNT e fixa o prazo de 30 meses, a partir de sua publicação, para a promoção de adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas existentes nos edifícios de uso público, ou seja, aqueles administrados por entidades da administração pública, direta ou indireta, ou por empresas prestadoras de serviços públicos destinados ao público em geral (DISCHINGER, BINSELY E e PIARDI, 2012, p.5).

O trabalho acima referenciado, além de apresentar os conceitos de Desenho Universal, deficiência e restrição, inclusão e acessibilidade espacial - entre outros- e de disponibilizar uma ampla bibliografia para consulta, elaborou um instrumento denominado **Planilhas de Avaliação**, com intuito de embasar laudos técnicos que identifiquem nos edifícios os aspectos negativos relacionados à acessibilidade. Nestas planilhas estão descritos ambientes que, normalmente, são encontrados em edifícios de uso público, tais como: áreas de acesso, saguões, circulações verticais e horizontais, sanitários e locais para atividade coletivas.

As **Planilhas de Avaliação**, descritas anteriormente, foram elaboradas de acordo com as legislações federais e normas técnicas, onde a NBR 9050 (ABNT, 2004) exerceu elevada importância ao estabelecer os critérios e parâmetros a serem observados para que se estabeleçam condições de acessibilidade a todas as edificações.

A NBR 9050, que trata da acessibilidade em edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, foi elaborada no ano de 1985 pelo Comitê Brasileiro 40 da ABNT - CB-40. A primeira revisão da

norma ocorreu no ano de 1994 e, passados dez anos, em 2004, a norma foi revisada pela segunda vez (MORAES, 2007). No ano de 2015 a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) elabora uma nova revisão da NBR 9050, que aprofunda os parâmetros técnicos de acessibilidade de forma geral, melhora as explicações e ilustrações e elimina os aspectos relacionados aos pisos podotáteis. Esta revisão passou a vigorar em todo o território nacional a partir do dia 11 de outubro de 2015.

Em contrapartida à eliminação dos aspectos técnicos relativos aos pisos podotáteis, a ABNT publicou em 27 de junho de 2016 a NBR 16.537, que “estabelece critérios e parâmetros técnicos observados para a elaboração e instalação de sinalização tátil no piso, seja para construção ou adaptação de edificações, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade (...)” (ABNT, 2016, p. 1). Desta forma, esta norma vem complementar as diretrizes de sinalização tátil estabelecidas nas demais Normas Brasileiras que tratam de acessibilidade e, por estabelecerem critérios e parâmetros técnicos para serem observados as condições de acessibilidade às edificações, também fundamentaram as planilhas de avaliação elaboradas nesta pesquisa.

Considera-se a elaboração de **Planilhas de Avaliação** um procedimento relevante para avaliar as condições de acessibilidade em um Centro de Saúde. As Planilhas de Avaliação desta dissertação tiveram como base as planilhas originais do Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público³⁴, porém, houve necessidade de adequação e elaboração, pelo pesquisador, de planilhas específicas, pois foram avaliados ambientes que não estão contemplados nas planilhas originais, como por exemplo, os consultórios, e também foram suprimidos ambientes que não encontraram correspondência no Centro de Saúde pesquisado, estudo de caso desta dissertação. Também foi necessário efetuar a revisão da

³⁴ Além das planilhas originais publicadas no documento “Promovendo Acessibilidade Espacial nos Edifícios Públicos: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público (2012), as planilhas usadas nesta pesquisa também se embasaram no trabalho desenvolvido sobre o título: “Instrumento de Avaliação de Acessibilidade Espacial” (2014), desenvolvido pelo grupo PET ARQ UFSC, que não foi publicado na íntegra (SOUZA, ELY, et al., 2014).

mesma à luz da NBR 9.050 (ABNT, 2015) e a aplicação dos parâmetros e critérios técnicos estabelecidos pela NBR 16.537 (ABNT, 2016), que trata da acessibilidade relacionada à sinalização tátil no piso. Além destas normas elencadas, as planilhas são pautadas nas legislações vigentes relacionadas com acessibilidade.

A estrutura das planilhas (Figura 86) tem a seguinte composição: encontra-se na parte superior um cabeçalho de identificação. À esquerda deste cabeçalho estão os elementos de identificação do local, como: nome do edifício, endereço e a cidade. No lado direito estão os espaços para a identificação do avaliador e a data da aplicação do experimento. Finaliza este bloco do cabeçalho um campo identificando a numeração da planilha.

Abaixo destes campos está apresentado o título da planilha, sempre relacionado com os ambientes avaliados, e logo após o título está a estruturação das nove colunas que compõem a avaliação, que podem ser identificadas em blocos distintos, descritos abaixo.

A primeira coluna tem a identificação do item de avaliação, registrado com algarismo e identificando a sequência de numeração de cada planilha.

As duas colunas seguintes estão relacionadas às legislações aplicadas, onde constam a lei, ou norma, ou decreto que está sendo referida e o seu artigo correspondente. Observa-se que quando não há o preenchimento destas colunas significa que as perguntas elaboradas não se encontravam na legislação, porém foram consideradas importantes para a avaliação.

Nas quarta e quintas colunas, onde sequencialmente estão a prioridade relacionada à barreira (impedimento ou dificuldade) e depois identificados os quatro componentes de acessibilidade (orientação espacial, deslocamento, uso e comunicação) que classificam os itens a conferir.

Os diferentes ambientes ou elementos a avaliar, foram organizados os itens a conferir, formulados através de perguntas que estão na sexta coluna. A sétima coluna está reservada para a resposta da questão avaliada (sim, não, não avaliado) e ao lado, na oitava coluna, um campo para as possíveis observações do avaliador. Entende o pesquisador que o preenchimento deste espaço é muito importante, pois complementa a avaliação realizada.

Para a pergunta formulada na sexta coluna, estão apresentadas, na nona coluna, as condições referendadas pela legislação nas colunas dois e três, denominadas nesta coluna como: Parecer.

Para um melhor entendimento, apresenta-se o início da **Planilha 01- A rua em frente à edificação**, onde é possível visualizar as linhas e colunas da tabela, conforme descritas anteriormente.

Figura 27 - Modelo de Planilha de Avaliação

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO		AVALIADOR:					
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico		DATA-AVALIAÇÃO:					
Cidade: Florianópolis SC		NÚMERO PLANILHA					
01							
A RUA EM FRENTE A EDIFICAÇÃO							
N.	Legislação	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer	
	Lei						artigo
Atravessando a rua							
1.1	X	X	Impede	Deslocamento	Existe travessia pública de pedestres?	SIM	Os locais de travessia devem ter sinalização tátil de alerta no piso, posicionada paralelamente à faixa de travessia ou perpendicularmente à linha de caminhamento, para orientar o deslocamento das pessoas com deficiência visual, conforme as Figuras 22 a 30. Para dimensionamento dos rebaxamentos de calçadas, consultar a ABNT NBR 9050. As travessias de pedestres nas vias públicas ou em áreas internas de edificações ou espaços de uso coletivo e privativo, com circulação de veículos, podem ser com redução de percurso, com faixa elevada ou com rebaxamento da calçada.
1.2	NBR 16537 /16	6.6	Difículta	Orientação	Esta travessia possui sinalização tátil de alerta no piso?	NÃO	
1.3	NBR 9050/15	6.12.7	Difículta	Deslocamento	A travessia de pedestre possui redução de percurso, com faixa elevada ou com rebaxamento da calçada?	NÃO	

Fonte: arquivo pessoal

Assim sendo, como resultado da aplicação da revisão das normas e da inserção de novas diretrizes relacionadas à sinalização tátil

de piso, foram elaboradas um total de seis planilhas para a verificação da acessibilidade espacial no estudo de caso, o Centro de Saúde Jardim Atlântico. A tabela abaixo traz uma breve descrição dos ambientes, equipamentos, mobiliários e espaços avaliados no centro de saúde em cada planilha desenvolvida.

Tabela 5 - Planilha de avaliação - ambientes avaliados

PLANILHA	TÍTULO	DESCRIÇÃO
PLANILHA 01	RUA EM FRENTE AO CENTRO DE SAÚDE	Avaliadas as condições existentes no percurso em frente ao Centro de Saúde, as calçadas e os estacionamentos fazem parte desta primeira planilha.
PLANILHA 02	ENTRADA	O caminho até a porta de entrada, avalia-se o percurso entre o portão e a entrada principal da edificação, onde serão observadas as condições da escada principal, da rampa de acesso, bem como dos corrimãos e guarda-corpos do percurso até a porta principal de edificação. Inclui-se nesta planilha a avaliação do elevador existente na edificação.
PLANILHA 03	RECEPÇÃO	Avaliações direcionadas ao mobiliário, a comunicação visual, tátil e auditiva no Centro de Saúde, onde equipamentos públicos como telefones e bebedouros são também avaliados.

PLANILHA 04	CIRCULAÇÃO INTERNA	Encontra-se a avaliação das circulações horizontais, internas à edificação, e ainda as portas existentes ao longo das mesmas.
PLANILHA 05	CONSULTÓRIOS	Nesta planilha tem-se a avaliação de ambiente característico de um Centro de Saúde, que são os consultórios médicos.
PLANILHA 06	SANITÁRIOS	Avaliação de ambiente de uso frequente nos Centro de Saúde.

Fonte: Autor

4.6.1 Resultado da Aplicação

Com o objetivo de se verificar a funcionalidade e a validade das Planilhas de Avaliação elaboradas nesta dissertação, as mesmas foram aplicadas no Centro de Saúde Jardim Atlântico no período compreendido entre Março e Abril de 2017. Os ambientes avaliados estão descritos nas planilhas e optou-se por analisar apenas os ambientes de acesso ao público, por serem os de maior fluxo de usuários, excluindo-se as áreas restritas aos funcionários.

Os resultados da avaliação serão apresentados com tabelas dos elementos que identificam os problemas encontrados nos ambientes pesquisados, através das respostas aos questionamentos encontrados nas planilhas e classificados pelos componentes de acessibilidade, conforme o Apêndice 3, e que podem ser avaliados através da análise de cada planilha.

➤ **PLANILHA 01 - RUA EM FRENTE AO CENTRO DE SAÚDE**

Nesta planilha foram avaliadas as condições de acessibilidade encontradas nos espaços públicos situados em frente ao Centro de Saúde; foram analisados os passeios e as condições de

travessia da via pública.

Observa-se que, as normas técnicas indicam a necessidade de elementos de acessibilidade, que o espaço avaliado (Figura 28) não contempla, tais quais: a travessia de pedestres com sinalização de piso tátil, uma sinalização por semáforo, o alargamento de calçada nos dois lados, faixa elevada ou rebaixo da calçada nos dois lados da via. O não atendimento destes quesitos impõe dificuldades para o **deslocamento** dos usuários.

Figura 28 - Rua em frente



Fonte: arquivo pessoal

Figura 29 - Calçada



Fonte: arquivo pessoal

As calçadas apresentam aspectos positivos relacionados ao componente **deslocamento** nesta avaliação, ao assegurar a faixa livre de 1,20 metros para pedestres, pavimentação firme, antiderrapante e sem inclinação transversal acentuada. O poste existente em frente encontra-se na faixa de serviço.

Os pisos táteis avaliados na calçada (Figura 29) não se encontram dentro das normas estabelecidas pela NBR 16.537 (ABNT, 2016), constituindo-se em obstáculos ao usuário, relacionado à **orientação espacial** no acesso ao Centro de Saúde.

Também foram feitas nesta primeira planilha as avaliações dos estacionamentos externos e internos do Centro de Saúde. Na via pública, embora haja espaço de estacionamento, inexistente demarcação de vagas para pessoas com deficiência e também para idosos (Figura 28

e Figura 29), impossibilitando uma avaliação das mesmas, porém observa-se que a ausência destas vagas relaciona-se diretamente com o componente de **uso**.

O estacionamento interno do Centro de Saúde também não contempla demarcação de vagas para pessoas com deficiência e também para idosos (Figura 30). A avaliação é de que a ausência das vagas caracteriza dificuldades para o usuário quanto ao **uso**.

Figura 30 - Estacionamento interno



Fonte: arquivo pessoal

➤ **PLANILHA 2 - ENTRADA**

Nesta planilha avalia-se o percurso existente desde o portão junto ao passeio até a entrada do edifício, incluindo escadas, rampas e elevador.

O Centro de Saúde possui claramente três acessos: o portão principal, o portão do estacionamento e o portão do acesso acessível. Em nenhum deles observa-se impedimento de deslocamento, embora o degrau existente no portão principal (Figura 31) e o capacho solto em frente à porta principal configurem dificuldades de **deslocamento** para

os usuários.

A ausência de sinalização no início e final das escadas e da rampa apresenta-se para os usuários deste Centro de Saúde como uma dificuldade de **orientação espacial**. Aspectos positivos avaliados e que são características observadas tanto na rampa quanto na escada é o uso de concreto aparente, antiderrapante, estável e que evita possíveis ofuscamento aos usuários.

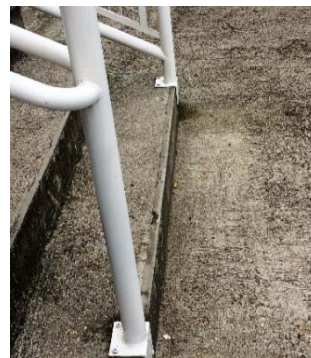
A escada principal cumpre o dimensionamento adequado, possui piso antiderrapante, obtendo uma avaliação positiva relacionada às questões de deslocamento do usuário. A inexistência de sinalizações visuais, que deveriam estar localizadas nas bordas dos pisos da escada, assim como as sinalizações de piso táteis de alerta no início e no final da mesma, transmitem ao usuário uma dificuldade de **orientação** neste espaço. A existência de corrimãos e guarda-corpos em ambos os lados da escada, firmemente fixados, com altura recomendada pelas normas de acessibilidade, e extremidades recurvadas, conferem ao usuário segurança com relação ao seu uso. Porém, a falta de uma identificação em *Braille* no corrimão, dificulta a **orientação** de usuários com restrições visuais.

Figura 31 – Degrau na entrada



Fonte: arquivo pessoal

Figura 32 – Degrau escada sem sinalização



Fonte: arquivo pessoal

As rampas seguem a mesma avaliação efetuada na planilha para a escada externa, apresentando dimensionamento adequado às normas de acessibilidade, piso com revestimento antiderrapante e

patamares bem definidos. Igual situação se verifica com os corrimãos e guarda-corpos da rampa, avaliados positivamente quando relacionados ao componente de **uso**. O atendimento ao aspecto relacionado à **orientação espacial** é novamente carente, pois as informações de identificação de pavimento, em *Braille*, não foram contempladas (Figura 33).

A identificação da porta de entrada do Centro de Saúde é visível e bem demarcada pelo pórtico que a antecede e forma um hall coberto. Porém verifica-se um impedimento de **comunicação** quando a porta encontra-se fechada (Figura 34), pois inexistente uma campainha ou interfone que estabeleça uma comunicação com o interior do Centro de Saúde.

Figura 33 - Rampa acessível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 34 - Acesso principal



Fonte: arquivo pessoal

O elevador existente no Centro de Saúde encontra-se próximo à porta principal (Figura 35), porém as informações que identificam o equipamento são de difícil visualização, dificultando a orientação para o seu **uso**. Não existe sinalização tátil, tampouco sinalização tátil de piso que indiquem a localização do elevador (Figura 35 e Figura 36). Por não existirem obstáculos ao acesso do equipamento, verifica-se que o deslocamento até o mesmo não oferece dificuldade ao usuário. O não funcionamento do elevador durante o período da pesquisa, por falta de manutenção, não permitiu que se avaliassem as condições de uso do mesmo.

Figura 35 - Elevador térreo



Fonte: arquivo pessoal

Figura 36 - Elevador estacionamento

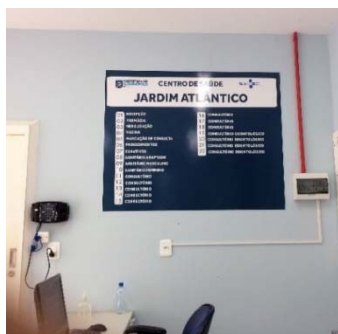


Fonte: arquivo pessoal

➤ PLANILHA 3 - RECEPÇÃO

O ambiente de recepção do Centro de Saúde Jardim Atlântico é um espaço amplo que faz a conexão dos espaços internos da edificação com o exterior. A avaliação apresenta um ambiente sem muitos obstáculos, possuindo sinalização pouco evidente. Neste espaço, a existência de elementos indicativos e de sinalização evidenciam a rota de fuga, com saída para o exterior pela recepção, avaliando-se positivamente o componente de **deslocamento**. Há uma placa legível indicativa (Figura 37 e Figura 38) das atividades dos ambientes que compõem o Centro de Saúde, porém os usuários com deficiência visual não encontram as mesmas informações em *Braille*, configurando-se uma dificuldade de **comunicação**.

Figura 37 - Recepção - informações



Fonte: arquivo pessoal

Figura 38 - Recepção - placa informativa



Fonte: arquivo pessoal

Para o acesso às circulações não há sinalização que indique direção e denominação dos ambientes a serem direcionados. A falta de sinalização para pessoas com deficiência visual, bem como a falta de sinalizações no início das circulações (Figura 39), configuram uma dificuldade de **orientação espacial** para os usuários deste Centro de Saúde.

O balcão de atendimento da recepção (Figura 40) é facilmente visualizado por quem entra no Centro de Saúde. Com duas alturas diferentes, o mobiliário está capacitado para o atendimento de pessoas com cadeira de rodas, correspondendo positivamente ao componente de **uso**. Porém, verifica-se a falta de assento para obesos na recepção, impedindo o uso deste equipamento por usuários com essa característica.

Figura 39 - Hall - circulação



Fonte: arquivo pessoal

Figura 40 - Recepção - balcão atendimento



Fonte: arquivo pessoal

As informações essenciais nos espaços no Centro de Saúde são feitas apenas pela forma visual, contrariando a NBR 9050/15 que determina que as informações devem se dar através do uso de no mínimo dois sentidos. Tal fato impede que pessoas com restrições sensoriais, pelo menos, possam orientar-se no Centro de Saúde. A **comunicação** de pessoas com deficiência auditiva fica impossibilitada pela inexistência de equipamento de tecnologia assistiva, de funcionário capacitado ou um intérprete de Libras presente no local.

As portas internas avaliadas oferecem dimensionamento adequado com maçanetas em altura normatizada e do tipo alavanca, garantindo seu **uso** e **deslocamento**. A porta principal existente, do tipo correr e de vidro, apresenta uma diferença de nível superior a 0,5 cm e na sua base encontra-se um capacho solto no lado externo, ocasionando dificuldade de **deslocamento**. Por ser envidraçada e ainda fazer parte da rota acessível, esta porta deveria estar sinalizada com faixas contínuas para permitir a fácil identificação visual, pois sem uma identificação adequada a porta pode ser uma barreira física para as pessoas. Desta forma o componente de **orientação espacial** foi avaliado negativamente.

Figura 41 - Porta principal - desnível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 42 - Porta principal



Fonte: arquivo pessoal

A inexistência de telefone público e de um telefone acessível no Centro de Saúde impede as pessoas surdas de se comunicarem, configurando-se uma barreira de **comunicação**.

O bebedouro existente está instalado na recepção (Figura 39) e próximo dos ambientes de espera. Possui duas bicas com alturas diferentes, porém não permite a aproximação frontal de uma pessoa com cadeira de rodas por não ter uma altura livre inferior de no mínimo 73 cm, podendo-se verificar dificuldade para o seu **uso**.

➤ PLANILHA 4 - CIRCULAÇÃO

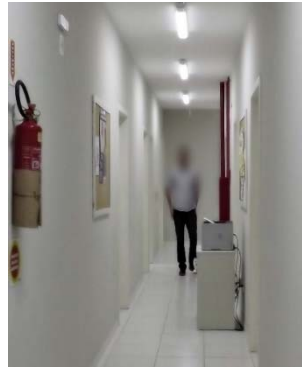
As circulações internas do Centro de Saúde (Figuras 43, 45 e 46) possuem piso firme e antiderrapante, dimensionamento adequado (1,50 m de largura) e compatível com a edificação. Não existem degraus nestes ambientes. Equipamentos como a impressora existente (Figura 44) dificultam o **deslocamento** das pessoas e tornam-se um obstáculo para as pessoas cegas por não possuir um piso tátil de alerta que identifique o móvel. Verificou-se também a ausência de pisos direcionais, dificultando as condições de **orientação** ao longo do percurso da pessoa com deficiência visual.

Figura 43 - Circulação consultórios médicos



Fonte: arquivo pessoal

Figura 44 - circulação -impressora



Fonte: arquivo pessoal

As portas internas avaliadas oferecem dimensionamento adequado (Figura 45), com maçanetas em altura normatizada e do tipo alavanca, garantindo seu uso e deslocamento.

Figura 45 - Circulação consultório odontológico



Fonte: arquivo pessoal

Figura 45 - Circulação sala de vacina



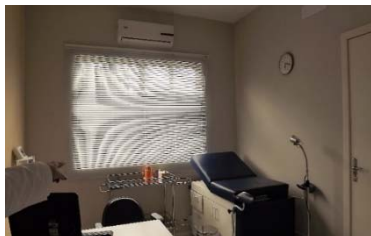
Fonte: arquivo pessoal

➤ PLANILHA 5 - CONSULTÓRIOS

Esta planilha avalia as condições de acessibilidade nos ambientes que desenvolvem atividades características de um Centro de

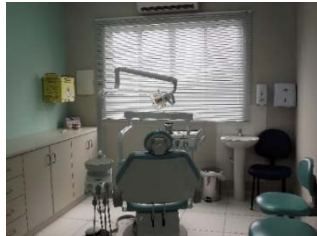
Saúde. Embora denominada de Consultórios (Figura 47), esta planilha avaliou outros ambientes de atividade similares, tais como: consultório odontológico (Figura 48), sala de curativos (Figura 50) e sala de procedimentos (Figura 49).

Figura 46 - Consultório médico



Fonte: arquivo pessoal

Figura 47 - Consultório odontológico



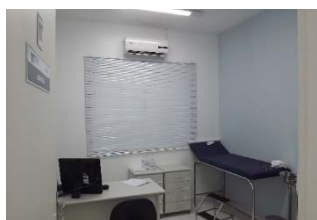
Fonte: arquivo pessoal

Figura 48 - Sala de procedimentos



Fonte: arquivo pessoal

Figura 49 - Curativos



Fonte: arquivo pessoal

Os consultórios encontram-se dispostos ao longo das circulações existentes e fazem parte de uma rota acessível, facilitando sua **orientação espacial** e **deslocamento**. Estes ambientes possuem medidas internas que permitem manobras e rotações de cadeiras de rodas, permitindo o deslocamento dos usuários cadeirantes (Figura 47). Porém, manobra de giro total da cadeira e outras que necessitam de maiores espaços não podem ser executadas.

Figura 50 - Identificação dos ambientes



Fonte: arquivo pessoal

A programação visual existente permite a identificação dos ambientes (Figura 51), porém não é legível para todos e deveria ser complementada com informação tátil ou sonora instalada em parede adjacente a porta, ou no batente. A falta destas informações não permite às pessoas cegas uma **orientação** para acessar os ambientes.

➤ PLANILHA 6 - SANITÁRIOS

Os sanitários do Centro de Saúde estão localizados em rotas acessíveis e a menos de 50 metros de qualquer ponto da edificação. Não possuem degraus ou desníveis e seu piso é plano e regular. Por não atenderem a todos os requisitos estabelecidos pela norma não podem ser considerados como sanitários coletivos (por exemplo, não existe vaso sanitário infantil). As maçanetas dos boxes não são do tipo alavanca e dificultam o **uso**, deveriam ter um acionamento que possibilitasse o acionamento pelo dorso da mão.

Figura 51 - Sanitário feminino



Fonte: arquivo pessoal

Figura 52 - Sanitário masculino



Fonte: arquivo pessoal

Figura 53 - Sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

O sanitário acessível se encontra no pavimento térreo, tem entrada independente possibilitando que a pessoa com deficiência possa estar acompanhada por uma pessoa do sexo oposto. Não há dispositivo de sinalização de emergência que possibilite a **comunicação** do usuário com alguém fora do ambiente em caso de emergência. Há espaço para manobras e transferência com barras horizontais fixadas próximo ao vaso sanitário, embora não existam barras de apoio verticais que facilitaríamos o **deslocamento** de pessoas com diferentes alturas.

O lavatório não tem colunas e, desta forma, não interfere na área de transferência do vaso sanitário, permitindo seu **uso** com segurança. As maçanetas são do tipo alavanca, no sanitário acessível, porém não possui um puxador interno horizontal medindo no mínimo

0,40 m de comprimento.

Os vasos sanitários não possuem abertura frontal e estão com as alturas sugeridas pelas normas; a válvula de acionamento encontra-se na altura recomendada.

No centro de Saúde não há sanitário familiar, com entrada independente e com superfície para troca de fraldas. Os sanitários individualizados também não possuem um espaço plano para a troca de fraldas, tanto para crianças quanto para adultos.

Figura 54 - Placa sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 55 - Placas sanitários



Fonte: arquivo pessoal

Nas portas há símbolos identificando o tipo de sanitário, porém não apresentam clareza nas informações, pois os pictogramas de gêneros tem dimensão reduzida, dificultando o entendimento dos usuários com baixa visão. Tanto no sanitário masculino quanto no sanitário feminino há indicação do símbolo internacional de acesso (SIA), entretanto não são acessíveis. Também não há informação tátil ou sonora localizada na parede adjacente ou no batente.

4.6.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A APLICAÇÃO DAS PLANILHAS

As planilhas de avaliação desenvolvidas nesta pesquisa possibilitaram uma avaliação das condições de acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico relacionadas às normas e à legislação sobre acessibilidade. A recente revisão da NBR 9050 (ABNT, 2015) e a implementação da NBR 16.537 (ABNT, 2016) contribuíram para balizar as planilhas com critérios e parâmetros técnicos atualizados.

Nesta avaliação foram encontradas barreiras de acessibilidade espacial relacionadas aos quatro componentes de acessibilidade: **orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso**.

A execução da obra sem atender algumas especificidades do projeto arquitetônico gerou falhas que originaram dificuldades de **deslocamento** e também de **orientação espacial**. Como por exemplo, têm-se os desníveis nas soleiras das portas do acesso principal e também no acesso dos funcionários, onde o projeto arquitetônico indica rampa e na avaliação foi constatado o desnível de aproximadamente 5 centímetros. Outro exemplo observado foi a demarcação de vaga para pessoas com deficiência que consta no projeto arquitetônico e que a execução da obra não obedeceu. A ausência destas vagas caracteriza uma dificuldade de **uso** e também de **orientação espacial** para os usuários deste Centro de Saúde. Estes dois exemplos mostram a necessidade de uma fiscalização efetiva por parte da Secretaria Municipal de Saúde durante a etapa de execução da obra para que haja atendimento do projeto arquitetônico executivo, pois falhas como as apontadas aqui poderiam ter sido evitadas, principalmente em um espaço público onde muitos usuários têm dificuldades de locomoção, sensoriais e cognitivas.

Como exemplos de falhas projetuais decorrentes do não atendimento às normas e legislações sobre a acessibilidade temos a ausência de vagas para idosos e também a ausência de assentos para obesos, ocasionando dificuldades para os usuários quanto ao **uso**. O primeiro exemplo decorre do não atendimento à Lei Complementar número 146 de 14 de Julho de 2004, que estabelece os critérios de vagas para estacionamentos públicos e privados no município (FLORIANÓPOLIS, 2004), portanto anterior ao projeto arquitetônico deste Centro de Saúde. Sobre a ausência de assentos para obesos, embora a Lei Complementar número 146 de 14 de Julho de 2004 torne obrigatória a destinação de assentos para pessoas obesas em locais de reunião de público e não em edifícios de atendimento de saúde, a NBR 9050 (ABNT, 2015) define que em Centros de Saúde deve-se garantir, no mínimo, um assento para Pessoas Obesas. Entende-se que neste aspecto o não atendimento decorreu da inexistência da atualização da norma no momento da concepção do projeto arquitetônico elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde para a edificação do estudo de caso.

Outra barreira de acessibilidade encontrada foi a impossibilidade de utilização do elevador existente neste Centro de Saúde por falta de manutenção e por dificuldade operacional. Com a proposição de ser uma solução para o deslocamento de pessoas com restrições ou dificuldades de locomoção entre os dois pavimentos, o equipamento nunca esteve em uso por problemas de manutenção, ocasionando dificuldade para o **deslocamento** das pessoas.

Foram encontradas diversas barreiras relacionadas à **orientação espacial**, como ausência de piso tátil de alerta no início e final das rampas e escada, a falta de sinalização na porta do acesso principal, que é de vidro, bem como de sinalização nas mudanças de direção que ocorrem nas circulações.

Os sanitários masculino e feminino, embora identificados com o pictograma de acessível, não disponibilizam equipamentos que permitam o seu **uso** por pessoas com restrições de locomoção. Com relação a comunicação, verifica-se a inexistência de dispositivos que permitam a **comunicação** de pessoas com restrições sensoriais, como surdos, principalmente no setor de recepção do Centro de Saúde, local onde são centralizadas todas as informações para os usuários.

Por fim, as planilhas de avaliação demonstraram que o Centro de Saúde Jardim Atlântico encontra barreiras de acessibilidade relacionadas aos quatro componentes de acessibilidade: **orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso**.

4.5 PASSEIO ACOMPANHADO

Trata-se de um procedimento metodológico desenvolvido por Dischinger (2000), e consiste no acompanhamento sem interferência, por parte do pesquisador, de um passeio realizado por uma pessoa que apresenta algum tipo de restrição, deficiência ou alguma característica relevante frente à pesquisa. O objetivo deste método é observar o comportamento do usuário frente às situações encontradas, registrando os eventos mais significativos e as tomadas de decisões. O trajeto e a sequência do percurso são definidos pelo pesquisador de acordo com os objetivos de sua pesquisa (DISCHINGER, 2000). Neste método o pesquisador estabelece previamente as atividades a serem desenvolvidas e faz perguntas quanto às tomadas de decisões e a detalhes construtivos, sem induzir as respostas. O pesquisador, conforme a autora, não pode conduzir ou prestar ajuda ao participante durante o procedimento.

Os registros podem ser feitos através de fotografias, gravações de áudio e anotações e o percurso deve ser registrado em uma planta baixa, onde são identificadas as barreiras de acessibilidade percebidas e apontadas pelos sujeitos.

O passeio acompanhado permite compreender as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência ou com alguma restrição em um ambiente público e para tal deverá ser proposto um percurso pautado em atividades de rotina do entrevistado (BINS ELY, PINTO, *et al.*, 2016).

O objetivo da utilização deste método na pesquisa foi o de conhecer as possíveis dificuldades que poderiam ser encontradas pelos usuários do Centro de Saúde Jardim Atlântico quanto à *orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso*. Buscou-se, com o passeio acompanhado, conhecer o espaço a partir de simulações de situações reais que os usuários poderiam enfrentar no uso da edificação para que, desta forma, fosse possível avaliar as condições específicas de acessibilidade espacial nos ambientes.

Para a realização dos passeios buscou-se uma aproximação com as atividades mais frequentes em uma unidade básica de saúde, como uma consulta ao médico, um tratamento dentário, utilização do

sanitário, vacinar-se, retirar medicamentos na farmácia, dentre outras atividades.

4.5.1 A elaboração do Passeio Acompanhado

O procedimento inicial deste método, segundo Dischinger (2000), é a determinação dos trajetos a serem percorridos pelo participante na companhia do pesquisador. Os percursos foram montados para que fossem realizados em áreas que fizessem parte da rotina de utilização de um Centro de Saúde. Cada participante teve um percurso diferente, com variação nas atividades, e procurou-se utilizar os ambientes mais frequentados pelos usuários de forma geral, com os mobiliários e equipamentos presentes nestes espaços. Também foi realizada uma travessia de rua com leitura de informações adicionais, como placas de informação.

Houve dois tipos de participantes: usuários e não usuários do Centro de Saúde de Saúde Jardim Atlântico. Para a realização dos passeios, todos os participantes que não eram usuários foram transportados de sua residência até o local dos percursos em veículo motorizado particular, na companhia do pesquisador. Os participantes usuários do Centro foram até o local por conta própria, pois todos residem próximos ao local. Exceção da participante cadeirante, pois a mesma possui força muscular reduzida em seus membros superiores e, por isso, tem dificuldades para se deslocar em planos inclinados. Neste caso o pesquisador buscou a participante em casa.

No local e antes do início de cada atividade foi explicado como seria o desenvolvimento do experimento e como eles deveriam agir, ou seja, deveriam informar sobre pontos positivos e negativos encontrados no percurso sempre que sentissem dificuldade de realizar alguma atividade prevista.

Foram realizados seis procedimentos de passeios acompanhados. Os dias e horários foram determinados de acordo com a disponibilidade de cada participante, evitando-se interferências no cotidiano de cada um. Todos os passeios foram realizados no período matutino.

4.5.2 Caracterização da Amostra

Os passeios acompanhados foram realizados por duas categorias de pessoas: a primeira composta por pessoas que não conheciam o local, para a obtenção de parâmetros pautados no ineditismo das decisões de cada participante frente às barreiras de acessibilidade espacial, e a segunda composta por usuários do Centro de Saúde, com o intuito de verificar até que ponto o conhecimento do local pode interferir nas tomadas de decisão frente aos possíveis obstáculos encontrados no edifício.

Importante informar que as pessoas que já eram usuárias do Centro tinham as mesmas características de restrição das pessoas que nunca tinham tido contato com o mesmo. Essas características estavam relacionadas ao movimento, sentido e cognição: duas pessoas em cadeira de rodas³⁵, duas pessoas cegas e duas pessoas idosas. A intenção da seleção de participantes era contemplar restrições motoras, sensoriais e cognitivas de modo a abranger os quatro componentes de acessibilidade em ao menos uma oportunidade, pois se considera que todas as restrições podem causar alguma limitação na relação de acessibilidade de equipamentos e mesmo de espaços.

A Tabela 5 demonstra um resumo sobre os participantes, onde na primeira coluna consta a identificação do passeio, na segunda coluna a especificidade da restrição do usuário e na terceira a categoria em relação ao conhecimento do local. Importante informar que os passeios não ocorreram na ordem aqui apresentada, esta é apenas uma forma didática de organização dos dados.

³⁵ Neste trabalho adota-se a terminologia *pessoa em cadeira de rodas* ou *cadeirante*, seguindo-se as recomendações de linguagem inclusiva, adotada pela Secretaria de Educação do Senado Federal em seu Manual de Comunicação. (BRASIL, 2017a)

Tabela 6 - Resumo dos participantes - passeio acompanhado


PASSEIO ACOMPANHADO	IDENTIFICAÇÃO	RESTRIÇÃO	USUÁRIO DO CS
A	AB	CADEIRANTE: Restrição físico-motora nos membros	Não
B	CD	CADEIRANTE: Restrição físico-motora nos membros inferiores	Sim
C	KL	CEGO: Restrição sensorial visual total	Não
D	GH	CEGO: Restrição sensorial visual total	Sim
E	EF	IDOSO: Restrição sensorial auditiva grau leve e cognitiva	Não
F	IJ	IDOSO: Restrição sensorial visual de grau leve e cognitiva	Sim

Fonte: autor

A seguir está a descrição dos passeios acompanhados realizados no Centro de Saúde Jardim Atlântico.

4.5.3 Descrição dos Passeios Acompanhados

Figura 56 - Passeio acompanhado A

PASSEIO ACOMPANHADO		A
CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE		
AB 51 ANOS CADEIRANTE FUNCIONARIA PÚBLICA FEDERAL	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: NENHUMA	
	DATA DO PASSEIO: 14/03/2017 DURAÇÃO: 0h46	

Fonte: autor - arquivo pessoal.

Participante: AB, 51 anos. A participante possui paraplegia dos membros inferiores em consequência de um acidente automobilístico aos 21 anos de idade. Ela possui força muscular dos membros superiores preservada, o que permite a propulsão de sua cadeira de rodas. Possui controle de tronco e cabeça, que permite estabilidade no uso da cadeira de rodas, garantindo o equilíbrio durante o deslocamento.

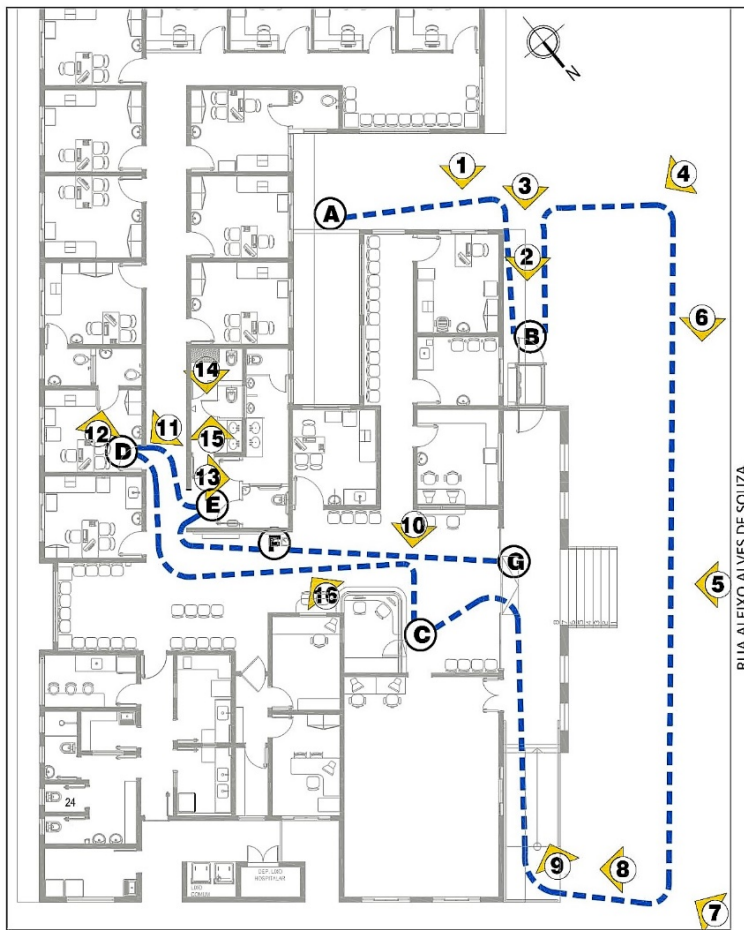
Experiência na edificação: a participante desconhecia o Centro de Saúde do Jardim Atlântico.

Atividade: simulação da realização de uma consulta médica. Para tanto, a participante deveria acessar a edificação através do estacionamento interno do Centro de Saúde, localizado no subsolo. Ao adentrar na edificação deveria dirigir-se ao balcão de atendimento para obter as informações da atendente e, deste modo, ser encaminhada ao consultório médico. Após a simulação da consulta, deveria utilizar o sanitário e posteriormente dirigir-se ao bebedouro localizado na sala de espera dos consultórios.

Procedimentos iniciais: no horário combinado, o pesquisador buscou a participante em sua residência e dirigiu-se ao Centro de Saúde

Jardim Atlântico. Ao chegar ao local deparou-se com o portão do estacionamento interno fechado. O pesquisador então estacionou o veículo e dirigiu-se à recepção do Centro de Saúde para solicitar a abertura do mesmo. Após a abertura do portão entrou ao local e estacionou o veículo em uma das vagas do prédio, visto não haver neste estacionamento sinalização indicativa de vagas para pessoas com deficiência ou idosos.

Figura 57 - Percurso Passeio Acompanhado A



PASSEIO ACOMPANHADO		A
PERCURSO	IMAGEM	
TRECHO A - B*	1, 2	
TRECHO B - C	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,	
TRECHO C - D	10, 11, 12	
TRECHO D - E	13, 14, 15	
TRECHO E - F	16	
TRECHO F - G	-	

* O TRECHO A-B INICIA NO ESTACIONAMENTO DO SUBSOLO

Fonte: arquivo pessoal

Passeio acompanhado: o início do percurso ocorreu no próprio estacionamento do subsolo, onde a participante apontou a falta de vaga reservada e com sinalização de estacionamento para pessoas com deficiência (Figura 25). Ela dirigiu-se então para o elevador localizado em espaço frontal à edificação, que faz a circulação vertical entre o estacionamento existente no pavimento subsolo e o térreo, local onde estão os ambientes do Centro de Saúde.

Ao chegar até a porta do elevador deparou-se com um fator impeditivo de sua locomoção, pois o elevador não estava funcionando³⁶ (Figura 26). Em sua percepção, a entrevistada sugere que: “poderia haver um botão diretamente ligado com a recepção, pois bastava apertar o botão que lá de cima a recepcionista saberia que havia uma pessoa necessitando usar o elevador”. Outro aspecto observado foi a inexistência de uma proteção no acesso ao elevador para os dias de chuva (Figura 27). A mureta existente ao lado do elevador, local onde preferencialmente deveria localizar-se a vaga reservada para pessoas com necessidades especiais, não deveria existir, pois impede o acesso diretamente da vaga para o elevador (Figura 59).

Como não foi possível acessar o Centro de Saúde usando o elevador, a única opção foi seguir pela rampa de acesso frontal, pois a rampa dos fundos da edificação não oferece condições a um cadeirante, pois possui inclinação mais acentuada que o recomendado em norma e, também, pela existência de degraus neste percurso.

³⁶ O elevador existente, segundo informação da enfermeira coordenadora do Centro de Saúde e corroborado pelos funcionários entrevistados, nunca foi utilizado. A coordenadora da unidade, enfermeira Andresa, em entrevista, explicou para o pesquisador que para o funcionamento do mesmo a operação impõe situação de perigo, pois deve-se abrir a porta do equipamento e acionar uma chave, localizada na parede interna.

Figura 58 - Vaga de estacionamento e mureta



Fonte: arquivo pessoal

Figura 59 - Elevador do estacionamento



Fonte: arquivo pessoal

Ao retomar o caminho ao acesso do Centro de Saúde, a participante iniciou a descida pela rampa de veículos, que possui uma inclinação compatível ao uso de veículos motorizados, acima de 8,33% (ABNT, 2015) da inclinação máxima para pessoas com deficiência (Figura 62).

Figura 60 - Acesso elevador



Fonte: arquivo pessoal

Figura 61 - Rampa de acesso estacionamento



Fonte: arquivo pessoal

AB desceu a rampa até o passeio, girou a cadeira para a sua direita e, de maneira independente, iniciou uma subida pelo passeio público chegando até o portão de acesso principal da edificação, onde está implantada a escada que conduz até a porta de entrada (Figura 63).

Por sua experiência pessoal, verificou total ausência da aplicação dos conceitos de desenho universal ao constatar que a rampa para pessoas com deficiência não está junto com a escada principal, afirmando que: “a rampa deveria estar junto a escada principal”.

Feita a observação, a participante dirigiu-se então ao portão de acesso para a rampa (Figura 65), mas antes ainda precisou vencer outro trecho de passeio público inclinado (Figura 64).

Figura 62 - Acesso principal



Fonte: arquivo pessoal

Figura 63 - Calçada



Fonte: arquivo pessoal

Figura 64 - Portão da rampa fechado



Fonte: arquivo pessoal

Figura 65 - Patamar da rampa



Fonte: arquivo pessoal

Ao chegar à frente do portão de acesso à rampa, verificou que o mesmo encontrava-se fechado e trancado com cadeado (Figura 65). O pesquisador precisou novamente dirigir-se à recepção para solicitar o fornecimento da chave do cadeado para que se pudesse dar

continuidade ao passeio.³⁷ A participante solicitou ajuda ao pesquisador para abrir o portão, visto que o mesmo é pesado e também não há um puxador adequado ao uso por cadeirante. Ainda chamou atenção o fato de que a cadeirante estivesse desacompanhada não teria como se comunicar com alguém da recepção para solicitar a abertura do portão.

Após aberto o portão, a primeira observação dela é que deveria haver um patamar plano no início da rampa (Figura 66). Após este comentário seguiu o percurso subindo a rampa sem dificuldade e num gesto afirmativo comprova que a inclinação está compatível e confortável (Figura 67).

³⁷ A funcionária do Centro de Saúde explicou que há orientação de um engenheiro da prefeitura de se manter o mesmo trancado, pois houve um acidente em que um veículo ao manobrar bateu no muro e o mesmo está instável, aumentando a possibilidade de um acidente com uma possível queda do muro.

Figura 66 - Rampa de acesso



Fonte: arquivo pessoal

Figura 68 - Consultório médico



Fonte: arquivo pessoal

Figura 67 - Balcão da recepção



Fonte: arquivo pessoal

Figura 69 - Consultório médico



Fonte: arquivo pessoal

A porta principal da edificação estava aberta e a participante entrou com facilidade no Centro de Saúde, transpondo um pequeno degrau de aproximadamente cinco centímetros de altura sem dificuldade aparente. Dirigiu-se ao balcão de atendimento para obter as informações necessárias para dar prosseguimento à atividade proposta. Não encontrou dificuldades no atendimento, pois o balcão está com uma altura de 75 cm, que permite a interação entre o usuário e a atendente do Centro de Saúde (Figura 68).

Com as informações obtidas, AB dirigiu-se para a circulação dos consultórios. Ao chegar ao destino, observou que a porta possui largura adequada e a fechadura em altura compatível com o uso³⁸ (Figura 69). Entrando no consultório verificou que o espaço era

³⁸ O pesquisador efetuou a medição e a altura encontra-se a 1,07 m do piso acabado.

suficiente para a aproximação da mesa e para manobrar a cadeira, observando que a mesa ginecológica era bastante alta e que necessitaria de ajuda para transpor de sua cadeira para a mesa. As demais mobílias não interferiram em seu deslocamento (Figura 70). Neste consultório há um pequeno sanitário, utilizado para a higiene das pacientes. A entrevistada deslocou-se até o mesmo para observar o ambiente e, embora não estivesse adequado para uso de pessoas com deficiência, considerou que haveria possibilidade de uso se sofresse algumas adequações, nas palavras dela: “este sanitário poderia estar acessível”. A seguir elencou algumas adequações que, em sua opinião, poderiam ser executadas para que o ambiente tivesse condições de acessibilidade a uma pessoa com cadeiras de rodas, a saber: retirada da coluna do lavatório, retirada de um armário (cesto) e a colocação de barras de apoio.

Após executar esta etapa da simulação, AB dirigiu-se ao sanitário acessível, onde verificou que o ambiente oferece condições de uso. Questionou o fato de existir apenas um sanitário acessível, de uso masculino e feminino, porém enalteceu o fato do mesmo estar separado dos demais sanitários (Figura 71). A separação do sanitário acessível dos demais, na opinião da participante, tem muita importância para garantir que uma pessoa com cadeira de rodas possa receber auxílio de uma pessoa de outro sexo. Conforme seu posicionamento, esta pessoa pode prestar ajuda sem ocasionar constrangimentos e cita, como exemplo, uma situação em que o sanitário acessível encontra-se junto ao sanitário feminino e a pessoa que auxiliaria o cadeirante ser um homem, criando-se uma situação de desconforto para todos. O exemplo contrário também procede.

Com o consentimento do pesquisador, visto não estar no roteiro inicial do trajeto, a entrevistada solicita acessar o sanitário feminino, que na ocasião encontrava-se com a porta trancada por motivo de segurança³⁹. De posse da chave do sanitário feminino, e com a abertura da porta, AB entrou no ambiente. A participante constatou a inadequada altura da bancada de lavatórios (Figura 72), pois além de um cadeirante, uma pessoa com estatura reduzida, ou mesmo uma criança, teria dificuldade de utilizá-los. Nesta bancada não há espaço para um

³⁹ Foi relatado pela funcionária do Centro de Saúde o ocorrido de furto de materiais, por esta razão o sanitário fica trancado.

trocador de fraldas. Neste sanitário existem dois boxes contendo um vaso sanitário cada um. A participante observa que a porta do box contíguo ao lavatório poderia abrir no sentido inverso, ou seja: abrir da direita para a esquerda, permitindo a uma pessoa obesa abrir a porta sem ter que passar em frente a mesma (Figura 73).

Figura 70 - Sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 71 - sanitário feminino – bancada lavatório



Fonte: arquivo pessoal

Figura 72 - Sanitário feminino - boxes



Fonte: arquivo pessoal

Figura 73 - bebedouro



Fonte: arquivo pessoal

Outro aspecto observado foi a não adequação do puxador no sistema de fechamento das portas que possibilite a sua abertura com maior facilidade. Para AB, o box dos fundos do sanitário feminino oferece dimensões que, com algumas correções, poderia ser adequado


para se tornar um sanitário acessível, como por exemplo colocação de uma porta com largura de 80 cm abrindo para fora e a colocação de barras de apoio.

Antes de sair do Centro de Saúde a participante aproximou-se sem dificuldade do bebedouro existente, mas verificou que alguns equipamentos ao seu redor, tais como cesto de lixo e porta-copos, poderiam estar dispostos de maneira que não prejudicasse o acesso ao equipamento (Figura 74).

Terminada a atividade, AB dirigiu-se a porta de acesso sem aparente dificuldade.

Duração: o passeio acompanhado com a participante cadeirante, não usuária do Centro de Saúde, foi realizado no dia 14 de Março de 2017, no período compreendido entre 9:01 e 9:47.

Figura 74 - Passeio Acompanhado B

PASSEIO ACOMPANHADO		B
CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE		
CD 79 ANOS CADEIRANTE TERAPEUTA OCUPACIONAL ADOLESCENTE	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: USUÁRIA	
	DATA DO PASSEIO: 14/03/2017 DURAÇÃO: 0h33 min	

Fonte: arquivo pessoal

Participante: CD, 79 anos. A participante possui lesão na coluna cervical e paraplegia dos membros inferiores em consequência de uma poliomielite. Possui dificuldades para deslocar-se em sua cadeira de rodas em planos inclinados, pois não possui força muscular em seus

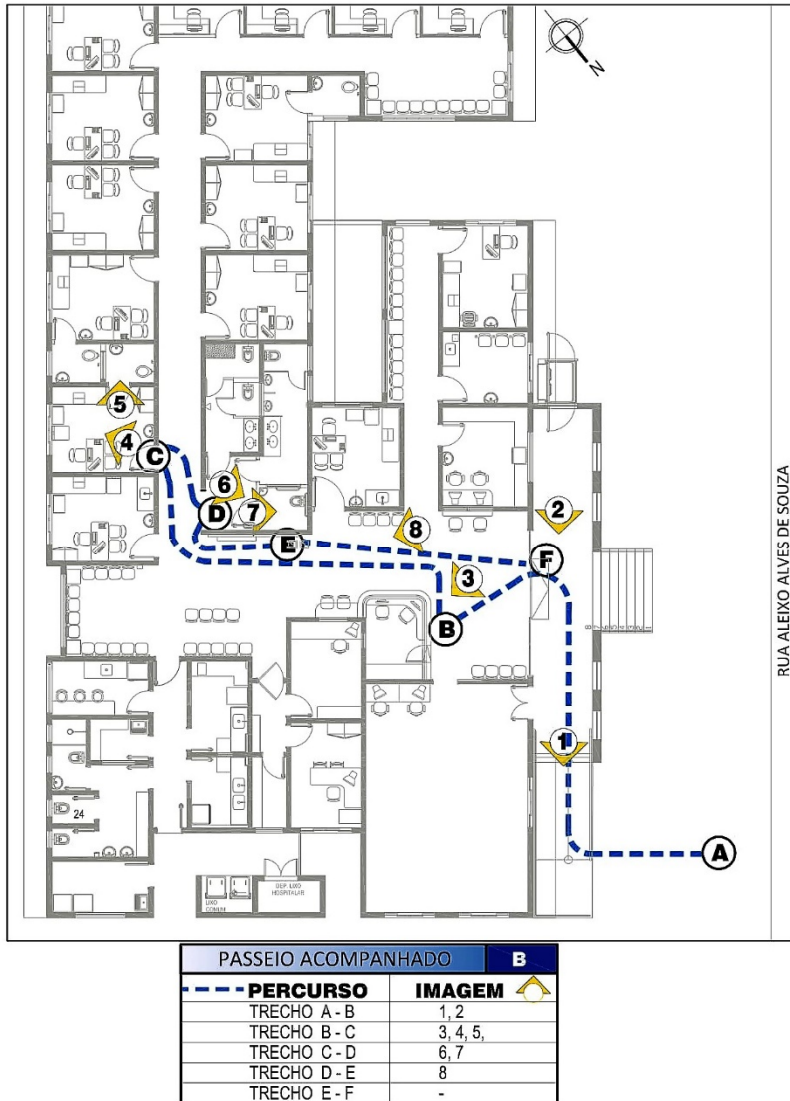
membros superiores.

Experiência na edificação: embora usuária do Centro de Saúde Jardim Atlântico, a participante nunca havia se deslocado em sua cadeira de rodas até o local. Por ser uma paciente idosa e com dificuldades de locomoção, ela normalmente recebe o atendimento em sua residência.

Atividade: simular a realização de uma consulta médica. Para tanto, a participante deveria acessar a edificação pela rampa de acesso frontal e, ao adentrar a edificação, dirigir-se ao balcão de atendimento para posteriormente ser encaminhada ao consultório médico. Após a consulta, ela deveria utilizar o sanitário e ainda na saída dirigir-se ao bebedouro localizado junto à sala de espera dos consultórios médicos.

Procedimentos iniciais: o pesquisador buscou a participante em sua residência, localizada próxima do local. Dirigiu-se ao Centro de Saúde Jardim Atlântico e estacionou o veículo na via pública, de maneira mais próxima a rampa para que a participante pudesse descer com segurança do mesmo e dar início ao percurso programado.

Figura 75 - Percurso Passeio Acompanhado B



Fonte: arquivo pessoal

Passeio acompanhado: O início do percurso foi no pátio que

antecede a rampa. A participante fez sua primeira observação ao constatar que o portão não oferece abertura segura⁴⁰ para que um veículo se aproxime mais da rampa de modo que um cadeirante possa descer. Verificou também que não há espaço suficiente para o veículo entrar totalmente neste pátio, ficando com parte do mesmo sobre o passeio público.⁴¹

Como a participante não possui força muscular nos membros superiores suficiente para vencer a rampa de acesso, solicitou auxílio para percorrer este trajeto. O pesquisador prontamente prestou auxílio para possibilitar o andamento da atividade proposta (Figura 77).

Chegando ao hall de entrada do prédio, CD deparou-se com um obstáculo que, nas suas condições de mobilidade torna-se uma barreira arquitetônica: o desnível existente de 5 cm na porta de entrada, entre o piso externo e o piso interno. A porta de entrada encontrava-se parcialmente fechada⁴², e foi necessário que o pesquisador a abrisse para a passagem da cadeira de rodas de CD (Figura 78). O puxador existente não permite o uso, pois não oferece uma empunhadura adequada para a função, além disso, por falta de manutenção a porta é demasiadamente pesada e de difícil manuseio, inclusive para pessoas sem quaisquer restrições.

O balcão de recepção não ofereceu aparente restrição a participante com sua cadeira de rodas e a mesma recebeu orientação do local da sua consulta. A indicação foi facilmente entendida por ela, que se deslocou para o consultório sem dificuldades (Figura 79). Chegou com relativa facilidade ao destino, observando e seguindo a numeração sequencial existentes nas portas dos consultórios. Cada consultório tem uma placa com o número e identificação, o que assegura a correta localização da participante.

Entrando no consultório a participante relata dificuldades para manobrar sua cadeira de rodas, alegando espaço reduzido, muito por conta de dificuldade motora dos membros superiores (Figura 80). No

⁴⁰ A abertura do portão, em medição feita pelo pesquisador é de 2,40 metros.

⁴¹ O comprimento entre o alinhamento do muro e o início da rampa, localizado no afastamento frontal da edificação é de 4,20 m, medidos pelo pesquisador.

⁴² Para que o ambiente da recepção mantenha-se refrigerado, a porta principal nos dias de temperaturas mais elevadas fica fechada. Ao mesmo tempo em que oferece um conforto ao usuário do Centro de Saúde, origina uma barreira para pessoas com restrições.

sanitário aponta que o lavatório possui coluna e por conta disto não permite uma aproximação maior. A existência, dentro do ambiente, de um móvel com cesto para acondicionamento de aventais usados prejudica o deslocamento no seu interior (Figura 81).

Figura 76 - Rampa de acesso



Fonte: arquivo pessoal

Figura 77 - Porta principal



Fonte: arquivo pessoal

Figura 78 - Balcão da recepção



Fonte: arquivo pessoal

Figura 79 - Consultório médico



Fonte: arquivo pessoal

Ao checar o vaso sanitário do banheiro do consultório, afirmou que a tampa era constituída de material sem rigidez, o que poderia dificultar o apoio do usuário caso necessitasse sair da cadeira para o vaso sanitário.

Finalizou a tarefa no interior do consultório sem maiores dificuldades e a saída do consultório transcorreu sem intercorrências, pois a porta de acesso tem largura suficiente para a passagem da cadeira.

CD deslocou-se ao sanitário acessível e relatou dificuldade para manobrar sua cadeira (Figura 82) e, novamente, qualificou como inadequada a tampa do vaso sanitário por não apresentar rigidez e, com isso, impossibilitar apoio para o cadeirante acessar o mesmo (Figura 83). A largura da porta e o sentido de abertura da mesma, para fora, foram consideradas adequadas pela participante.

Na etapa seguinte, ela simulou o uso do bebedouro e fez a aproximação com facilidade, porém observou que poderia haver uma opção para um cadeirante que utilizasse a mão esquerda, pois isso facilitaria os comandos (Figura 84).

Figura 80 - Sanitário do consultório



Fonte: arquivo pessoal

Figura 82 - Sanitário acessível – tampa do sanitário



Fonte: arquivo pessoal

Figura 81 - Sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 83 - Bebedouro




Fonte: arquivo pessoal

Terminada a atividade a participante dirigiu-se a porta de acesso sem aparente dificuldade. A porta estava aberta na ocasião.

Duração: o passeio acompanhado com a cadeirante, usuária do Centro de Saúde, foi realizado no dia 14 de Março de 2017, no período compreendido entre 10:06 e 10:39.

Figura 84 - Passeio Acompanhado C

PASSEIO ACOMPANHADO		C
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
KL	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: NENHUMA	
49 ANOS	DATA DO PASSEIO: 14/03/2017	
CEGO	DURAÇÃO: 0h42 min	
PROFESSOR		

Fonte: arquivo pessoal

Participante: KL, 49 anos. O participante possui deficiência visual bilateral congênita com pequena percepção de luz no olho direito.

Experiência na edificação: o participante desconhecia o local do experimento.

Atividade: simular a realização de um tratamento odontológico, depois ida ao sanitário e posteriormente dirigir-se a farmácia. Para tal, o participante deveria, do outro lado da via, atravessar a rua, acessar a edificação pela escada do acesso principal e dirigir-se a recepção para obter as orientações para acessar aos ambientes.

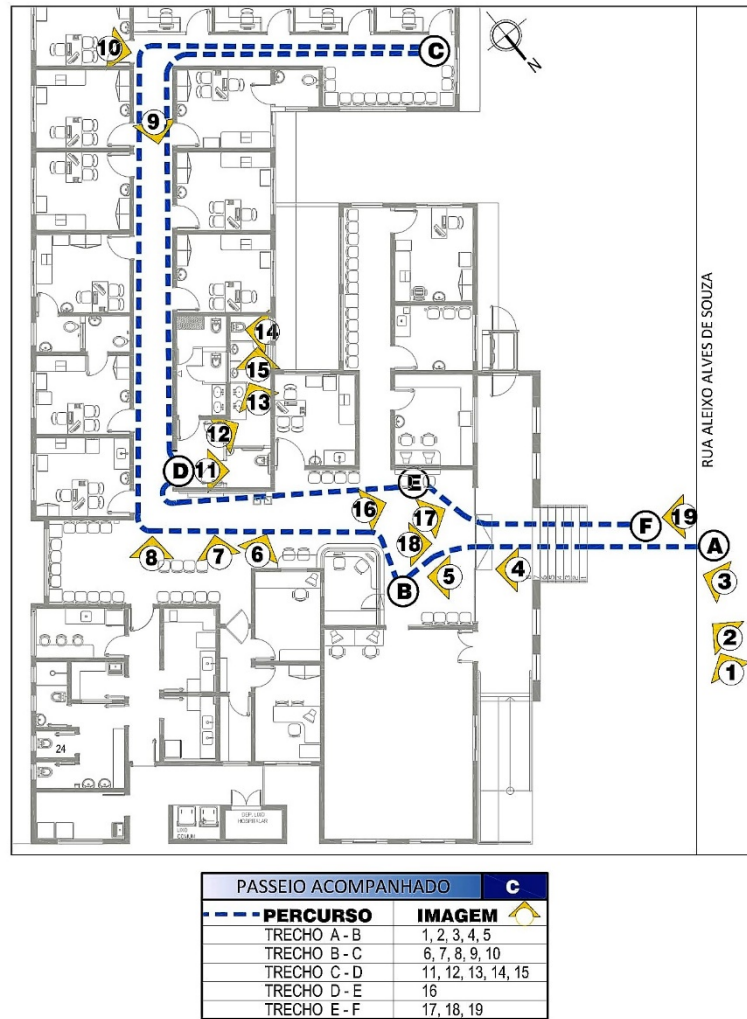
Procedimentos iniciais: na data e hora agendada, pesquisador buscou o participante em sua residência e dirigiu-se ao Centro de Saúde Jardim Atlântico.

KL, antes de iniciar o passeio acompanhado, observa que o procedimento que o próprio faria nesta situação seria o de solicitar o auxílio a um funcionário do Centro de Saúde: “num ambiente desconhecido para quem não enxerga, nós geralmente solicitamos o acompanhamento”.

Entendendo ser a pesquisa uma simulação de uma atividade normal em um Centro de Saúde, KL considera-se pronto para

desenvolver a tarefa proposta.

Figura 85 - Percurso do Passeio Acompanhado C



Fonte: arquivo pessoal

Passeio acompanhado: O início do percurso aconteceu a partir do passeio público oposto, em frente ao acesso principal do Centro de

Saúde. Ao iniciar a travessia, o participante encontra como obstáculo o passeio sem revestimento de piso e também lixo acumulado junto ao meio fio (Figura 87).

A inexistência de uma faixa de segurança e de um rebaixo de meio fio faz com que o participante encontre obstáculos, como automóvel e motocicleta estacionados em frente ao Centro de Saúde (Figura 88).

Identificou o acesso ao Centro de Saúde pelo som proveniente do interior da edificação e não pelo piso. Acessou a escada (Figura 89) sem dificuldade com o auxílio de sua bengala. A porta principal estava aberta e KL entrou no ambiente de recepção sem dificuldades (Figura 90).

Figura 86 - Calçada oposta



Fonte: arquivo pessoal

Figura 88 - Degrau no portão



Fonte: arquivo pessoal

Figura 87 - Obstáculos na rua



Fonte: arquivo pessoal

Figura 89 - Porta de entrada



Fonte Arquivo pessoal

Ao chegar ao balcão de atendimento (Figura 91) solicita informações de localização dos três ambientes: consultório odontológico, sanitário e farmácia. A atendente prestou a informação ao

participante, porém por não ter um treinamento para tratar situações como esta, explicou os espaços utilizando como referências passos, ao qual corrigiu KL: “não pensa em passos” e didaticamente ensinou: “diga: na posição que estás, siga em frente, dobre a esquerda e na segunda porta da parede a direita dobre a direita”. Explicou que são necessários outros referenciais como: direita, esquerda, parede da lado direito, esquerdo, parede em frente, etc....

Com a explicação o participante verbalizou o seu mapa visual: “eu saio daqui e pego (sic) a esquerda, pego (sic) o primeiro corredor a direita e depois a direita novamente até o final do corredor”. Memorizado este percurso solicitou à atendente a informação para o percurso seguinte que seria do consultório odontológico até o sanitário.

Figura 90 - Balcão recepção



Fonte: arquivo pessoal

Figura 91 - Circulação – obstáculo



Fonte: arquivo pessoal

Figura 92 – banco de espera - obstáculo



Fonte: arquivo pessoal

Combinou com a funcionária que, para o percurso final, do sanitário até a farmácia, o participante iria dirigir-se antes até o balcão de atendimento para rememorar o novo percurso.

Com base nas informações obtidas no balcão de atendimento KL iniciou o percurso. Ao buscar com sua bengala a parede encontrou um primeiro obstáculo que é a parede da entrada da sala de procedimentos (Figura 92), contornou a mesma e o som do toque da bengala no obstáculo, indicou um objeto metálico, o bebedouro.

O próximo obstáculo, ao buscar a continuidade da parede como referência, foram os bancos de espera para as consultas, que não havia sido informado pela atendente (Figura 93).

Pela orientação cinestésica⁴³ percebeu o vazio e a inexistência da continuidade da parede. Em seguida dobrou a direita na circulação dos consultórios e seguiu seu percurso, sempre tendo como referência a parede do seu lado direito, porém buscou ficar afastado da mesma para não bater em obstáculos que estivessem situados em uma altura que a sua bengala não detectasse.

No caminho, desviou do móvel da impressora (Figura 94) com ajuda de sua bengala e em seguida percebeu o som metálico ao tocar na caixa de incêndio. Alguns passos adiante dobrou (Figura 95), sem dificuldades, à direita e entrou no trecho final do percurso até o consultório odontológico.

⁴³ O verbete no dicionário é descrito como: “**Cinestesia**: sentido pelo qual se percebem os movimentos musculares, o peso e a posição dos membros”. (FERREIRA, 1988, p. 151). Neste aspecto cinestesia como uma percepção sensorial dos movimentos corporais em relação ao ambiente à sua volta.

“A orientação espacial cinestésica envolve a percepção da localização do corpo e a orientação no espaço independente da visão” (KATHLEEN HAYWOOD, 2016).

Figura 93 - Obstáculo impressora



Fonte: arquivo pessoal

Figura 94 - Cruzamento circulações



Fonte: arquivo pessoal

Concluído o primeiro trecho, KL observou que, com o auxílio transmitido pela funcionária, a explicação do caminho ficou clara. Afirmou que: “Com o auxílio que nós demos, ela ficou clara (a informação do percurso)”. Continuou: “Talvez o problema maior para quem não enxerga e quisesse vir até aqui sozinho seria realmente a questão da informação, ficou truncada e se não fosse nós intervirmos talvez não chegaria aqui”.

No retorno, o participante se propõe a seguir explorando a parede à sua direita, ora se aproximando e ora se afastando da parede, para assim evitar choque com obstáculos que não tenham sido detectados pela bengala, principalmente os obstáculos acima do chão.

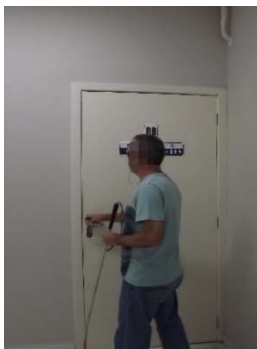
Pelo som e pela orientação cinestésica KL dobrou a sua esquerda no cruzamento das circulações sem precisar ir até o final, dando continuidade ao percurso de volta.

Ao chegar próximo ao final desta circulação percebeu que não atingira o objetivo de chegar ao sanitário. As informações junto à funcionária do Centro de Saúde ficaram confusas, pois o participante havia entendido que as portas dos sanitários estavam no alinhamento da parede da circulação, quando na verdade estão em um hall que tem a abertura em uma das laterais da parede da circulação dos consultórios.

Ao obter a nova informação de que as portas dos sanitários encontravam-se em um hall e não na própria circulação, KL retomou o caminho, agora na parede oposta onde percebeu o vão que acessa o hall dos sanitários.

A localização do sanitário acessível se deu com o participante utilizando as mãos para perceber a largura da porta de acesso (Figura 96). Sugeriu que as informações destes ambientes fossem em Braille, para distinguir o masculino do feminino.

Figura 95 - Porta sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

Figura 96 - Sanitário masculino-Bancada



Fonte: arquivo pessoal

O participante identificou o sanitário pelo odor característico. Com o som da bengala identificou um lixeiro na entrada do ambiente e com o mesmo instrumento identificou, pela sua altura, a bancada do lavatório.

Explorou com as mãos as paredes em frente e a parede lateral do lavatório, comentando que: “a gente sempre busca nas laterais ver se tem papel para secar as mãos, saboneteira”. O participante não encontrou nenhum dos dois acessórios que procurava, pois tanto a papelreira quanto a saboneteira encontravam-se fora de padrão, instaladas na parede oposta, nas costas de quem utiliza o lavatório.

Figura 97 - Mictório



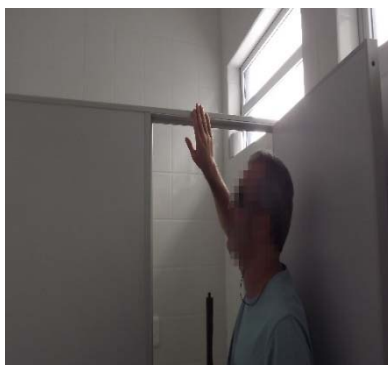
Fonte: arquivo pessoal

Figura 98 - Vaso sanitário



Fonte: arquivo pessoal

Figura 99 - Obstáculo na porta



Fonte: arquivo pessoal

Os mictórios existentes estavam cobertos com um plástico preto para que não fossem usados (Figura 98), restando como opção no sanitário masculino apenas o vaso sanitário, localizado no box.

O participante explorou o box e levantou a tampa do vaso com o seu pé (Figura 99), alegou tal atitude por motivos higiênicos. A papeleira também fica distante do vaso sanitário gerando dificuldade para o seu uso, bem como o lixeiro que está neste mesmo box.

Sobre a porta do box do sanitário existe uma travessa horizontal⁴⁴ que, no caso de uma pessoa com deficiência visual e

⁴⁴ O obstáculo, que compõe a travessa superior horizontal do marco da porta de acesso ao

estatura elevada, não poderia ser percebida pela bengala, considerando-se uma barreira arquitetônica com possibilidades reais de causar um acidente (Figura 100).

Depois da tarefa realizada no sanitário masculino, KL dirigiu-se ao balcão de atendimento com o objetivo de obter informação de localização da farmácia.

Com um mapa mental memorizado, o participante dirigiu-se ao balcão, sem percalços, obtendo a informação do local da farmácia e atingiu o objetivo final sem dificuldade (Figura 101).

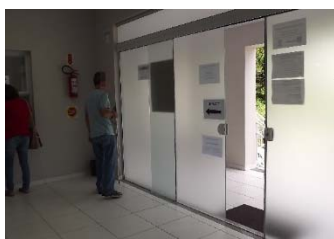
Ao sair KL teve dificuldade para localizar a abertura da porta de saída, pois a mesma encontrava-se entreaberta, tendo o mesmo que abrir a porta de correr (Figuras 102 e 103).

Figura 100 - Balcão farmácia



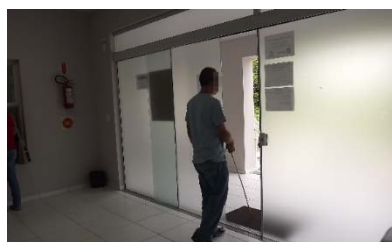
Fonte: arquivo pessoal

Figura 101 - Porta Principal



Fonte: arquivo pessoal

Figura 102 - Porta principal - saída



Fonte: arquivo pessoal

Figura 103 - Calçada – piso tátil



Fonte: arquivo pessoal

A descida pela escada foi considerada confortável pelo participante, observando que os degraus⁴⁵ são praticamente do mesmo

boxe, encontra-se a uma altura de 1,80 m do piso acabado, medição efetuada pelo pesquisador.

⁴⁵ Os degraus da escada tem as dimensões médias de 16,5 cm x 28,00 cm, conferidos pelo

tamanho.

Observou já na calçada em frente ao portão que deveria haver um piso direcional para a escada (Figura 104). Neste espaço há um piso de alerta ao invés de um piso direcional. KL comenta que “esse daqui não se usa mais, o alerta indicando”.

Considerou que o piso de alerta no início da escada, de acordo com as normas, é desnecessário e verbaliza: “tem algumas coisas que seriam desnecessárias, talvez no início de uma descida, sim. Mas quando tu coloca nos dois pode até confundir”. Observa que deveria ser estabelecido a colocação de piso de alerta no começo de uma descida, visto que com a bengala o participante detecta a altura e o comprimento do degrau.

Mostrou ainda que o uso correto da bengala é muito importante para detectar os obstáculos. A técnica correta ensina que se segura a mesma como se fosse uma caneta e coloca-se um pouco abaixo do nível dos pés. Com isso vai poder bater no degrau antes de dar o passo. Outro importante procedimento é manusear a bengala em uma leve diagonal, para que com isso o usuário tenha uma maior área de percepção de possíveis obstáculos.

Duração: o passeio acompanhado com o participante cego, não usuário do Centro de Saúde, foi realizado no dia 20 de Março de 2017, com duração de 42min.

Figura 104 - Passeio Acompanhado D

PASSEIO ACOMPANHADO		D
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
EF <hr/> 54 ANOS <hr/> CEGO <hr/> MASSOTERAPEUTA	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: USUÁRIO	
	DATA DO PASSEIO: 14/03/2017 <hr/> DURACÃO: 0h36 min	

Fonte: arquivo pessoal

Participante: EF, 54 anos. O participante tem deficiência visual desde os oito meses de idade. Desloca-se com desenvoltura com o auxílio de bengala dobrável.

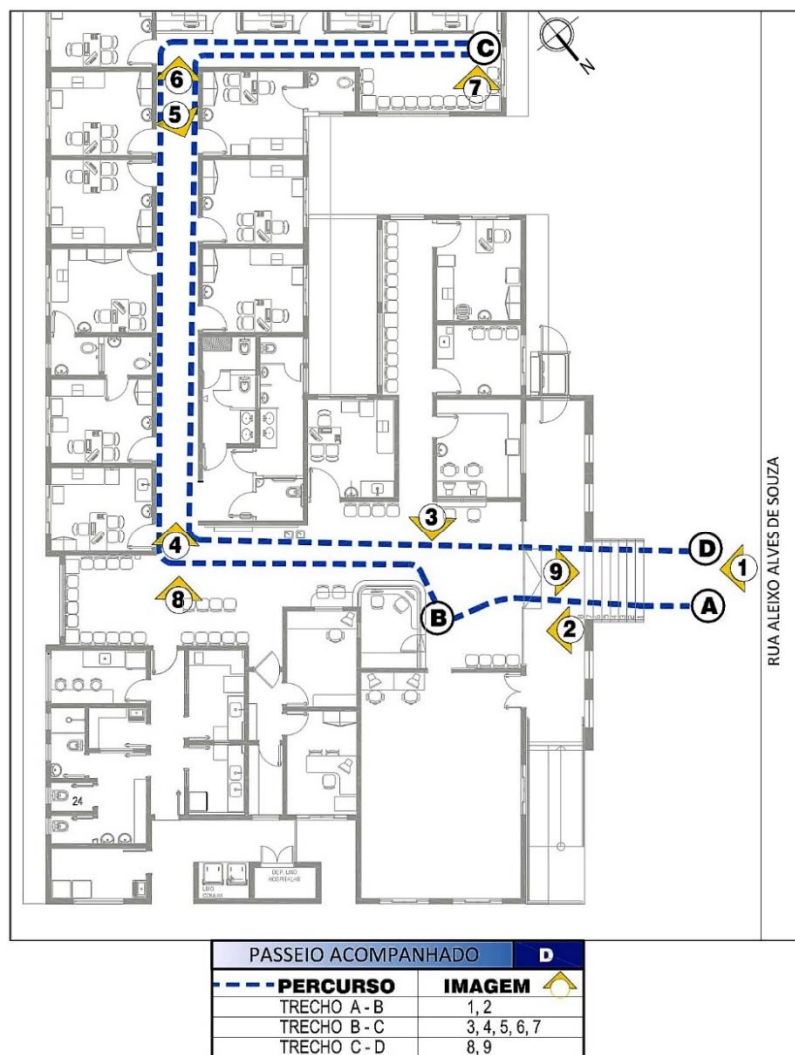
Experiência na edificação: o participante é usuário do Centro de Saúde Jardim Atlântico⁴⁶.

Procedimentos iniciais: EF deslocou-se até o Centro de Saúde sozinho e sem a colaboração do pesquisador. Chegou ao local no horário combinado e sem auxílio de outras pessoas.

Atividade: simular a realização de uma tratamento odontológico. Para tal o participante deveria acessar a edificação pela escada do acesso principal e dirigir-se a recepção para então, com as informações obtidas com a atendente, ser encaminhado ao consultório odontológico.

⁴⁶ Embora sendo usuário deste Centro de Saúde, o participante costumeiramente solicita ajuda a funcionários para deslocar-se no interior da edificação.

Figura 105 - Percurso Passeio Acompanhado D



Fonte: arquivo pessoal

Passeio Acompanhado: O início do percurso aconteceu a partir do passeio público em frente ao acesso principal do Centro de Saúde. Neste momento EF observou a inexistência de sinalização tátil

direcional, fato que não permite a identificação do acesso ao Centro (Figura 107). Percebeu com sua bengala um degrau existente no portão de acesso e alertou para a ausência de sinalização tátil de alerta neste degrau. Acessou o patamar que antecede a escada principal, subindo com o cuidado necessário, porém sem dificuldades.

Guiou-se pelos sons oriundos do interior da edificação e utilizou sua bengala para ir tateando até chegar a porta de vidro em frente à escada. Foi batendo com a ponta da bengala até encontrar o vão aberto da porta. Neste momento percebeu o pequeno degrau na soleira da porta, entendendo como um obstáculo a ser transposto (Figura 108).

Figura 106 - Piso tátil alerta



Fonte: arquivo pessoal

Figura 107 - Porta - degrau



Fonte: arquivo pessoal

Figura 108 - Balcão recepção



Fonte: arquivo pessoal

Figura 109 - Piso e parede - contraste



Fonte: arquivo pessoal

Figura 110 – Obstáculo - impressora



Fonte: arquivo pessoal

EF alcançou o balcão de atendimento de forma intuitiva com sua bengala de apoio, onde novamente percebeu carência de informações em Braille que indiquem os ambientes e a forma como acessá-los no Centro de Saúde. Aguardou ser atendido pela funcionária e então obteve oralmente a informação da localização do consultório odontológico.

De posse das informações e orientações da atendente sobre a localização do consultório, EF iniciou o percurso, observando a ausência de piso tátil para sua orientação (Figura 109). Dirigiu-se cuidadosamente e orientou-se basicamente pela percepção dos sons e ajuda de sua bengala para detectar possíveis obstáculos. Neste percurso ocorre uma mudança de direção de rota e o usuário logo sentiu falta do piso tátil, aumentando sua insegurança (Figura 110). Percorreu a circulação dos consultórios médicos com a ajuda de sua bengala, guiando-se pela linha da parede lateral da circulação. Percebendo que a sua bengala tocava em algum objeto, reagiu parando bruscamente. O objeto percebido é o móvel da impressora que, segundo o usuário, é um obstáculo que “não deveria estar no corredor” (Figura 111). Na sequência passa pelo quadro de incêndio sem perceber, pois neste momento estava caminhando bem no centro da circulação.

No final da circulação dos consultórios médicos, perpendicularmente, tem-se o início da circulação dos consultórios odontológicos. Esta mudança de direção ocasionou no participante

dificuldade de percepção do espaço, quando novamente indica que seria muito importante um piso indicativo direcional (Figura 112).

O usuário chegou ao destino estabelecido e parou em frente à porta de entrada do consultório. Neste momento ficou em dúvida se estava no local certo, pois não existe na porta do consultório placa indicativa em *Braille* que permita a correta identificação do local (Figura 113).

No interior do consultório situou-se sem problemas no ambiente e identificou, a cadeira odontológica, principalmente por ser este um equipamento já conhecido de EF e ele um usuário deste Centro de Saúde.

Figura 111 - Cruzamento de circulações



Fonte: arquivo pessoal

Figura 112 - Consultório odontológico



Fonte: arquivo pessoal

Figura 113 - Obstáculos - mobiliário



Fonte: arquivo pessoal

Figura 114 – descendo escada



Fonte: arquivo pessoal

No retorno do percurso observou as mesmas dificuldades de orientação no cruzamento das circulações. Mais adiante, em outro ponto de cruzamento formado pelo fim da circulação dos consultórios médicos e chegada na sala de espera dos consultórios, o participante teve dificuldade para vencer o obstáculo gerado pelo mobiliário existente: os pés de apoio de um banco tipo longarina (Figura 114).

Depois de cumprir a tarefa, finalizou o percurso dirigindo-se, sem percalços, para a porta de saída, utilizando sua bengala como apoio, descendo a escada e se direcionando para a rua (Figura 115).

Duração: o passeio acompanhado com o participante cego, usuário do Centro de Saúde, foi realizado no dia 14 de Março de 2017, no período compreendido entre 11h01min e 11h37min

Figura 115 - Passeio Acompanhado E

PASSEIO ACOMPANHADO		E
CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE		
GH <hr/> 83 ANOS <hr/> IDOSA <hr/> PROFESSORA APOSENTADA	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: NENHUMA	
	DATA DO PASSEIO: 17/03/2017 DURAÇÃO: 0h36 min	

Fonte: arquivo pessoal

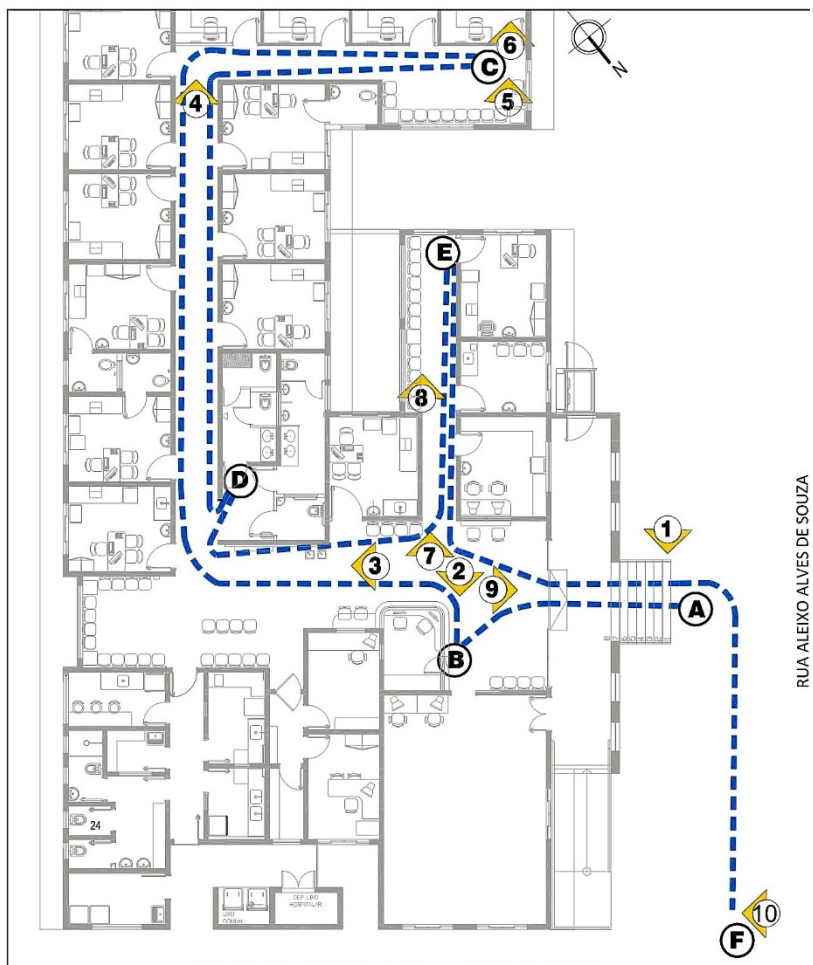
Participante: GH, 83 anos. A participante possui deficiência auditiva de grau leve e durante a entrevista estava fazendo uso de seu aparelho auditivo. GH não possui dificuldades cognitivas e locomove-se com bastante segurança e independência.

Experiência na edificação: embora usuária de outro de Centro de Saúde no mesmo município, GH desconhecia o Centro de Saúde do Jardim Atlântico, local desta pesquisa.

Atividade: simulação de uma consulta agendada com o dentista e deslocamento para tomar vacina. Para tanto, a participante precisaria dirigir-se à edificação pelo acesso principal, caminhando até o balcão de atendimento para obter informações de como chegar ao local do consultório odontológico, bem como sala de vacinas.

Procedimentos iniciais: O pesquisador buscou a participante em sua residência e dirigiu-se ao Centro de Saúde Jardim Atlântico. Estacionou o veículo no subsolo e ambos se encaminharam para o elevador que encontrava-se fechado. A alternativa então foi descer a rampa de veículos e se dirigir ao portão principal, onde a participante relatou dificuldade de locomoção pelo fato do passeio público em frente ao Centro de Saúde ser bastante inclinado.

Figura 116 - Percurso Passeio Acompanhado E



PASSEIO ACOMPANHADO		E
PERCURSO	IMAGEM	
TRECHO A - B	1	▲
TRECHO B - C	2, 3, 4, 5, 6	
TRECHO C - D	-	
TRECHO D - E	7, 8	
TRECHO E - F	9, 10	

Fonte: arquivo pessoal

Passeio acompanhado: Ao subir a escada GH informou sentir um pouco de dificuldade por conta de sua idade, porém reforçou a importância do corrimão existente como auxílio neste trajeto (Figura 118). Adentrou no Centro de Saúde sem problemas pois, neste momento, a porta estava aberta. No balcão de atendimento (Figura 119). Solicitou as informações que necessitava para deslocar-se primeiramente ao consultório odontológico e posteriormente à sala de aplicação de vacinas. A funcionária então orienta que a participante dirija-se até a sala de espera dos consultórios odontológicos e aguarde ser chamada pelo profissional do consultório de número 22.

GH não encontrou dificuldades para localizar a circulação (Figura 120) que leva aos consultórios médicos, mesmo com a inexistência de uma placa indicativa geral de localização. Deslocou-se sem problema pela circulação dos consultórios procurando a identificação do consultório odontológico. Não encontrando o destino ao dirigir-se até o final do corredor, sentiu falta de uma placa indicativa informando a localização dos consultórios odontológicos (Figura 121). Sugeriu, também, uma placa no começo da circulação, próxima à espera dos consultórios médicos e sala de procedimentos.

Figura 117 - Escada-corrimão



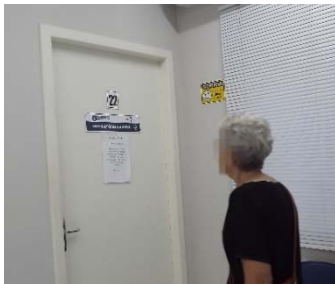
Fonte: arquivo pessoal

Figura 119 - Início circulação consultórios



Fonte: arquivo pessoal

Figura 121 - consultório odontológico - porta



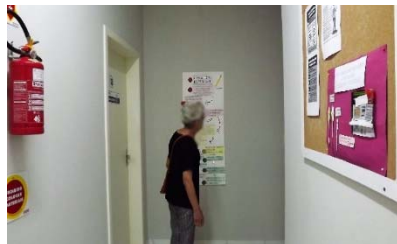
Fonte: arquivo pessoal

Figura 118 - Recepção



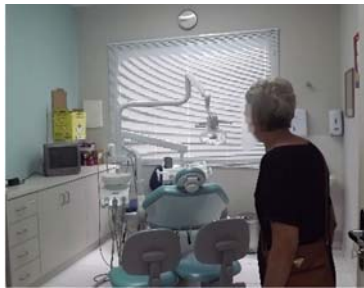
Fonte: arquivo pessoal

Figura 120 - Cruzamento das circulações dos consultórios



Fonte: arquivo pessoal

Figura 122 - consultório odontológico



Fonte: arquivo pessoal

GH seguiu então seu percurso até o destino estipulado, encontrando sem dificuldade o consultório odontológico de número 22 (Figura 122) e (Figura 123).

No retorno da primeira atividade, a participante dirigiu-se ao sanitário feminino, porém o mesmo encontrava-se fechado. Observou

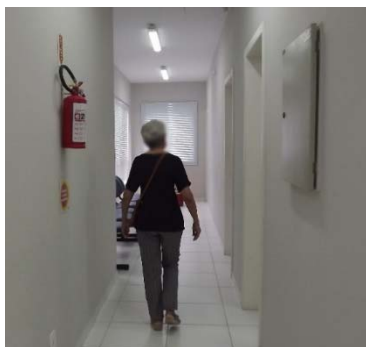
que a placa de identificação do sanitário tem o pictograma que indica o gênero muito pequeno, dificultando a compreensão.

Posteriormente, encaminhou-se para a circulação onde está localizada a sala de vacinas (Figura 124). A informação obtida inicialmente junto a atendente do Centro de Saúde foi a de que a sala de vacinação é a última da circulação, assim sendo, a participante chegou com facilidade ao seu destino. Ao chegar em frente da porta, questionou a localização de um brinquedo que estava no final do corredor e em frente a porta, alegando que pode ser um obstáculo para pessoas com cadeira de rodas e para obesos também (Figura 125).

Ao fim da tarefa, a participante deslocou-se para a saída do edifício, porém nesta ocasião a porta principal encontrava-se fechada. Ao tentar abrir a porta encontrou dificuldade no manuseio da mesma: primeiramente pela empunhadura do puxador que não oferecia condições de abrir a porta de correr e a segunda foi que a folha da porta de correr estava bastante pesada, por causa da falta de manutenção desta esquadria (Figura 126).

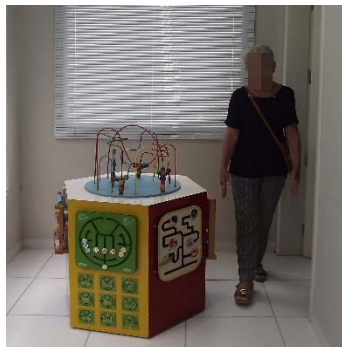
A rampa acessível foi percebida pela entrevistada apenas na saída do edifício. Como em outras ocasiões, a rampa encontrava-se com o portão trancado (Figura 127) e sem possibilidade de uso imediato.

Figura 123 - Circulação vacinas



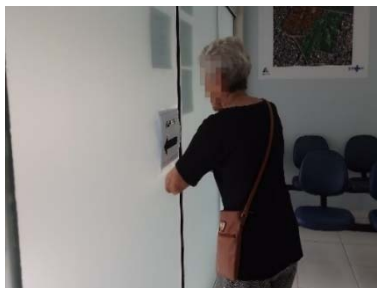
Fonte: arquivo pessoal

Figura 124 - Obstáculo - brinquedo



Fonte: arquivo pessoal

Figura 125 - Porta vidro - puxador



Fonte: arquivo pessoal

Figura 126 - Portão trancado



Fonte: arquivo pessoal

Duração: O passeio acompanhado com a participante idosa, não usuária do Centro de Saúde, foi realizado no dia 17 de Março de 2017, no período compreendido entre 9h22min e 9h58min.

Figura 127 - Passeio Acompanhado F

PASSEIO ACOMPANHADO		F
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
IJ <hr/> 77 ANOS <hr/> IDOSO <hr/> MECÂNICO APOSENTADO	EXPERIÊNCIA NO EDIFÍCIO: USUÁRIO	
	DATA DO PASSEIO: 17/03/2017 DURAÇÃO: 0h 26 min	

Fonte: arquivo pessoal

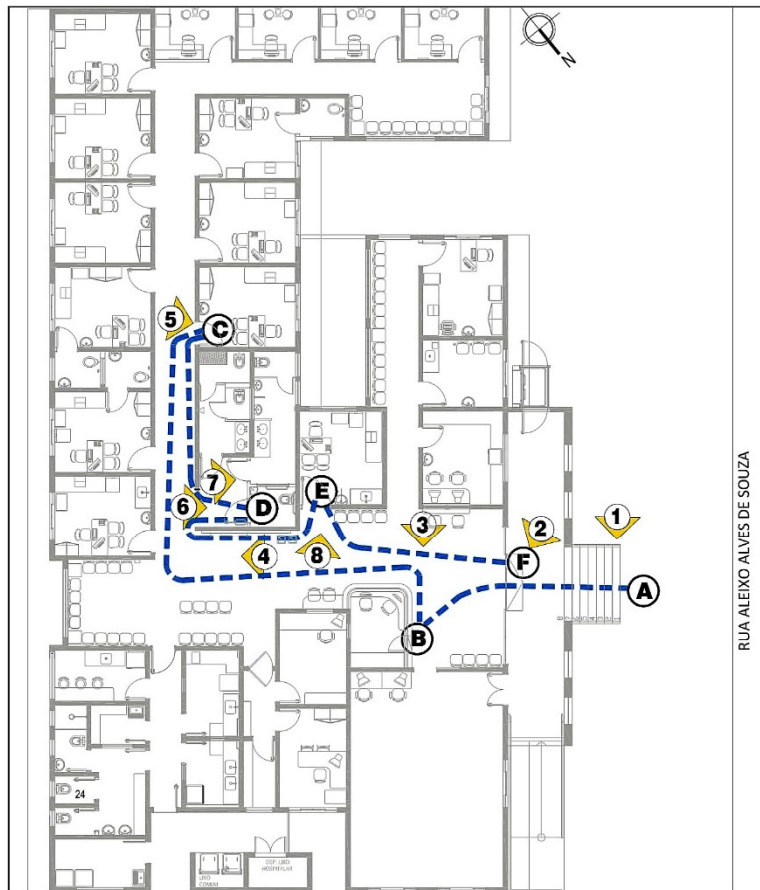
Participante: IJ, 77 anos. O idoso participante não possui aparente dificuldade cognitiva e locomove-se com bastante segurança e independência.

Experiência na edificação: o participante é usuário do Centro de Saúde Jardim Atlântico.

Atividade: simulação da realização de uma consulta médica previamente agendada. Antes desta atividade o participante deveria fazer uso do sanitário masculino. Para a execução das atividades o participante deveria se dirigir a edificação pelo acesso principal, percorrendo a escada, até chegar ao balcão de atendimento localizado na recepção. Após obter junto à atendente as informações sobre a consulta previamente agendada, deveria dirigir-se à sala de espera. Depois de realizar a consulta deveria se dirigir a sala de vacinação.

Procedimentos iniciais: o participante chegou por conta própria ao Centro de Saúde.

Figura 128 - Percurso Passeio Acompanhado F



PASSEIO ACOMPANHADO		F
PERCURSO	IMAGEM	
TRECHO A - B	1, 2, 3	
TRECHO B - C	4, 5	
TRECHO C - D	6, 7	
TRECHO D - E	8	
TRECHO E - F	-	

Fonte: arquivo pessoal

Passeio acompanhado: o participante iniciou o percurso acessando a escada frontal sem dificuldade (Figura 130). Entrando no edifício (Figura 131), dirigiu-se ao balcão de atendimento (Figura 132). Com as informações obtidas junto à atendente, IJ se dirigiu para a sala de espera dos consultórios médicos para aguardar ser chamado. Por ser um usuário deste Centro de Saúde e ter conhecimento prévio dos espaços, o participante dirigiu-se ao consultório médico sem qualquer dificuldade, deslocando-se com relativa facilidade até o destino pré-estabelecido (Figura 133).

Figura 129 - Escada de acesso



Fonte: arquivo pessoal

Figura 130 - Porta de vidro



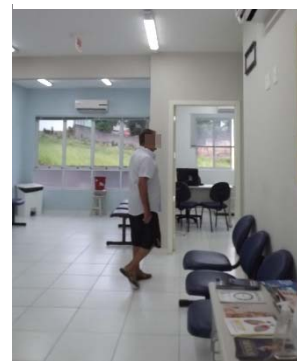
Fonte: arquivo pessoal

Figura 131 - Balcão de recepção



Fonte: arquivo pessoal

Figura 132 - Circulação



Fonte: arquivo pessoal

Movimentou-se pelo interior do consultório com mobilidade

satisfatória e sem encontrar obstáculos que pudessem prejudicar o uso deste ambiente (Figura 134).

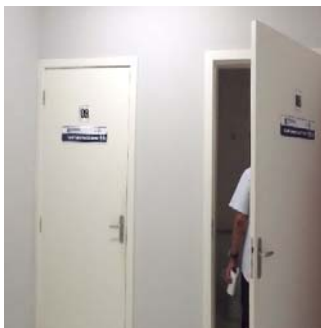
Os sanitários estão localizados no início da circulação dos consultórios, portanto entre o consultório médico e a sala de vacinação. Assim sendo, o participante saiu do consultório e dirigiu-se para o sanitário público do Centro de Saúde. O pesquisador observou que nesse momento o participante entrou voluntariamente no sanitário adaptado⁴⁷ (Figura 135). O participante não observou qualquer dificuldade na possibilidade de utilização deste sanitário. Neste momento o pesquisador questionou o participante sobre o motivo da sua tomada de decisão em entrar no sanitário adaptado e não no sanitário masculino, que comporia parte da atividade estabelecida. O participante relatou que “eu nunca havia utilizado” o sanitário do Centro de Saúde e então observou que no hall dos sanitários existem outras duas portas, onde constam as placas indicativas de sanitário masculino e sanitário feminino.

Figura 133 - Consultório médico



Fonte: arquivo pessoal

Figura 134 - Sanitário acessível



Fonte: arquivo pessoal

⁴⁷ **Sanitário Adaptado** é a nomenclatura utilizada na programação visual para este ambiente no Centro de Saúde Jardim Atlântico.

Figura 135 - Hall dos sanitários



Fonte: arquivo pessoal

Figura 136 - Sala procedimentos



Fonte: arquivo pessoal

Foi possível perceber que o participante ficou em dúvida sobre qual porta deveria acessar, demorando para identificar qual era o sanitário masculino (Figura 136). Diante deste fato, afirmou que a placa de identificação poderia ser maior, para facilitar o entendimento das pessoas que tem um pouco de dificuldade de visão, como um idoso. A tentativa de acesso ao sanitário masculino se torna frustrada pelo fato da porta estar trancada.

II prosseguiu com o percurso direcionando-se para a sala de vacinas do Centro de Saúde. Novamente tomou uma decisão inesperada, acessando a sala de procedimentos⁴⁸ por entender que seria o ambiente onde deveria tomar vacina (Figura 137). Após verificar seu engano, explicou que é nesta sala, de procedimentos, que recebe os medicamentos injetáveis e que, inclusive, já tomou vacina neste local, por isso encaminhou-se para este ambiente, sem titubear que seria este o destino.

Concluída a tarefa, o participante desloca-se então para a saída do edifício sem maiores intercorrências, finalizando sua participação.

Duração: o passeio acompanhado com o participante idoso, usuário do Centro de Saúde, foi realizado no dia 17 de Março de 2017, no período compreendido entre 10h05min e 10h31min.

⁴⁸ O Centro de Saúde Jardim Atlântico procede a aplicação de vacinas apenas quando há campanhas de vacinação para a população, no dia a dia não realizam este procedimento. Assim sendo, a sala de vacinação não é utilizada pelos usuários deste Centro de Saúde. Esta informação foi dada por um funcionário do Centro de Saúde em 17/03/2017.

4.5.4 Considerações Gerais Sobre a Aplicação dos Passeios Acompanhados

A aplicação do método PASSEIO ACOMPANHADO de usuários com algum tipo de restrição, permitiu a constatação de diferentes dificuldades relacionadas à acessibilidade espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico. Para um melhor entendimento, foram relacionados os resultados encontrados nos passeios acompanhados aos componentes de acessibilidade.

Nas duas categorias de participantes, os que não conheciam o local e os que já conheciam, o componente **orientação espacial** foi evidenciado como o mais problemático.

Na avaliação do *primeiro grupo*, os *participantes que desconheciam o local*, foram constatados problemas relacionados aos quatro componentes: **orientação espacial, deslocamento, uso e comunicação.**

O componente **deslocamento** foi constatado em diversas situações, como no impedimento de se acessar o Centro de Saúde desde o estacionamento do subsolo. A construção de uma mureta no percurso da vaga de estacionamento até o elevador dificulta este percurso. Observa-se que a interferência de equipamentos próximos ao bebedouro instalado na recepção dificultam o seu acesso. Um dos participantes registrou que o brinquedo existente na circulação, onde está localizada a sala de vacinas, dificulta o deslocamento para acessar estas salas. A travessia da via pública em frente ao Centro de Saúde apresenta ao usuário uma dificuldade em seu deslocamento, devido a: inexistência de passeio público na calçada oposta, de uma faixa para a travessia de pedestres que permita a segurança deste percurso, e a ausência de meio fio rebaixado para pessoa com dificuldades de locomoção.

O componente **uso** se faz presente em muitas avaliações relatadas pelos participantes dos passeios acompanhados. A inexistência da demarcação de vagas para pessoas com deficiência e idosos dificulta a utilização para estes usuários, assim como a falta de uma cobertura em frente ao elevador no subsolo para a proteção das pessoas que aguardam para usar o equipamento, principalmente em dias de chuva. Uma constatação feita em alguns dos passeios realizados,

foi a frequência com que o portão da rampa encontrava-se fechado e trancado. Esta situação torna-se um fator de impedimento de uso daquele espaço. Verificou-se também que há dificuldade no processo de abertura do mesmo, pois além de não possuir um puxador com uma empunhadura apropriada, o portão é bastante pesado para que as pessoas possam abri-lo. Ainda verificou-se que a altura das bancadas dos lavatórios dificultam que pessoas com baixa estatura e crianças possam usar esses equipamentos. Nos boxes dos sanitários, feminino e masculino, as fechaduras das portas não estão adaptadas para que as pessoas possam usá-las de maneira segura. No sanitário masculino, o mictório não pode ser utilizado por encontrar-se coberto com um plástico, usado para minimizar o mau cheiro que impregna o ambiente. Ainda no sanitário masculino, as papeleiras e saboneteiras estão fora do alcance das pessoas, criando dificuldades para seu uso. Outra importante observação apontada foi a porta de vidro do acesso principal que, na maioria das vezes, encontra-se fechada. O motivo é a climatização do ambiente. Porém os usuários encontram dificuldades em abri-la, pois o puxador não oferece uma empunhadura adequada para que o seu uso possa ser feito por pessoas que não possuem força muscular, como os idosos por exemplo.

Com relação à **orientação**, os passeios indicaram que as circulações existentes, por serem de percurso longo e com mudanças de direção, necessitam de placas que orientem os usuários nas tomadas de decisões. Também as placas informativas dos ambientes deveriam conter as informações em letras maiores, pois para pessoas com dificuldades visuais, como idosos, seria um facilitador para a orientação, deslocamento e uso dos espaços. Foi também observado que para pessoas com deficiência visual a inexistência de placas com informações em *Braille* impede que se desloquem com segurança e independência.

Quanto ao componente **comunicação**, a observação feita por um participante com deficiência visual que identificou a necessidade de treinamento para os atendentes do Centro de Saúde, de modo que possam prestar informações com referenciais mais claros e simples ao cegos, como direcionar à esquerda ou à direita, ao invés de utilizar referências que indiquem uma distância, como por exemplo, “tantos passos”.

O *segundo grupo* de participantes foi com *usuários do Centro*

de Saúde Jardim Atlântico, que avaliaram as barreiras de acessibilidade espacial. Por estes foram constatadas dificuldades relacionadas aos componentes de **orientação espacial**, **deslocamento** e **uso** nos passeios dos participantes.

Com relação à **orientação**, constatou-se, por exemplo, a falta de sinalização tátil no piso da calçada em frente ao Centro de Saúde e a falta de uma placa com identificação em *Braille* no portão que dá acesso ao interior da edificação, para que as pessoas com restrição visual possam identificar que chegaram ao local desejado. As circulações no Centro de Saúde não possuem piso tátil direcional, criando dificuldades e certo impedimento para o deslocamento das pessoas com restrições sensoriais, principalmente quando há necessidade de mudança de direção, como ocorre entre a circulação dos consultórios médicos e odontológicos. A inexistência de indicativo em Braille na identificação de ambientes também dificulta a orientação destes usuários. Ainda relacionado às placas identificativas dos ambientes, constatou-se que as mesmas deveriam ter as caixas de textos maiores para melhor identificação da escrita por pessoas com dificuldades visuais, como por exemplo, os idosos.

Quanto ao componente **deslocamento**, constatou-se dificuldade ocasionada pelo degrau na soleira da porta principal, que possui uma altura de aproximadamente 5 cm, além de um capacho solto. Foi apontado o excesso de mobiliário no consultório médico como um fator de dificuldade para o deslocamento de um cadeirante neste ambiente. A impressora localizada na circulação dos consultórios médicos foi apontada como uma barreira que impõe dificuldade de deslocamento para os usuários, assim como os bancos existentes no ambiente de espera que antecede os consultórios, pois possuem em sua base pés que avançam em direção a circulação.

Outra barreira observada pelos participantes está relacionada ao componente **uso**, principalmente o puxador da porta principal que não possui uma empunhadura que possibilite segurança e conforto em seu uso. A avaliação de que a tampa do vaso sanitário deveria ser rígida traz uma importante observação de um usuário do Centro de Saúde, ao indicar que a mesma pode servir como um apoio no momento de transferência realizada por uma pessoa em cadeira de rodas, conferindo uma maior segurança no uso deste equipamento. Por fim, a observação

sobre a posição em que se encontra o bebedouro na sala de espera, com móveis em seu entorno, dificultando a aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas que seja canhota.

A aplicação do procedimento dos **passeios acompanhados** com participantes portadores de diferentes restrições, pessoas em cadeira de rodas, cegos e idosos, mais a divisão de dois grupos distintos, de usuários deste Centro de Saúde e de participantes que desconheciam o local, possibilitou a visão de diferentes pontos de vistas em diferentes situações. Este fato contribuiu para a identificação de um número considerável de barreiras de acessibilidade, facilitando a avaliação relacionada com os quatro componentes de acessibilidade: **orientação espacial, comunicação, deslocamento e uso**.

A Tabela 7 traz uma síntese das limitações de cada participante com os componentes de acessibilidade identificados no passeio acompanhado. Na primeira coluna consta a identificação do passeio, na segunda coluna a especificidade da restrição do usuário, na terceira a categoria em relação ao conhecimento do local e, por fim, os principais componentes de acessibilidade que foram observados nos passeios associados à restrição de cada usuário.

Tabela 7 - Síntese das limitações de cada participante com os componentes de acessibilidade identificados no passeio acompanhado

PASSEIO ACOMPANHADO	RESTRIÇÃO	USUÁRIO DO CS	COMPONENTE DE ACESSIBILIDADE
A	CADEIRANTE: Restrição físico-motora nos membros inferiores	Não	Deslocamento Uso
B	CADEIRANTE: Restrição físico-motora nos membros inferiores	Sim	Deslocamento Uso
C	CEGO: Restrição sensorial visual total	Não	Deslocamento Orientação espacial Uso
D	CEGO: Restrição sensorial visual total	Sim	Orientação espacial Deslocamento
E	IDOSO: Restrição sensorial auditiva grau leve e cognitiva	Não	Deslocamento Orientação espacial Uso
F	IDOSO: Restrição sensorial visual de grau leve e cognitiva	Sim	Orientação espacial

Fonte: autor

Como pode ser visto na Tabela 7, o componente deslocamento é o mais recorrente, não aparecendo em apenas um dos passeios. Em segundo lugar estão os componentes de orientação espacial e uso, que aparecem em quatro de um total de seis passeios. Por fim, observa-se que o componente comunicação aparece em apenas um passeio.

5.1 MATRIZ DE DESCOBERTAS

A Matriz de Descobertas⁴⁹ trata da representação gráfica dos resultados obtidos pelos métodos e técnicas empregados na APO. Ela sintetiza os resultados facilitando a leitura e a compreensão das análises realizadas, onde pelo cruzamento de todos os resultados obtidos, obtém-se um modelo gráfico de fácil leitura. Ela oferece uma visão panorâmica do objeto de estudo apontando suas maiores qualidades e problemas, através do cruzamento das informações obtidas em campo.

A evolução do instrumento evidencia que o tratamento visual das informações foi se tornando cada vez mais refinado e necessário para a compreensão do conjunto de informações [...] (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 100)

A Matriz de Descobertas utiliza uma planta baixa da edificação do estudo de caso, onde se descrevem as principais descobertas, incluem-se fotografias do ambiente e indica-se o que gerou a descoberta (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009).

Então a Matriz de Descobertas deixa de ser apenas um instrumento que aponta os problemas e se transforma em um instrumento de análise (RHEINGANTZ, AZEVEDO, *et al.*, 2009).

Objetiva-se que a Matriz de Descobertas registre não apenas os pontos positivos e negativos de acordo com cada componente de acessibilidade, mas também indique a diferenciação dos problemas em: barreiras ou dificuldades, para com isso identificar as prioridades para futura intervenções.

Para esta pesquisa foi elaborada a Matriz de Descoberta com o panorama geral apontando os pontos negativos avaliados, indicando-se as barreiras, como elementos que impedem ou dificultem a acessibilidade e que, portanto, deveriam ter prioridade em ser solucionados.

⁴⁹ Método criado pela Arquiteta Helena da Silva Rodrigues em seu trabalho final de graduação (FAU/UFF), responsável pelo remanejamento dos dados da APO realizado no Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz em 2001 (PÁSCOA, 2008).

A Matriz de Descobertas é a síntese dos resultados das avaliações de todos os procedimentos adotados nesta pesquisa, gerando um volume significativo de informações referentes aos problemas encontrados.

5.2 Resultado da Matriz de Descobertas

Para maior clareza e entendimento, optou-se por sectionar a Matriz de Descobertas em três partes, denominadas como setores.

Figura 137 - Matriz de Descobertas - setores



Fonte: autor

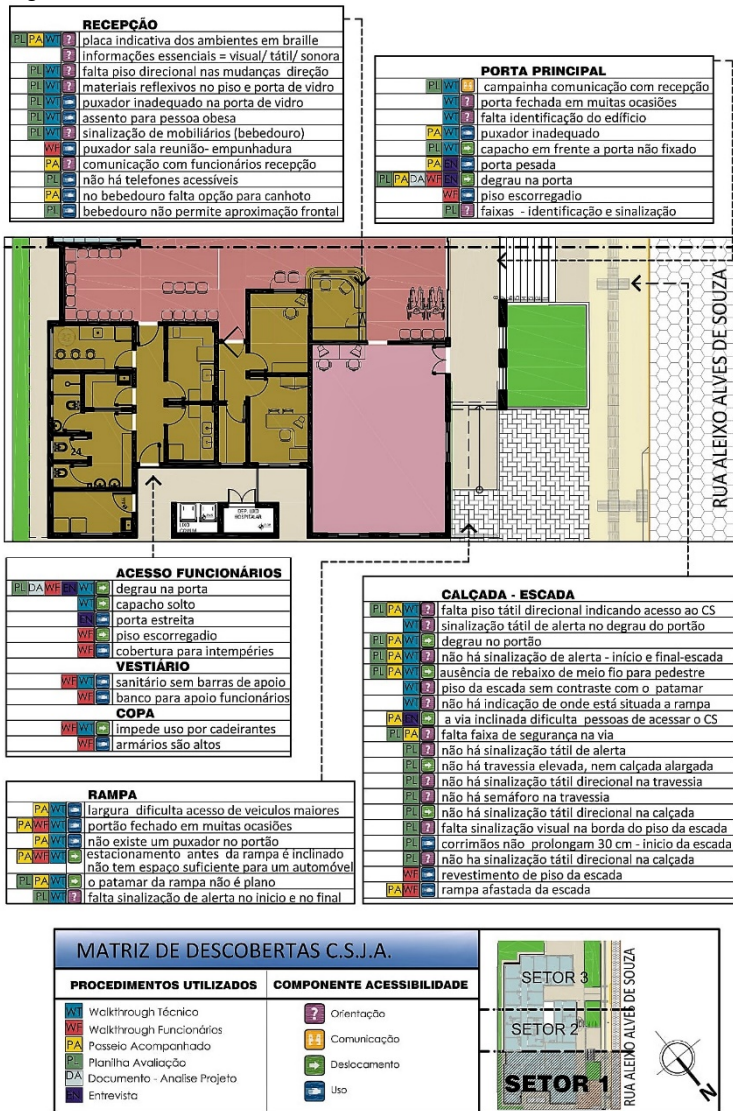
Foram organizadas, para cada ambiente avaliado, três colunas (Figura 138). A primeira coluna corresponde ao(s) método(s) responsável(eis) pelo apontamento dos problemas relacionados a Acessibilidade Espacial, abreviados da seguinte forma: **WT** (Walkthrough técnico), **WF** (Walkthrough Funcionários), **PL** (Planilhas de Avaliação), **PA** (passeio Acompanhado), **EN** (Entrevista) e **DC** (documento projeto). Na segunda coluna estão os quatro tipos de componente de acessibilidade espacial (orientação, comunicação, deslocamento e uso). E na última coluna estão os problemas encontrados sob a ótica da Acessibilidade Espacial.

Figura 138 - Matriz de Descobertas - modelo

CONSULTÓRIOS						
PL	PA	WE	EN	WT		mobiliário impedem circulação e manobra de cadeirantes
			PL			sinalização não é legível para todos

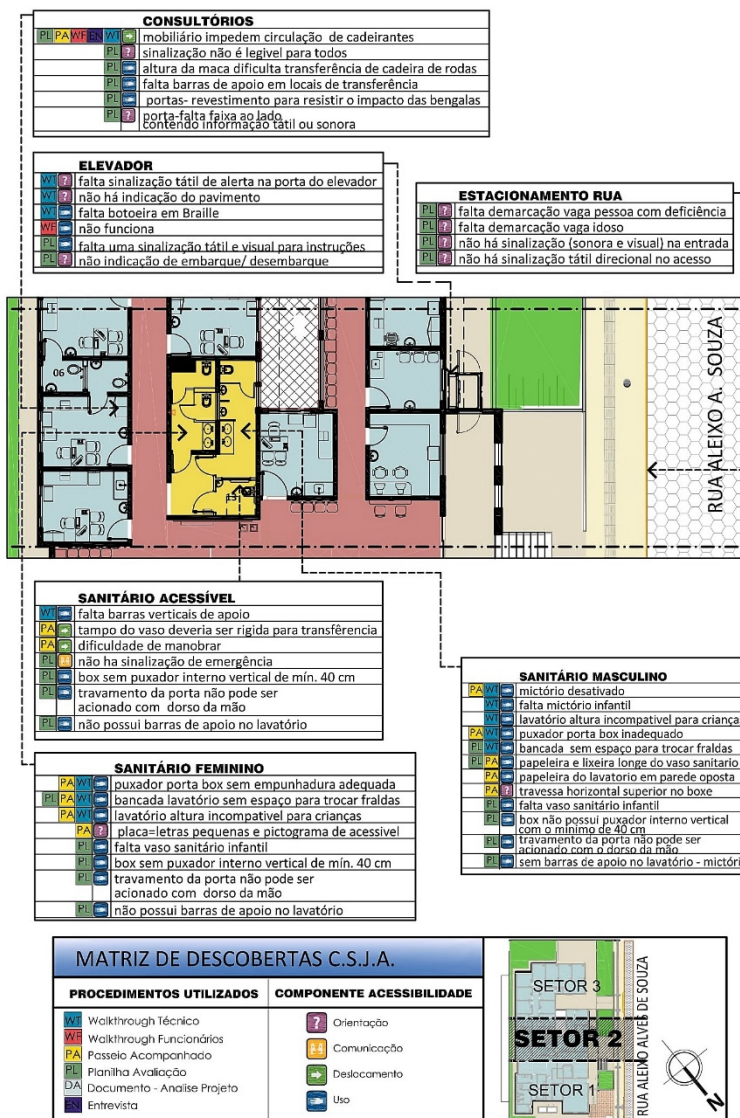
Fonte: arquivo pessoal

Figura 139 - Matriz de Descobertas – SETOR 1



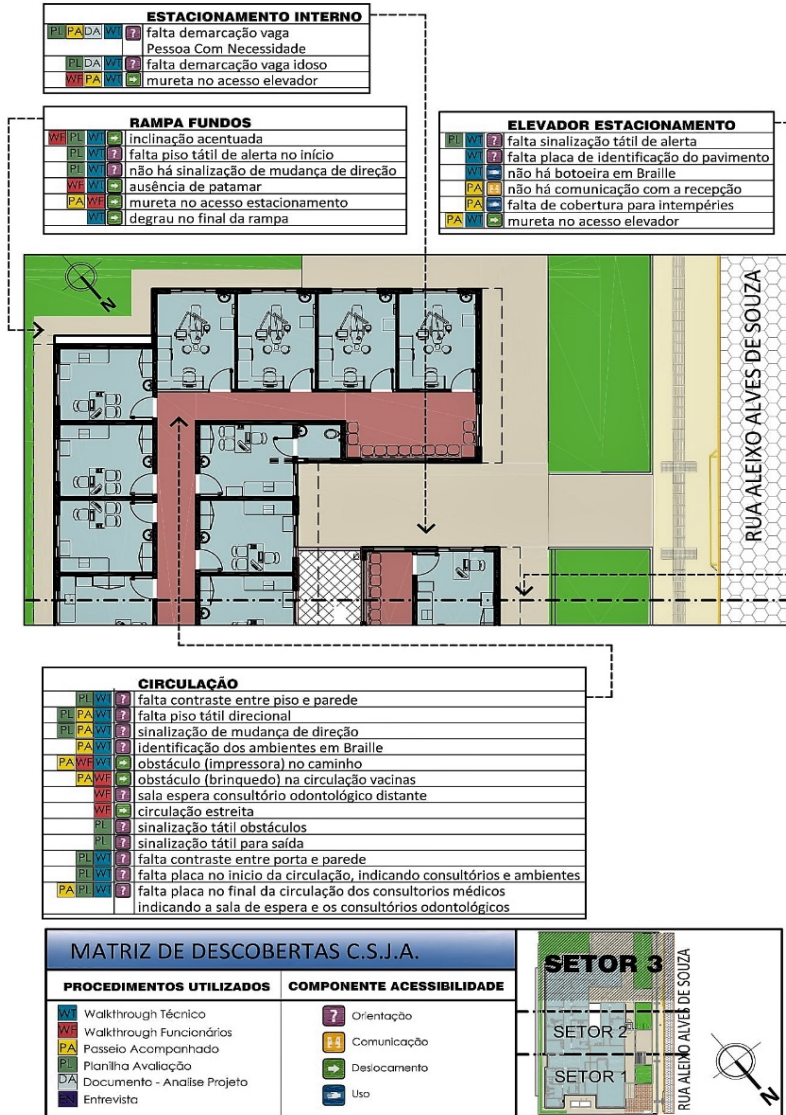
Fonte: autor

Figura 140 - Matriz de Descobertas - SETOR 2



Fonte: autor

Figura 141 - Matriz de Descobertas – SETOR 3



Fonte: autor

5.3 Análise dos Resultados

A síntese dos resultados dos procedimentos metodológicos realizados no estudo de caso e descritos na Matriz de Descobertas forneceram dados que puderam ser tabelados em um quadro (Tabela 8), gerando informações sobre os problemas encontrados em cada ambiente observado.

Para um melhor entendimento dos problemas encontrados relacionados à Acessibilidade Espacial nos ambientes do Centro de Saúde Jardim Atlântico, foi elaborado um quadro com todos os resultados obtidos pela aplicação dos procedimentos metodológicos para cada ambiente dos três setores definidos, avaliando-se a prioridade relacionada à Acessibilidade Espacial sob a luz dos componentes de acessibilidade.

Desta forma, para elaboração desta tabela foram necessárias 15 colunas. Na primeira coluna está a setorização, conforme a Matriz de Descobertas, seguindo-se com o ambiente avaliado e a quantidade de problemas encontrados.

A frequência com que foram constatados esses problemas em cada método está nas cinco colunas seguintes, que formam o bloco dos Procedimentos de Pesquisa, onde aparecem, de maneira abreviada, os seis procedimentos metodológicos aplicados neste estudo de caso: Walkthrough técnico (WT), Walkthrough funcionários (WF), Planilha de Avaliação (PL), Passeios Acompanhados (PA), Entrevistas (EN) e a Análise do projeto arquitetônico do Centro de Saúde (DA).

O bloco de prioridades qualifica o ambiente com relação à barreira de acessibilidade encontrada, considerando impedimento ou dificuldade. Por fim, o último bloco é o dos componentes de acessibilidade espacial (orientação, comunicação, deslocamento e uso).

Essa forma de organização da tabela permitiu uma leitura comparativa da Matriz de Descobertas considerando-se os ambientes avaliados, os métodos adotados e os componentes de acessibilidade. Ao se realizar essa comparação, foi possível identificar um total de cento e vinte e seis problemas relacionados a barreiras de acessibilidade no Centro de Saúde investigado, destas, cento e cinco foram consideradas difíceis para a acessibilidade das pessoas e vinte e uma foram avaliadas como impeditivas.

Os problemas de acessibilidade avaliados nos **ambientes externos**, denominados na Matriz de Descobertas como *calçada externa, rampa frontal, acesso de funcionários, estacionamento na rua e rampa dos fundos*, representam mais de um terço dos problemas verificados no estudo de caso. O *Walkthrough* Técnico e a Planilha de Avaliação foram os procedimentos que apontaram o maior número de barreiras nesses ambientes, sendo que o componente **Orientação** foi o que apareceu com mais frequência. O ambiente com maior número de problemas apresentados foram as **calçadas** externas. A maioria dos problemas ali observados foi identificado a partir da aplicação das planilhas de avaliação, com um número de dezenove citações negativas ao total. Os diferentes procedimentos utilizados apontam ainda que a maioria destes problemas está relacionado com o componente **orientação espacial**. O fato de a edificação ter sido construída anteriormente a publicação da recente norma relacionada à acessibilidade que trata da sinalização tátil no piso, a NBR 16.537/16, provavelmente contribuiu para uma avaliação negativa das calçadas externas do Centro de Saúde.

Com relação aos **ambientes internos**, denominados na Matriz de Descobertas como *porta principal, recepção, consultório, elevador, sanitário feminino, sanitário acessível, sanitário masculino, circulação e estacionamento interno*, a Tabela de Síntese da avaliação demonstra que é nestes ambientes que se encontra a maioria dos problemas de acessibilidade do Centro de Saúde investigado. Aqui também o *Walkthrough* técnico e as Planilhas de Avaliação, mais o Passeio Acompanhado, foram os procedimentos que apontaram o maior número de barreiras, aproximando-se quantitativamente na frequência dos apontamentos. O componente de acessibilidade que aparece com maior frequência nestes ambientes internos é o **Uso**. O ambiente do Sanitário Masculino foi o que apresentou maior número de problemas e impedimentos, todos relacionados com o componente de Acessibilidade Espacial denominado de **Uso**.

Tabela 8 - Síntese da avaliação da Matriz de Descobertas

SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DA MATRIZ DE DESCOBERTAS													
AMBIENTE	PROBLEMAS	PROCEDIMENTOS PESQUISA						PRIORIDADE		COMPONENTES			
		WT	WF	PL	PA	EN	DP	IMPEDE	DIFICULTA	OR	CO	DE	US
CALÇADA EXTERNA	19	7	2	13	7	1	0	2	17	11	0	5	3
RAMPA FRENTE	6	6	2	2	5	0	0	1	5	1	0	2	3
ACESSO FUNCIONÁRIOS	9	4	7	1	0	2	1	2	7	0	0	4	5
PORTA PRINCIPAL	9	5	2	4	3	2	1	1	8	3	1	2	3
RECEPÇÃO	12	6	1	8	3	0	0	3	9	6	0	0	6
CONSULTÓRIO	6	1	1	6	1	1	0	1	5	2	0	1	3
ESTACIONAMENTO RUA	4	0	0	4	0	0	0	0	4	4	0	0	0
ELEVADOR	6	3	1	2	2	0	0	1	5	3	0	0	3
SANITÁRIO FEMININO	8	3	0	5	4	0	0	3	5	1	0	0	7
SANITÁRIO ACESSÍVEL	7	1	0	4	2	0	0	0	7	0	1	2	4
SANITÁRIO MASCULINO	12	5	0	6	5	0	0	5	7	1	0	0	11
CIRCULAÇÃO	13	8	4	8	6	0	0	1	12	10	0	3	0
ESTACIONAMENTO INTERNO	3	3	1	2	2	0	2	0	3	2	0	1	0
RAMPA FUNDOS	6	5	3	3	1	0	0	1	5	2	0	4	0
ELEVADOR ESTACIONAMENTO	6	4	0	1	3	0	0	0	6	2	1	1	2
TOTAL	126	61	24	69	44	6	4	21	105	48	3	25	50
LEGENDA													
WT	Walkthrough técnico	OR	Orientação										
WF	Walkthrough funcionário	CO	Comunicação										
PL	Walkthrough funcionário	DE	Deslocamento										
PA	Walkthrough funcionário	US	Uso										
EN	Entrevistas												
DP	Análise do projeto												

Fonte: autor

Pode-se concluir pela síntese da avaliação da Matriz de Descobertas, que os ambientes do Centro de Saúde Jardim Atlântico que apresentaram maior quantidade de problemas e barreiras impeditivas à Acessibilidade Espacial foram: calçadas externas, sanitário masculino e recepção. Os procedimentos metodológicos que tiveram maior frequência de observações foram o *Walkthrough* técnico e as Planilhas

de Avaliação. Em relação aos componentes de Acessibilidade Espacial, os que apareceram com mais frequentes foram Orientação Espacial e Uso.

A tabela abaixo sintetiza a relação dos ambientes que apresentaram maior quantidade de problemas apontados pelos procedimentos metodológicos adotados, relacionando-se as barreiras impeditivas e dificultosas aos componentes de Acessibilidade Espacial.

Tabela 9 - Síntese das prioridades

AMBIENTE	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO				QUANTIDADE BARREIRA IMPEDITIVA	FREQUÊNCIA COMPONENTE ACESSIBILIDADE	QUANTIDADE BARREIRA DIFICULTOSA	FREQUÊNCIA COMPONENTE ACESSIBILIDADE
	WT	WF	PL	PA				
Calçada	WT	WF	PL	PA	2	DESLOCAMENTO	17	ORIENTAÇÃO
Sanitário masculino	WT		PL	PA	5	USO	7	USO
Recepção	WT		PL	PA	3	USO	9	USO

Fonte: autor

Assim sendo, os métodos utilizados identificaram os ambientes com maior quantidade de barreiras de Acessibilidade Espacial, verificando-se que nestes ambientes há barreiras impeditivas e que estas estão relacionadas aos componentes de acessibilidade relacionados à **orientação espacial** e ao **uso**.

Na calçada externa, a ausência de rebaixo no meio fio e o degrau existente entre o passeio e o portão principal impede o deslocamento de pessoas em cadeira de rodas ou com alguma dificuldade de locomoção.

No sanitário masculino, além do mictório para adultos encontrar-se desativado, a ausência de mictório e vaso sanitário infantil impede que crianças ou pessoas com baixa estatura possam usar adequadamente estes equipamentos. O lavatório existente tem altura incompatível para o uso de crianças e pessoas com baixa estatura, se configurando como uma barreira impeditiva, bem como a ausência de bancada para troca de fraldas.

Na recepção, não há assento para pessoa obesa, impedindo que uma pessoa com essa característica faça uso do equipamento com segurança e conforto. Também não há informações em *Braille*, impedindo que pessoas com deficiência visual consigam se orientar com mais autonomia.

Para que se estabeleçam quais aspectos de acessibilidade espacial devem ser prioritários para o Centro de Saúde Jardim Atlântico é necessário observar as barreiras existentes apontadas por este estudo, tanto as dificultosas quanto as impeditivas. Mas entende-se que as barreiras que impedem as pessoas de acessarem os ambientes e realizarem suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária, devem ser consideradas prioritárias ao se realizar adequações nos ambientes.

Sendo assim, no próximo capítulo encontram-se as recomendações projetuais para o Centro de Saúde Jardim Atlântico a fim de tornar acessíveis os ambientes que apresentam barreiras impeditivas de acessibilidade.

Entendendo-se que as barreiras que impedem as pessoas de acessarem os espaços e realizarem suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária devem ser consideradas prioritárias ao se realizar adequações nos ambientes, as recomendações aqui apresentadas estão focadas nas barreiras impeditivas à Acessibilidade Espacial encontradas em alguns ambientes do Centro de Saúde Jardim Atlântico: calçadas externas, sanitário masculino e recepção.

A seguir, apresentam-se as recomendações para cada ambiente, relacionando a que componente de acessibilidade o problema se refere.

CALÇADA EXTERNA:

A calçada externa foi o ambiente que apresentou maior número de problemas. Estes problemas estão relacionados a dois componentes de acessibilidade espacial: **orientação espacial** e **deslocamento**. Embora o número maior de barreiras esteja relacionado ao componente orientação espacial, estas não se configuram como barreiras impeditivas, mas sim, dificultosas. As barreiras de impedimento foram constatadas principalmente no componente deslocamento. Desta forma tem-se como prioridades:

1. Implantação de uma rampa com inclinação adequada à norma, em substituição ao degrau existente entre o portão e o passeio público (Deslocamento).
2. Rebaixamento do meio-fio em frente ao acesso principal (Deslocamento).

RECEPÇÃO:

Como já citado no capítulo anterior, na recepção observou-se a inexistência de assento para pessoa obesa e a ausência de informações em *Braille*. Estas barreiras estão relacionada aos componentes **orientação espacial** e **uso** sendo avaliadas como impeditivas. Portanto, consideram-se prioritários os seguintes itens:

1. Colocação de assento para obeso (Uso).
2. Placa informativa com textos em *Braille* (Orientação).

SANITÁRIO MASCULINO:

No sanitário masculino, foram identificados alguns problemas que impedem o uso adequado dos equipamentos instalados. O mictório para adultos encontra-se desativado; ausência de mictório e vaso sanitário infantil; ausência de lavatório para uso de crianças e pessoas com baixa estatura e ausência de bancada para troca de fraldas. Estas barreiras estão relacionadas ao componente **uso** e foram avaliadas como impeditivas. Desta forma, consideram-se prioritários os itens abaixo:

1. Efetuar manutenção no mictório para adultos (Uso).
2. Instalar mictório e vaso sanitário infantil (Uso).
3. Instalar bancada de lavatório com diferentes alturas para uso de pessoas com baixa estatura e crianças (Uso).
4. Instalar bancada para a troca de fraldas (Uso).

Além das barreiras de acessibilidade acima apontadas, que impedem o uso da edificação por pessoas com deficiência ou restrições, esta pesquisa considera que a implantação de um Centro de Saúde em uma via com declividade acentuada impõe inúmeras dificuldades de acessibilidade, que foram avaliadas com maior propriedade no procedimento de Passeio Acompanhado realizado no estudo de caso.

Assim sendo, além das recomendações descritas anteriormente, recomenda-se diretrizes projetuais para o Centro de Saúde Jardim Atlântico, observando-se os componentes de acessibilidade, neste caso, **deslocamento, orientação e uso**.

As diretrizes propostas abaixo são complementares às sugestões relacionadas anteriormente e propõe que:

1. Deslocar o acesso principal da edificação para o patamar próximo ao acesso da rampa, que deverá ser ampliado;
2. O nível altimétrico do patamar acima referido deve aproximar-se da cota de nível do pavimento térreo;
3. Este patamar deve disponibilizar condições para que um automóvel possa estacionar e uma pessoa com cadeira de rodas possa acessar a rampa com segurança;

4. A rampa e a escada principal devem estar voltadas para um mesmo patamar plano, possibilitando acesso único para todas as pessoas, sem segregação;

A figura 143 ilustra a diretriz projetual que recomenda um novo acesso ao Centro de Saúde do Jardim Atlântico, com deslocamento do acesso principal para o patamar situado no afastamento frontal. Este patamar deverá ser ampliado e ser plano em toda sua extensão. A rampa acessível deverá ser deslocada e em seu lugar deverá ser implantado degraus em número suficiente para o acesso ao hall de entrada.

Figura 142 – diretriz projetual para o Centro de Saúde



Fonte: autor

Este trabalho objetivou a identificação de aspectos prioritários para assegurar a Acessibilidade Espacial em Centros de Saúde, de modo que todas as pessoas tenham garantido o acesso a estas edificações e, assim, possam realizar suas atividades com segurança, independência e de maneira igualitária.

Os Centros de Saúde são edificações públicas de atendimento à saúde e recebem diariamente um número grande de pessoas, entre elas, pessoas com deficiências, limitações e emocionalmente abatidas, sendo importante garantir acessibilidade a todos os seus usuários.

Buscando a identificação de quais aspectos de Acessibilidade Espacial são mais relevantes nestes ambientes, desenvolveu-se este trabalho em duas etapas: a fundamentação teórica e a pesquisa de campo.

A **fundamentação teórica** desta pesquisa trouxe contribuições no sentido de ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a diversidade das pessoas, sobre as barreiras que dificultam e impedem a apropriação e o desenvolvimento das atividades nos espaços, bem como, sobre a conceituação de diversos autores sobre o tema Acessibilidade Espacial e a sua aproximação com a área da arquitetura.

A reflexão sobre a diversidade humana possibilitou o entendimento de como ocorre a integração das diferenças através da eliminação de barreiras de desigualdade, de preconceito e de discriminação. Observou-se a importância desta reflexão no âmbito da arquitetura e urbanismo, já que as diferentes necessidades pessoais implicam na necessidade dos profissionais arquitetos estarem atentos à diversidade no desenvolvimento de projetos arquitetônicos, adequando os espaços às diversas características, necessidades e aspirações de seus usuários. Neste contexto, a eliminação das barreiras físicas e informativas cumpre o papel de possibilitar, em todas as edificações e espaços, a participação das pessoas em diferentes atividades, de maneira autônoma, independente e igualitária, exercendo com plenitude a sua cidadania.

A fundamentação teórica contribuiu ainda para a compreensão das relações existentes entre Centros de Saúde e: a organização da estrutura da saúde pública municipal, e a atuação dos agentes envolvidos no processo de elaboração de projetos arquitetônicos e de construção de um Centro de Saúde.

Para compreender as necessidades espaciais das pessoas em relação às barreiras de acessibilidade, foi necessário observar estes fenômenos em situações vivenciadas concretamente. Desta forma, foi desenvolvido um **estudo de caso** com aplicação de métodos qualitativos, como Visita Exploratória, Pesquisa Documental, Entrevistas, *Walkthrough*, Passeio Acompanhado e Planilhas de Acessibilidade. A aplicação de diferentes métodos foi importante para a verificação dos fenômenos, detectando a abrangência de dados contidos na relação entre as barreiras de acessibilidade e os quatro componentes de Acessibilidade Espacial.

A importância da **visita exploratória** deu-se pelo primeiro contato com o campo da pesquisa, que proporcionou o entendimento das condições gerais do espaço e serviu de embasamento para a aplicação dos procedimentos metodológicos.

A análise do projeto de arquitetura do estudo de caso foi o enfoque da **pesquisa documental**, quando se pode ter uma compreensão mais ampla e o domínio do objeto de estudo.

As **entrevistas** validaram o entendimento sobre o processo das diretrizes e concepções projetuais, bem como sobre as etapas desenvolvidas até a conclusão da obra. Assim, foi possível complementar a verificação dos dados levantados na visita exploratória e na análise do projeto arquitetônico de modo a ampliar a percepção sobre os fenômenos relacionados à Acessibilidade Espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico.

A aplicação do procedimento **Walkthrough** permitiu captar a percepção das pessoas sem restrições ou deficiências, tanto de funcionários do Centro de Saúde como do pesquisador, frente aos problemas relacionados à Acessibilidade Espacial no estudo de caso.

O *Walkthrough* técnico, por estar pautado em conhecimentos técnicos e legais, apontou um número maior de barreiras relacionadas aos quatro componentes de acessibilidade, diferente do *Walkthrough* dos funcionários. Com este último, constatou-se que a orientação

espacial obteve uma avaliação pouco significativa, influenciada provavelmente pelo conhecimento prévio dos ambientes por parte dos participantes. Estes mesmos participantes em momento algum apontaram barreiras de comunicação ao realizar as atividades. Por outro lado, as barreiras relacionadas ao uso e deslocamento foram mais relevantes.

Por fim, a contribuição deste procedimento para o trabalho se justifica pela complementação de dados levantados pela avaliação técnica e legal, conferida pelo *Walkthrough* técnico, com dados levantados na observação das barreiras de acessibilidade diariamente constatadas pelas pessoas que trabalham no local, conferida pelo *Walkthrough* dos funcionários.

O uso das **Planilhas de Avaliação** foi um importante apoio aos procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho, pois permitiu avaliar as condições de Acessibilidade Espacial no Centro de Saúde Jardim Atlântico considerando-se as legislações e normas técnicas relacionadas ao tema. Sua aplicação confirmou que os problemas observados estão diretamente relacionados com a não observância das diretrizes contidas nessas normas e leis ao se construir a edificação.

As planilhas utilizadas nessa pesquisa tiveram como base as planilhas originais publicadas no documento “Promovendo Acessibilidade Espacial nos Edifícios Públicos: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público” (DISCHINGER, BINSELY e PIARDI, 2012), bem como as planilhas usadas no trabalho desenvolvido pelo grupo PET ARQ UFSC, sob o título: “Instrumento de Avaliação de Acessibilidade Espacial” (SOUZA, ELY, *et al.*, 2014). Porém, durante o percurso da pesquisa foi publicada a revisão da NBR 9050 (ABNT, 2015), em setembro de 2015, levando à necessidade de reformulação de toda a planilha de forma a adequá-la aos novos parâmetros técnicos estabelecidos. Além disso, foi publicada em 27 de junho de 2016, pela ABNT outra importante normatização relacionada ao tema Acessibilidade Espacial, a NBR 16.537 (ABNT, 2016), relacionada à sinalização tátil no piso. Este fato impôs uma nova adequação das planilhas, pois foi necessário incorporar critérios e parâmetros de normatização de sinalização tátil no piso que não estavam previstos anteriormente.

Desta forma, a elaboração de Planilhas de Avaliação específicas para a aplicação em Centros de Saúde se configura como importante contribuição desta pesquisa para a área, pois a adequação realizada, além de ter como base a revisão da NBR 9050/15 e a complementação das diretrizes da nova NBR 16537/16, apresenta uma nova organização relacionada aos ambientes específicos de um Centro de Saúde.

A utilização do **Passeio Acompanhado** também se mostrou eficaz nesta pesquisa, pois diferentemente dos participantes do *Walkthrough* que não apresentavam deficiências ou restrições, as pessoas que participaram desse procedimento apresentavam deficiência visual, motora ou restrições cognitivas, o que permitiu observar o comportamento desses usuários ao se depararem com dificuldades de acessibilidade em situações reais de uso dos espaços no Centro de Saúde Jardim Atlântico. A aplicação do procedimento dos passeios acompanhados com participantes com diferentes limitações, somada a divisão de dois grupos distintos, de usuários deste Centro de Saúde e de participantes que desconheciam o local, possibilitou a visão de diferentes pontos de vistas que contribuíram para a identificação de um número considerável de barreiras de acessibilidade. Os participantes com conhecimento técnico e que participam de associações e movimentos que tratam diretamente sobre o tema desta pesquisa, também contribuíram de forma significativa na avaliação, já que conseguiram relacionar as barreiras encontradas com as normas de acessibilidade.

Esta pesquisa destaca a importância de uma abordagem multimétodos no levantamento e análise sobre as condições de Acessibilidade Espacial no estudo de caso. A relevância da aplicação da variedade de procedimentos nesta pesquisa permitiu uma abrangência dos problemas de acessibilidade detectados, pois se constatou que os diferentes métodos são complementares somando informações e possibilitando diretrizes para sugestões relacionadas à Acessibilidade Espacial em Centros de Saúde.

A partir da constatação dos problemas encontrados, foi possível definir quais aspectos de acessibilidade espacial devem ser prioritários para o Centro de Saúde Jardim Atlântico. Para tanto, foi necessário observar as barreiras existentes apontadas por este estudo e, embora grande número delas se configure como barreiras que apenas dificultam

as pessoas de acessarem os ambientes e realizarem suas atividades, considerou-se nesta pesquisa que as barreiras impeditivas é que devem ser consideradas prioritárias ao se realizar adequações nos ambientes. A síntese da avaliação da Matriz de Descobertas possibilitou a constatação dos ambientes que apresentaram maior quantidade de problemas e barreiras impeditivas à Acessibilidade Espacial: calçadas externas, sanitário masculino e recepção. A partir disto foi possível elencar recomendações projetuais a fim de tornar acessíveis esses ambientes.

Observa-se que boa parte dos problemas de acessibilidade espacial mais significativos encontrados (impeditivos) não encontra-se no interior da edificação, mas na sua implantação. Isto ocorre porque espaços de saúde devem necessariamente ter circulações para público com largura acima de 1,20 m e portas de no mínimo 0,80 m de largura, o que já facilita a circulação do cadeirante dentro da edificação. No entanto, de pouco adianta o cadeirante estar apto para circular internamente se ele não conseguir acessar o prédio.

Estas recomendações deveriam se fazer presentes nos projetos padrão adotados Brasil afora, de forma que os arquitetos estivessem conscientes das questões de acessibilidade na escolha do terreno e na forma de implantar a edificação no mesmo, fazendo os devidos ajustes para que seja viável assegurar a acessibilidade das pessoas com dificuldades de locomoção.

Importante lembrar que a definição de que as barreiras de acessibilidade impeditivas devem ser prioritariamente consideradas ao se projetar, construir ou reformar um Centro de Saúde, se deu em função dos resultados alcançados nesta pesquisa e não deve valer como única possibilidade, pois se trata aqui de um estudo de caso. Embora seja possível fazer generalizações, os resultados se referem a um Centro de Saúde específico, objeto de estudo desta pesquisa. Não foi possível aprofundar a análise de tantos dados levantados, entendendo-se a necessidade de novas pesquisas que possam contribuir ainda mais para que a acessibilidade espacial seja uma realidade em Centros de Saúde de Florianópolis.

7.1 Sugestões para Futuras Pesquisas

Ainda que tenha se gerado algumas diretrizes a partir do estudo de caso aqui apresentado, fica clara a necessidade de muitos outros estudos para se compreender a complexidade das questões relacionadas à Acessibilidade Espacial em Centros de Saúde.

Assim, sugere-se que sejam realizadas pesquisas em outros Centros de Saúde de Florianópolis, de modo que novas APOs sejam realizadas e se aprofundem as análises relacionadas à acessibilidade espacial, a fim de se garantir o acesso igualitário de todas as pessoas a essas edificações.

Como não foi possível a realização do procedimento metodológico de Passeio Acompanhado com uma pessoa surda, não se pode aferir com mais profundidade o componente de acessibilidade Comunicação. Sugere-se que em futuras pesquisas este procedimento seja realizado com pessoas com deficiência auditiva e também cognitiva, pois as necessidades específicas advindas deste tipo de deficiência contribuiriam para a observação das barreiras de acessibilidade relacionadas ao componente Comunicação.

Outra importante sugestão para novas pesquisas indica a realização de APO em outros Centros de Saúde em função da publicação de novas diretrizes normativas. Pelo fato de estas edificações terem sido construídas anteriormente a revisão da NBR 9050 (ABNT, 2015) e publicação da recente norma relacionada à acessibilidade que trata da sinalização tátil no piso, a NBR 16.537 (ABNT, 2016), provavelmente os ambientes externos e internos devem apresentar problemas relacionados à acessibilidade de seus usuários.

Como instrumento de apoio metodológico, as Planilhas de Avaliação demonstraram eficácia no levantamento de dados, por se utilizar critérios técnicos referentes aos problemas de acessibilidade espacial observados no estudo de caso. Assim sendo, sugere-se a revisão e ampliação das planilhas elaboradas nesta pesquisa para a aplicação em outros Centros de Saúde, à luz das normas relacionadas ao tema de acessibilidade, da revisão da NBR 9050/15 e da NBR 16.537/16.

8 REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 9050/2004 – Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004.

ABNT, A. B. D. N. T. **NBR 9050/2015: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbano**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015.

ABNT, A. B. D. N. T. **NBR 16.537: Sinalização tátil no piso - Diretrizes para elaboração de projetos e instalação**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2016.

ALCANTARA, D. D.; BARBOSA, A.; RHEINGANTZ, P. A. PERCURSOS À DERIVA NA INVESTIGAÇÃO DO LUGAR: O CASO DO CORREDOR CULTURAL, RIO DE JANEIRO. **Anais do NUTAU2006**, São Paulo, 2006.

AMARAL, J. J. F. **COMO FAZER UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**. Fortaleza. 2007.

AMENGUAL, C. “Barreiras arquitetônicas”. Inc: Curso Básico sobre Acessibilidade ao Meio Físico. (Rio de Janeiro: 1994). Anais do VI SIANF. Brasília: CORDE, 1994 a.. “Soluções para a acessibilidade na residência”. Inc: Seminário sobr, Rio de Janeiro, p. 34-52, 1994.

AMENGUAL, C. Barreiras Arquitetônicas Inc. Curso Básico Sobre Acessibilidade ao Meio Físico. **Anais doVI SIANF**, Brasília, 1994.

ANDRADE, I. F. **Sistema Informacional para a Orientação Espacial em Terminais Aeroportuários a partir das Estratégias Adotadas pelos Indivíduos**. Florianópolis: Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós Graduação, UFSC, 2016.

ANDRADE, I. F. **Sistema Informacional para a orientação Espacial em Terminais Aeroportuários a partir das Estratégias Adotadas pelos Indivíduos**. Florianópolis: Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós Graduação, UFSC, 2016.

ANVISA. **RDC 50. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. BRASÍLIA. 2002.

BARRETO, M. **Notas da disciplina de Metodologia Científica**. Florianópolis. 2016.

BENVEGNÚ, E. M. **Acessibilidade espacial requisito para uma escola inclusiva [dissertação]**: Estudo de caso - Escolas Municipais de Florianópolis. Florianópolis: [s.n.], 2009.

BERNARDI, N.; KOWALTOSKI, D. **Reflexões Sobre a Aplicação dos Conceitos do Desenho Universal no Processo de Projeto de Arquitetura**. Maceió: [s.n.], 2005.

BINS ELY, V. H. M. **A moradia está adequada às necessidades do idoso?** Viçosa - MG: [s.n.]. 25 Junho 2009.

BINS ELY, V. H. M. A moradia está adequada às necessidades do idoso? **1º Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia**, Viçosa - MG, 25 Junho 2009.

BINS ELY, V. H. M. et al. Contribuição de um método específico para a análise da relação entre o ambiente arquitetônico e a realização das atividades. **ABERGO**, Recife, 2002.

BINS ELY, V. H. M. et al. **Terminal de Transporte Coletivo Acessível**. 1ª. ed. Olinda: livro Rápido Editora, 2016. 161-181 p.

BINS ELY, V. H. M.; DISCHINGER, M.; MATTOS, M. L. Sistemas de Informação Ambiental – Elementos Indispensáveis Para Acessibilidade e Orientabilidade. – VI Congresso Latino-Americano de Ergonomia e XII Congresso Brasileiro de Ergonomia. **Anais do ABERGO**, Recife, 2002.

BINSELY, V. H. D. M. **Orientar-se no espaço**: Condição Indispensável

para a Acessibilidade. Palestra proferida no “acessibilidade no cotidiano”. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2004.

BRANDÃO, M. D. M. **Acessibilidade espacial para pessoas com deficiência visual**: discussão e contribuições para a NBR 9050:2004. 2011. 198 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Florianópolis: [s.n.], 2011.

BRASIL ,CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1ª. ed. [S.l.]: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

BRASIL. Decreto Nº 84.919-de 16 de Julho de 1980. Institui a Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes., 1980. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1980-07-16;84919>>. Acesso em: 29 agosto 2016.

BRASIL. **Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 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 p.** Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.** [S.l.]: [s.n.]. 2009.

BRASIL. **Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** 4ª. ed. Brasília: [s.n.], 2011.

BRASIL. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.** 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2012.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde PORTARIA Nº 340, DE 4 DE MARÇO DE 2013**. Brasília: [s.n.], 2013.

BRASIL. **Portal da Saúde - SUS**, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>. Acesso em: 9 agosto 2016.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Manual de Comunicação da SECOM**, 2017a. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/redacao-e-estilo/estilo/linguagem-inclusiva>>. Acesso em: 15 Maio 2017.

BRASIL, CARTILHA DO CENSO 2010. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência / Luiza Maria Borges Oliveira SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – SDH/PR SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – SNPD**. 1ª. ed. Brasília: [s.n.], 2012.

BRASIL, M. D. S. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **IDSUS**, 2016. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 1 set 2016.

BRASIL, M. D. S. Portal da Saúde. **DAP- Departamento de Atenção Básica**, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php>. Acesso em: 27 Agosto 2016.

BRASIL, M. D. S. Portal da saúde. **Portal da saúde**, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias#>>. Acesso em: 5 agosto 2016.

BRASIL, M. D. S. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Portal da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>. Acesso em: 30 ago 2016.

BRASIL, M. D. S. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. **portal da saúde**, 2016. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ubs/introducao.pdf>>. Acesso em: 3 set 2016.

BRASIL, M. D. S. sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas de idoso. **SISAP IDOSO**, 2016. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=gra&uf=42&municipio=420540&uf_o=D&indicador=D01P0&B1=Gerar+gr%E1fico.>. Acesso em: 2 set 2016.

BRASIL, M. D. S. D. Sistema de Informática do SUS. **DATASUS**, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>>. Acesso em: 1 set 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2ª. ed. Brasília: [s.n.], 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos**. [S.l.]: [s.n.], 2002.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. **LEI Nº 12.462, DE 4 DE AGOSTO DE 2011. Institui o Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC**, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/l12462.htm>. Acesso em: 27 agosto 2016.

BRASIL, S. F. **Constituição Federal**. [S.l.]: [s.n.], 1988.

BRASIL, SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Brasília. 2012.

BRASIL. **Decreto 186, de 9 de Julho de 2008**. 4ª. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com deficiência, 2008.

CALDEIRA, I. M. F. P. **ESPAÇO PÚBLICO PARA TODOS. Aplicação dos princípios da acessibilidade plena em áreas históricas e em áreas consolidadas. Mestrado em Reabilitação do Património Edificado – 2005/2007**. Porto, Portugal: Departamento de Engenharia Civil, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2009.

CAMPOS, R. A. D. **Acessibilidade Espacial Na Arquitetura Escolar: Avaliação Pós-Ocupação do Projeto Padrão 12 salas FNDE**. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo - POSARQ -UFSC), 2015.

CAU/BR.

<http://arquiteturaurbanismotodos.org.br/categoria/glossario/page/2/>. **arquitetura e urbanismo para todos**, 2016. Acesso em: 15 Nov 2016.

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1ª. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

COHEN, R.; DUARTE, ; BRASILEIRO, A. **Acessibilidade a Museus. Ministério da Cultura / MinC/Ibram, 2012. 190 p.; 18x24 cm (Cadernos Museol**. Brasília: Instituto Brasileiro de Museus MinC/Ibram, v. 2, 2012.

COHEN, R.; DUARTE, C. R. Acessibilidade de Pessoas com dificuldade de locomoção e a sustentabilidade das cidades. **Anais do NUTAU 2002**, São Paulo, 2002.

CONSELHO DA EUROPA. **Melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência**: prosseguir uma política coerente para e através de uma plena participação Declaração Política de Málaga. COMISSÃO EUROPEIA, Conceito Europeu de Ace. [S.l.]: Declaração Política de Málaga. COMISSÃO EUROPEIA, Conceito Europeu de Acessibilidade, 2003.

CONSIGLIERI, V. **As metáforas da arquitetura contemporânea**. Lisboa: Ed. Estampa, 2007.

DISCHINGER, M. **Designing for all senses: accessible spaces for visually impaired citizens**. Göteborg, Sweden: Tese (Doutorado em Filosofia) Chalmers University Of Technology, 2000.

DISCHINGER, M.; BINS ELY, V. H. M.; BORGES, M. M. F. D. C. **Manual de Acessibilidade Espacial para Escolas: o direito à escola acessível**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2009.

DISCHINGER, M.; BINS ELY, V. H. M.; BORGES, M. M. F. D. C. **Manual de Acessibilidade Espacial para Escolas: o direito à escola acessível**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2009.

DISCHINGER, M.; BINSELY, V. H. M.; PIARDI, S. M. D. G.. **Promovendo a acessibilidade nos edifícios públicos: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público**. 1ª rev. ed. Florianópolis: [s.n.], 2012.

DORNELES, V. G. **Acessibilidade para idosos em áreas livres públicas de lazer**. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós Graduação, UFSC, 2006.

DORNELES, V. G. **Estratégias de ensino de desenho universal em Cursos de Graduação em Arquitetura e Urbanismo**. Florianópolis, SC: Tese Doutorado em Arquitetura e Urbanismo)- ProgramadePósGraduação, 2014.

DORNELES, V. G.; ANDRADE, I. F.; BINS ELY, V. H. M. **Artigo publicado no V Seminário Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura - PROJETAR 2011** -, Belo Horizonte/MG, 2011.

DUARTE, C. R. D. S.; COHEN, R. **Acessibilidade para Todos: uma cartilha de orientação**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Alerj, v. 1, 2004.

ELALI, G. A.; MEDEIROS, S. T. F. D. Apego ao Lugar. In: CAVALCANTI, S.; ELALI, G. A. **Temas básicos da Psicologia Ambiental**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 53-62.

Entrevista Arquiteta Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis. 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FLORIANÓPOLIS. **LEI COMPLEMENTAR Nº 146, de 14 de julho de 2004**. Florianópolis: [s.n.]. 2004. p. ACRESCENTA O ART. 194-A À LEI COMPLEMENTAR Nº 060/2000, QUE INSTITUI O CÓDIGO DE OBRAS E EDIFICAÇÕES DE FLORIANÓPOLIS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

FLORIANÓPOLIS, P. D. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. Secretaria de Saude; Diretoria de Atenção Primária a Saúde. ed. Tubarão: Copiart, 2011.

FLORIANÓPOLIS, P. M. Rede Globo aponta Saúde da Capital como exemplo 13/7/2016. **Secretaria da Saúde**, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=noticia¬i=17331>>. Acesso em: 2 set 2016.

FLORIANÓPOLIS, P. M. D. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FLORIANÓPOLIS**. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, p. 63. 2014.

FLORIANÓPOLIS, P. M. D. **PORTARIA/SS/GAB/No 26/2014 aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, 23 Março 2014**. Florianópolis: [s.n.]. 2014. p. 7.

FLORIANÓPOLIS, P. M. D. 13/07/2016 - Saúde - Rede Globo aponta Saúde da Capital como exemplo. **Secretaria de Saúde - notícias**, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=noticia¬i=17331>>. Acesso em: 18 agosto 2016.

FLORIANÓPOLIS, P. M. D. Capital Idoso. **Secretaria da Saúde**, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capita+l+idoso&menu=5>>. Acesso em: 22 Agosto 2016.

FRANCISCO, W. D. C. E. Geografia humana do Brasil. **Mundo Educação**, 2016. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/geografia-humana-brasil.htm>>. Acesso em: 10 set 2016.

FROYEN, H. **Universal Design, a Methodological Approach**. [S.l.]: Boston: The Institute for Human Centered Design, 2012.

GEHL, J. **Cidades para pessoas/Tradução Anita Di Marco**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre : UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUSMÃO, N. M. M. D. Antropologia, Estudos Culturais e Educação: desafios da modernidade. **Pro-Posições**, São Paulo, v. 19, n. 3 (57), set./dez 2008.

IBGE. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro. 2010.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015.

IIDA, I. **lida, Itiro Ergonomia: projeto e produção**. 2ª rev e ampl. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

KATHLEEN HAYWOOD, N. G. **Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida**. 6ª. ed. [S.I.]: ARTMED, 2016.

KAUCHAKJE, S. **Serviços sociais e cidadania. Gestão Pública de serviços sociais**. Curitiba: Intersaberes, 2012.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica. Teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 20ª. ed. Petropolis: Vozes, 1997.

KOHLSDORF, M. E. **A apreensão da forma da cidade**. Brasília: Ed. UNB, 1996.

LEONART, A. P. D. S. A Inclusão da Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia / Faculdades Integradas do Brasil**, Curitiba, p. 179, jul./dez 2007. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/issue/view/2/showToc>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

LYNCH, K. **A imagem da cidade**. Sao Paulo: Martins Fontes, 1980.

MACHADO, E. S. **Relações Entre Ambientes Externos e Internos em Centros de Reabilitação Motora: um estudo na Associação de Assistência à Criança Deficiente de Nova Iguaçu-RJ**. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2012.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, v. 311p, 2003.

MINAS GERAIS, S. D. E. D. S. **Construindo o escovário: Manual técnico para projeto e orçamento**. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo et al. Belo Horizonte: [s.n.], 2008.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petropolis: Vozes, 2001.

MISSAGLIA, V. **Direitos das pessoas com deficiência: diversidade**,
238

inclusão, acessibilidade universal. In: OLIVEIRA, O. M. D.; AUGUSTIN, S. **Direitos humanos [recurso eletrônico]:** emancipação e ruptura. Caxias do Sul: Educs, 2012. p. 1014.

MORAES, M. C. D. **Acessibilidade no Brasil:** análise da NBR 9050. Florianópolis: Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo - Pós Arq, 2007.

MOSER, G. Psicologia ambiental Palestra proferida na Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, em 27 de agosto de 1997. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal , v. 3, Jan./June 1998. ISSN 1.

OLIVEIRA, A. S. D. A. D. **Acessibilidade Espacial em Centro Cultural:** Estudo de Casos. [S.l.]: Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós Graduação, UFSC, 2006.

ONU. Declaração Mundial dos Direitos Humanos. **Declaração Mundial dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 26 junho 2016.

ORNSTEIN, S. **Avaliação pós-ocupação (APO) do ambiente construído.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

ORSNTEIN, S. W. **Ambiente construído e comportamento:** avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental. 1. ed. São Paulo: Nobel, 1995.

PARANÁ, G. D. E. D. **Orientações para a construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde -UBS.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.Superintendência de Atenção à Saúde - SAS, 2012.

PÁSCOA, O. N. D. F. **A Qualidade do Lugar em Escola Pública padronizada do Rio de Janeiro. Estudo de caso:** Escola Municipal Tia Ciata. Rio de Janeiro: Dissertação (mestrado) – UFRJ/PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2008.

RHEINGANTZ, P. A. et al. **Observando a qualidade do lugar:**

procedimentos para a avaliação pós-ocupação. Rio de Janeiro: Coleção PROARQ: FAU-UFRJ, 2009.

SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. www.selursocial.org.br/terminologia.html, 2016. Acesso em: 2 Agosto 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 rev e atual. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. **Matéria, Idéia e Forma: uma definição de arquitetura**. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

SILVA, L. S. P. M. D. **Acessibilidade físico-espacial em hospital público na percepção do usuário com deficiência: estudo de caso nas áreas externas e acessos de hospital universitário em João Pessoa-PB**. João Pessoa: Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo -UFPB), 2014.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **SAÚDE E SOCIEDADE**, São Paulo, v. 20, n. nº 4, OCT./DEC 2011.

SOUZA, R. A. D. et al. REVISÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ACESSIBILIDADE ESPACIAL. **ENTAC IX -Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído**, Maceió, 12, 13 e 14 Novembro 2014.

SOUZA, U. D. Direito humano a moradia: da gestação ao envelhecimento. **Revista Arquitetura e Saúde**, 2013.

STORY, M. F. Maximizing Usability: The Principles of Universal Design. **Revista Assistive Technology**, North Carolina, v. vol. 10, n. número 1, p. 4-12, 1998.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A.; ALVES, J. B. D. M. A acessibilidade à informação no espaço digital. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31,

set/ dez 2002. ISSN 3.

UBIERNA, J. A. J. Recomendações para Acessibilidade no Transporte.
In: VI SIAMF: SEMINÁRIO SOBRE ACESSIBILIDADE AO MEIO FÍSICO, Rio de Janeiro, jun. 1994. **VI SIAMF: SEMINÁRIO SOBRE ACESSIBILIDADE AO MEIO FÍSICO**, Rio de Janeiro, Junho 1994.

UNFPA. **Fundo de População das Nações Unidas: Envelhecimento no Século XXI. Celebração e Desafio.** [S.l.]: Estação Gráfica, 2012.

VISENTINI, P. F. **Manual do candidato: história mundial contemporânea (1776-1991): da independência dos Estados Unidos ao colapso da União Soviética.** – 3. ed. rev. atual. – Brasília: FUNAG, 2012. 3ª. ed. Brasília: FUNAG rev. atual, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

1 – ENTREVISTA ARQUITETA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PÓS GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO - PósARQ
Pesquisador: CARLOS FERNANDO PINTO

ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - ARQUITETA

Hora início: _____ Término: _____

DATA: _____

NOME: _____

Profissão: () Arquiteto/a () Engenheiro/a Tempo de experiência no atual cargo: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Como funcionam os planos de investimentos na área de saúde, relacionado a elaboração de projeto e construção de um centro de saúde?
2. Há um projeto padrão para edificações novas a serem construídas?
3. Qual o quadro da equipe que desenvolve os projetos?
4. Quais os fatores que determinam o projeto arquitetônico de um centro de saúde?
5. O que determina o porte de um centro de saúde?
6. Há um estudo de demanda?
7. Quem é o responsável?
8. Qual o programa de necessidades?
9. Qual (quais) a(s) tipologia(s) adotada(s)?
10. Quanto à implantação do Centro de Saúde, quais os critérios que são adotados e quem é o responsável final pela escolha do local e implantação?
11. Quais os aspectos referentes a acessibilidade espacial foram considerados no projeto padrão?
12. Foi atendida a NB9050/2015?
13. Há conhecimento pela equipe dos princípios do desenho universal?
14. Houve consulta (ou participação) da comunidade, servidores, organizações de pessoas com deficiência, no processo de desenvolvimento do projeto padrão?
15. Quantas unidades existem no município de Florianópolis e qual a unidade mais recente?
16. Quando foi elaborado o mais recente projeto de Centro de Saúde?
17. Há possibilidade de acessar ao projeto deste Centro de Saúde?
18. Há possibilidade de acessar este Centro de Saúde?
19. Qual foi o último Centro de Saúde executado e que está em operação?
20. Há previsão de construção de novos Centro de Saúde?
21. Qual Centro de Saúde a arquiteta indicaria para realizar esta pesquisa?

Observação: suas considerações podem ser expressas livremente na forma de desenhos ou palavras. Caso julgue necessário, utilize o verso.

Obrigada por sua colaboração

2- ENTREVISTA COORDENADORA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PÓS GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO - PósARQ
Pesquisador: CARLOS FERNANDO PINTO

ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – COORDENAÇÃO

Hora início: _____ Término: _____ DATA: _____

NOME: _____

Profissão: _____

Tempo de experiência no atual cargo: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Como é o funcionamento de um Centro de Saúde?
2. Quem são as pessoas que compõe o quadro funcional e quais são as suas atividades.
3. Qual a população credenciada no Centro de Saúde Jardim Atlântico?
4. Quantos usuários do Centro de Saúde Jardim Atlântico tem algum tipo de deficiência e quais são estas deficiências.
5. Qual o número de pessoas com mais de 60 anos que utilizam este Centro de Saúde?
6. Qual o entendimento sobre a acessibilidade espacial?
7. Entende que este Centro de Saúde contempla a acessibilidade espacial?
8. Este Centro de Saúde está totalmente projetado para o atendimento as pessoas com deficiência ou alguma restrição de locomoção?
9. As pessoas com alguma deficiência ou restrição que utilizam este Centro de Saúde tem o acesso a todos os ambientes?
10. Quais os ambientes mais utilizados pelos usuários?
11. Quais são as dificuldades de acesso ao Centro de Saúde Jardim Atlântico, para quem vem do passeio público, considerando-se as pessoas com deficiência ou restrição?
12. Na sua opinião quais os ambientes deveriam receber melhorias quanto a sua acessibilidade?
13. Quais sugestões de melhoria para estes ambientes?
14. Entendendo-se que, com as sugestões propostas, este Centro de Saúde estaria atendendo totalmente as questões de acessibilidade espacial aos seus usuários, qual seriam as prioridades destas sugestões?
15. Qual seria a ordem de implantação destas melhorias e para que usuário esta sugestão seria fundamental?

Observação: suas considerações podem ser expressas livremente na forma de desenhos ou palavras. Caso julgue necessário, utilize o verso.

Obrigada por sua colaboração

3- PLANILHAS DE AVALIAÇÃO

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO				AVALIADOR:				
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico				DATA AVALIAÇÃO:				
Cidade: Florianópolis SC				NÚMERO PLANILHA				
A RUA EM FRENTE AO CENTRO DE SAÚDE								
N.	Legislação		Prioridade	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer
	Lei	Artigo						
ATRAVESSANDO A RUA								
1.1	X	X	Impede	Deslocamento	Existe travessia pública de pedestres?	NÃO		Os locais de travessia devem ter sinalização tátil de alerta no piso, posicionada paralelamente à faixa de travessia ou perpendicularmente à linha de caminhamento, para orientar o deslocamento das pessoas com deficiência visual, conforme as Figuras 22 a 30. Para dimensionamento dos rebalçamentos de calçadas, consultar a ABNT NBR 9050.
1.2	NBR 16537/16	6.6	Difícil	Orientação	Esta travessia possui sinalização tátil de alerta no piso?	NÃO		As travessias de pedestres nas vias públicas ou em áreas internas de edificações ou espaços de uso coletivo e privativo, com circulação de veículos, podem ser com redução de percurso, com faixa elevada ou com rebalçamento da calçada.
1.3	NBR 9050/15	6.12.7	Difícil	Deslocamento	A travessia de pedestre possui redução de percurso, com faixa elevada ou com rebalçamento da calçada?	NÃO		Para redução do percurso da travessia, é recomendado o alargamento da calçada, em ambos os lados ou não, sobre o leito carroçável, conforme Figura 91. Esta configuração proporciona conforto e segurança e pode ser aplicada tanto para faixa elevada como para rebalçamento de calçada, próximo das esquinas ou no meio de quadra. Ver figura 91
1.4	NBR 9050/15	6.12.7.1	Difícil	Deslocamento	A calçada é alargada nos dois lados da via para reduzir o percurso de travessia de pedestre?	NÃO		A faixa elevada, exemplificada na Figura 92, quando instalada, deve atender à legislação específica, Resolução CONTRAN Nº 495 DE 05/05/2014. Ver figura 52
1.5	NBR 9050/15	6.12.7.2	Difícil	Deslocamento	A faixa de pedestres é elevada?	NÃO AVALIADO		

	NBR	7.8.7	Dificulta	Orientação	Existe sinalização tátil direcional entre as duas calçadas?		
1.6	NBR 16537/15	7.8.7	Dificulta	Orientação	Existe sinalização tátil direcional entre as duas calçadas?	NÃO	A sinalização tátil direcional nas faixas de travessia orienta o deslocamento entre uma calçada e outra, conforme as Fig. 73 e 74.
1.7	NBR 9050/15	6.12.7.3	Impece	Deslocamento	Existe calçada rebaixada, nos dois lados da rua, para possibilitar que pessoas em cadeira de rodas atravessem na faixa de segurança?	NÃO	Os rebaixamentos de calçadas devem ser construídos na direção do fluxo de travessia de pedestres. A inclinação deve ser constante e não superior a 8,33% (1,12) no sentido longitudinal da rampa central e na rampa das abas laterais. A largura mínima do rebaixamento é de 1,50 m. O rebaixamento não pode diminuir a faixa livre de circulação, de no mínimo 1,20 m, da calçada, Fig. 93.
1.8	NBR 9050/15	6.12.7.3.1	Dificulta	Deslocamento	O piso entre o término do rebaixamento do passeio e o leito carroçável é nivelado?	NÃO	Não pode haver desnível entre o término do rebaixamento da calçada e o leito carroçável. Em vis com inclinação transversal o leito carroçável superior a 5%, deve ser implantada uma faixa de acomodação de 0,45 m a 0,50 m de largura ao longo da aresta de encontro dos dois plerocs inclinados em toda a largura do rebaixamento, conforme Figura 94.
1.9	NBR 9050/15	6.12.7.3.2	Dificulta	Deslocamento	A largura da rampa central do rebaixamento é menor que 1,5 m?	NÃO AVALIADO	A largura da rampa central dos rebaixamentos deve ser de no mínimo 1,50 m. Recomende-se, sempre que possível, que a largura seja igual ao comprimento das faixas de travessia de pedestres. Os rebaixamentos em ambos os lados devem ser alinhados entre si.
1.10	NBR 9050/15	6.12.7.3.3	Dificulta	Deslocamento	Estando entre canteiros, o rebaixamento esta respeitando a largura de 1,5 m e a declividade de 8,33%?	NÃO AVALIADO	O rebaixamento da calçada também pode ser executado entre canteiros, desde que respeitados o mínimo de 1,50 m de altura e a declividade de 8,33%. A largura do rebaixamento deve ser igual ao comprimento da faixa de pedestre, Fig. 95.
1.11	NBR 9050/15	6.12.7.3.4	Dificulta	Deslocamento	A calçada permite a faixa livre de 1,2 m?	SIM	Em calçada estreita, onde a largura do passeio não for suficiente para acomodar o rebaixamento e a faixa livre com largura de no mínimo 1,20 m, deve ser implantada a redução do percurso da travessia conforme 6.12.7.1, ou ser implantada a faixa elevada para travessia conforme 6.12.7.2, ou ainda, pode ser feito o rebaixamento total da

								largura da calçada, com largura mínima de 1,50 m e com rampas laterais com inclinação máxima de 5 % (1.20).Fig. 96.
1.12	NBR 9050/15	6.12.7.3.5	Impede	Deslocamento	O canteiro divisor de pistas é rebaixado?	NÃO AVALIADO		Em canteiro divisor de pistas, deve ser garantido rebaixamento do canteiro com largura igual à da faixa de travessia ou ser adotada a faixa elevada..
1.13	NBR 9050/15	6.12.7.3.5	Difícil	Deslocamento	Existe sinalização da travessia?	NÃO		As travessias devem ser sinalizadas conforme Seção 5 e Norma específica.
1.14	NBR 9050/15	5.6.4.3	Difícil	Uso	Existe semáforo com sinal sonoro ou vibratório?	NÃO		Os semáforos para pedestres instalados em vias públicas devem ter equipamento que emitam sinais visuais e sonoros ou visuais e vibratórios característicos, de localização, advertência e orientação, com 10 dBA, acima do ruído momentâneo mensurado no local, que favoreça a autonomia de pessoas com deficiência visual. Os alarmes dos semáforos devem estar associados e sincronizados aos visuais. Quando acionados manualmente, seu comando deve estar entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso.
1.15	NBR 9050/15	8.2.2.1	Difícil	Uso	Existe foco de acionamento para travessia de pedestre com altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso?	NÃO AVALIADO		Os dispositivos de acionamento manual para travessia de pedestres devem situar-se entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso acabado.
1.16	NBR 16537/16	7.8.3	Difícil	Uso	Há sinalização tátil direcional alinhada ao foco de acionamento?	NÃO AVALIADO		Quando houver foco semafórico acionável por pedestre, a sinalização tátil direcional deve estar alinhada ao foco semafórico, conforme as Fig 64 a 67.
1.17	NBR 9050/15	8.2.2.2	Difícil	Uso	O tempo de travessia está adequado para uma pessoa com mobilidade reduzida?	NÃO AVALIADO		O tempo de travessia de pedestres deve estar adequado à marcha de pessoas com mobilidade reduzida de 0,4 m/s.
CALÇADA								
1.18	NBR 9050/15	6.12.0	Impede	Deslocamento	A calçada é pavimentada?	SIM		Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).

1.19	NBR 9050/15	6.12.1	Difículta	Deslocamento	A calçada é plana e regular, sem inclinações transversais que superam o 3%?	SIM	A inclinação transversal da faixa livre (passeio) das calçadas ou das vias exclusivas de pedestres não pode ser superior a 3%. Eventuais ajustes de soleira devem ser executados sempre dentro dos lotes ou, em calçadas existentes com mais de 2,00 m de largura, podem ser executados nas faixas de acesso (6.12.3).
1.20	NBR 9050/15	6.12.2	Difículta	Deslocamento	A calçada acompanha a inclinação da via?	SIM	A inclinação longitudinal da faixa livre (passeio) das calçadas ou das vias exclusivas de pedestres deve sempre acompanhar a inclinação das vias ladeiras.
1.21	NBR 9050/15	6.12.3	Difículta	Deslocamento	A faixa livre da calçada tem no mínimo 1,20 m de largura livre, excluindo a faixa de serviço e de acesso?	SIM	A faixa livre da calçada destina-se exclusivamente à circulação de pedestres, deve ser contínua entre lotes e ter no mínimo 1,20 m de largura. (NBR 9050/15, item 6.12.3). Ver figura 88
1.22	NBR 9050/15	6.12.3	Difículta	Deslocamento	A altura livre dos passeios é de, no mínimo 2,10 m? (Verificar obstáculos verticais, tais como placas, beirais, ramos de árvores, marquises)	SIM	A faixa livre ou passeio: destina-se exclusivamente à circulação de pedestres, deve ser livre de qualquer obstáculo, ter inclinação transversal até 3%, ser contínua entre lotes e ter no mínimo 1,20 m de largura e 2,10 m de altura livre
1.23	NBR 9050/15	6.12.3	Impede	Deslocamento	O mobiliário, postes, canteiros, árvores ou qualquer objeto que possa tornar-se um obstáculo encontra-se na faixa de serviço?	SIM	A faixa de serviço: serve para acomodar o mobiliário, os canteiros, as árvores e os postes de iluminação ou sinalização. Nas calçadas a serem construídas, recomenda-se reservar uma faixa de serviço com largura mínima de 0,70 m;
1.24	NBR 9050/15	6.12.3	Difículta	Deslocamento	No caso de ter faixa de acesso, espaço de passagem da rua para o lote, a calçada tem no mínimo 2,00 m de largura?	SIM	A faixa de passagem, espaço de passagem da área pública para o lote, é possível apenas em calçadas com largura superior a 2,00 m. Serve para acomodar a rampa de acesso aos lotes lindeiros sob autorização do município para edificações já construídas. (NBR 9050/15, item 6.12.3). Ver figura 88

1.25	NBR 9050/15	6.12.4	Dificulta	Deslocamento	O acesso de veículos aos lotes encontra-se fora do percurso do pedestre, não interferindo na faixa livre de circulação?	SIM	O acesso de veículos aos lotes e seus espaços de circulação e estacionamento deve ser feito de forma a não interferir na faixa livre de circulação de pedestres, sem criar degraus ou desníveis, conforme exemplo da Figura 89. Nas faixas de serviço e de acesso é permitida a existência de rampas.
1.26	NBR 16537/16	7.8.3	Dificulta	Deslocamento	Há sinalização tátil direcional transversal à calçada?	NÃO	Deve ser implantada sinalização tátil direcional transversalmente à calçada, marcando as áreas de travessia, conforme as Figuras 62, 63 e 66.
1.27	NBR 9050/15	6.12.5	Dificulta	Deslocamento	Existindo obras sobre o passeio, há garantia de faixa livre de 1,20 cm de circulação?	NÃO AVALIADO	As obras eventualmente existentes sobre o passeio devem ser convenientemente sinalizadas e isoladas, assegurando-se a largura mínima de 1,20 m para circulação, garantindo-se as condições de acesso e segurança de pedestres e pessoas com mobilidade reduzida.
1.28	NBR 9050/15	6.3.2	Dificulta	Deslocamento	O pavimento da calçada é regular, plano e sem buracos?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
1.29	NBR 9050/15	6.3.2	Dificulta	Deslocamento	O pavimento da calçada é antiderrapante?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
1.30	NBR 9050/15	8.8.1	Impede	Deslocamento	Há interferência da vegetação nas rotas acessíveis?	NÃO	O plantio e manejo da vegetação devem garantir que os elementos (ramos, raízes, plantas entouceiradas, galhos de arbustos e de árvores) e suas proteções (muretas, grades ou desníveis) não interfiram nas rotas acessíveis e áreas de circulação de pedestres.

1.31	NBR 9050/15	8.8.2	Impede	Deslocamento	Na existência de vegetação em canteiros, ela representa conforto e segurança para os pedestres?	NÃO AVALIADO	Não se recomendam as plantas dotadas de espinhos; produtoras de substâncias tóxicas; invasivas com manutenção constante; que desprendam muitas folhas, flores, frutos ou substâncias que tornem o piso escorregadio; cujas raízes podem danificar o pavimento nas áreas adjacentes à rota acessível.
1.32	NBR 9050/15	6.3.4	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis, eles são menores que meio centímetro?	NÃO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial. Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 [50 %], conforme Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7. Ver figura 68
1.33	NBR 9050/15	6.3.4	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis superiores a meio centímetro até um centímetro e meio, existe uma rampa com até 50% de inclinação?	NÃO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial. Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 [50 %], conforme Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7. Ver figura 68
ESTACIONAMENTO NA RUA							
1.34	X	X	Difícil	Uso	Existe estacionamento na rua em frente ao Centro de Saúde	SIM	A inexistência de estacionamento em frente ao Centro de Saúde dificulta o embarque e desembarque de pessoas com necessidades especiais e idosos.
1.35	NBR 9050/15	5.5.2.3.1	Difícil	Uso	Existem vagas reservadas para idosos ou para pessoas com deficiência na rua?	NÃO	As vagas reservadas para idosos ou para pessoas com deficiência em vias e logradouros públicos devem ser sinalizadas, conforme normas específicas.
1.36	NBR 9050/15	6.14.3	Difícil	Uso	Há estacionamento externo na edificação?	SIM	Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, devem ser

1.37	Dec. Nº 5.296/04	Art.25	Difícult	Uso	As vagas acessíveis são próximas ao portão de acesso do Centro de Saúde?	NÃO AVALIADO	reservadas vagas para pessoas idosas e com deficiência. Os percentuais das diferentes vagas estão definidos em legislação específica. NOTA: As vagas reservadas nas vias públicas são estabelecidas conforme critérios do órgão de trânsito com jurisdição sobre elas, respeitada a legislação vigente.
1.38	NBR 9050/15	6.14.1.1	Difícult	Deslocamento	As vagas para idosos estão próximas ao portão principal do Centro de Saúde?	NÃO AVALIADO	Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, dois por cento do total de vagas para veículos que transportem pessoa portadora de deficiência física ou visual definidas neste Decreto, sendo assegurada, no mínimo, uma vaga, em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.
1.39	NBR 9050/15	6.14.1.2	Difícult	Orientação	Estas vagas estão sinalizadas com placa vertical e pintura de piso?	NÃO AVALIADO	As vagas para estacionamento para idosos devem ser posicionadas próximas das entradas, garantindo o menor percurso de deslocamento. NOTA: Obs. a legislação vigente.
1.40	NBR 9050/15	6.14.1.2	Difícult	Orientação	Quando afastado da faixa de travessia de pedestres, tem espaço de circulação de no mínimo 1,20 m?	NÃO AVALIADO	A sinalização vertical das vagas reservadas deve estar posicionada de maneira a não interferir com as áreas de acesso ao veículo, e na circulação dos pedestres. NOTA: A sinalização das vagas na via pública é regulamentada por legislação específica. Contar com um espaço adicional de circulação com no mínimo 1,20 m de largura, quando afastadas da faixa de travessia de pedestres. Esse espaço pode ser compartilhado por duas vagas, no caso de estacionamento paralelo, perpendicular ou oblíquo ao meio-fio.
1.41	Lei 3.246/89	1	Difícult	Uso	Há sinalização visual e sonora nas entradas e saídas de garagem e	NÃO	Para segurança dos pedestres que transitam pelos passeios dos logradouros públicos, fica obrigatória a instalação de dispositivos de

								advertência sonora e luminoso, para edificações de espécies de usos residenciais, recreativos e esportivos, de saúde, educacionais, culturais, comerciais, serviços e industriais, que possuam garagem.
1.42	NBR 16537/16	7.8.1	Difícil	Orientação	Está sinalização tátil direcional no acesso a garagem?	NÃO		A sinalização tátil direcional deve ser utilizada contornando o limite de lotes não edificadas onde exista descontinuidade da referência edificada, como postos de gasolina, acessos a garagens, estacionamentos ou quando o edifício estiver recuado, conforme as Figuras 50 e 61.
ESTACIONAMENTO INTERNO								
1.43	NBR 9050/15	6.14	Difícil	Uso	Existe estacionamento no Centro de Saúde?	SIM		Há dois tipos de vagas reservadas: a) para os veículos que conduzam ou sejam conduzidos por idosos; b) para os veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas com def.
1.44	NBR 9050/15	6.14.3	Difícil	Uso	Há vagas reservadas para veículos de condutores ou condutores por pessoas com deficiência ou idosos?	NÃO		Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, devem ser reservadas vagas para pessoas idosas e com deficiência. Os percentuais das diferentes vagas estão definidos em legislação específica. NOTA: As vagas reservadas nas vias públicas são estabelecidas conforme critérios do órgão de trânsito com jurisdição sobre elas, respeitada a legislação vigente.
1.45	NBR 9050/15	5.5.2.3.1	Difícil	Orientação	Estão sinalizadas com o símbolo internacional de acesso ou a descrição de idoso?	NÃO AVALIADO		As vagas reservadas para veículo no estacionamento devem ser sinalizadas e demarcadas com o Símbolo Internacional de Acesso (SIA) ou a descrição de idoso, aplicado na vertical e horizontal. Deve atender ao estabelecido em 6.1.3.
1.46	NBR 9050/15	5.5.2.3.2	Difícil	Orientação	Estas vagas estão sinalizadas com placa vertical?	NÃO AVALIADO		Nas vagas reservadas para pessoas com deficiência que não estejam localizadas em vias e logradouros públicos, a sinalização vertical deve ser conforme a Figura 66. O símbolo internacional

1.47	NBR 9050/15	5.5.2.3.3	Impede	Comunicação	A altura de instalação da borda inferior da placa está acima de 2,10 m do solo?	NÃO AVALIADO	A placa inferior das placas instaladas deve ficar a uma altura livre entre 2,10 m e 2,50 m em relação ao solo. Em estacionamentos com pé-direito baixo, é permitida sinalização à altura 1,50 m.	de acesso (SIA) que está na sinalização pode ser trocado pelo SIA da Figura 32. Ver figura 55 e 32
1.48	NBR 9050/15	6.14.2	Difícil	Uso	Está garantido o espaço de circulação de no mínimo 1,20 m?	NÃO AVALIADO	Todo estacionamento deve garantir uma faixa de circulação de pedestre que garanta um trajeto seguro e com largura mínima de 1,20 m até o local de interesse. Este trajeto vai compor a rota acessível.	
1.49	NBR 9050/15	6.14.1.2 - c	Difícil	Deslocamento	A vaga está em rota acessível?	NÃO AVALIADO	Estar vinculadas à rota acessível que as interligue aos polos de atração.	
1.50	NBR 9050/15	6.14.1.2 - d	Impede	Deslocamento	Sua implantação preserva a circulação entre veículos?	NÃO AVALIADO	Estar localizada de forma a evitar a circulação entre veículos.	
1.51	NBR 9050/15	6.14.1.2 - e	Impede	Deslocamento	O piso é regular?	SIM	Ter piso regular e estável.	
1.52	NBR 9050/15	6.14.1.2 - f	Difícil	Deslocamento	O acesso da vaga ao elevador ou acesso é menor que a dist de 50 m?	SIM	O percurso máximo entre a vaga e o acesso à edificação ou elevadores deve ser de no máximo 50 m.	
1.53	NBR 9050/15	5.6.4.3	Difícil	Comunicação	Há alarme na saída da garagem no passeio?	NÃO	As saídas de garagens e estacionamentos nos passeios públicos devem possuir alarmes que atendam ao disposto em 5.2.1, e ainda características sonoras que emitam um sinal, com 10 dBA, acima do ruído momentâneo mensurado no local, que informe a manobra de saída de veículos. Os alarmes sonoros devem estar sincronizados aos alarmes visuais intermitentes.	
1.54	NBR 9050/15	6.15	Impede	Deslocamento	O portão de acesso ao estacionamento/ garagem invade a faixa livre de circulação do passeio?	NÃO	Os portões de acesso a garagens manuais ou de acionamento automático devem funcionar sem colocar em risco os pedestres. A superfície de varredura do portão não pode invadir a faixa livre de circulação de pedestre e deve contar com sistema de sinalização conforme 5.6.4.2.	

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO				AVALIADOR:				
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico				DATA AVALIAÇÃO:				
Cidade: Florianópolis SC				NÚMERO PLANILHA				
ENTRADA				02				
N.º	Legislação		Prioridade	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer
	Lei	Artigo						
2.1	X	X	Difícult	Uso	O portão de entrada dos pedestres é separado da entrada dos carros?	SIM	O portão de entrada dos pedestres deve ser separado da entrada dos carros.	
2.2	NBR 9050/15	6.2.1	Difícult	Deslocamento	Existe acesso acessível?	SIM	Nas edificações e equipamentos urbanos, todas as entradas, bem como as rotas de interligação às funções do edifício, devem ser acessíveis.	
2.3	NBR 9050/15	6.2.2	Difícult	Deslocamento	No caso da entrada acessível ser separada da entrada regular, ela está no máximo a 50 metros de distância?	SIM	A distância entre cada entrada acessível e as demais não pode ser superior a 50 m.	
2.4	NBR 9050/15	6.2.3	Impede	Deslocamento	Os acessos estão livres de obstáculos permanentemente?	SIM	Os acessos devem ser vinculados através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência. Os acessos devem permanecer livres de quaisquer obstáculos de forma permanente.	
2.5	NBR 9050/15	6.2.4	Difícult	Deslocamento	O percurso entre a vaga de estacionamento para pessoas com deficiência e idosos está a menos de 50 m do acesso acessível?	NÃO AVALIADO	O percurso entre o estacionamento de veículos e os acessos deve compor uma rota acessível. Quando da impraticabilidade de se executar rota acessível entre o estacionamento e acessos, devem ser previstas, em outro local, vagas de estacionamento para pessoas com deficiência e para pessoas idosas, a uma distância máxima de 50 m até um acesso acessível	

2.6	NBR 9050/15	6.2.5	Impede	Comunicação	Há controle de segurança nos acessos?	NÃO	Quando existirem dispositivos de segurança e para controle de acesso, do tipo catracas, cancelas, portas ou outros, pelo menos um deles em cada conjunto deve ser acessível, garantindo ao usuário o acesso, manobra, circulação e aproximação para o manuseio do equipamento com autonomia
2.7	NBR 9050/15	6.2.8	Difícil	Orientação	Existe sinalização informativa na entrada acessível?	NÃO	Deve ser prevista a sinalização informativa e direcional da localização das entradas e saídas acessíveis, de acordo com o estabelecido na Seção 5
2.8	NBR 16.537/16	6.3	Difícil	Orientação	Nas diferenças de níveis há sinalização tátil de piso?	NÃO	As áreas públicas ou de uso comum em edificações, espaços e equipamentos urbanos devem ter sinalização tátil de alerta no piso para: 'a) informar à pessoa com deficiência visual sobre a existência de desníveis ou outras situações de risco permanente, como objetos suspensos não detectáveis pela bengala longa;
2.9	NBR 16.537/16	6.3	Difícil	Orientação	A sinalização tátil de piso está implantada nos acessos acessíveis, nas rampas e patamares?	NÃO	c) informar as mudanças de direção ou opções de percursos, estabelecidas na Seção 7; d) indicar o início e o término de escadas e rampas; e) indicar a existência de patamares, nas situações indicadas; f) indicar o local de travessia de pedestres.
2.10	NBR 16.537/16	6.4	Difícil	Deslocamento	Os degraus isolados e escadas apresentam sinalização tátil de alerta?	NÃO	A sinalização tátil de alerta no piso deve ser instalada no início e no término de escadas fixas, com ou sem grelhas, degraus isolados, rampas fixas com inclinação (i) superior ou igual a 5% ($i \geq 5\%$), escadas e esteiras rolantes, conforme as Figuras 11 a 17.

2.11	NBR 16.537/15	6.3	Difícult	Deslocamento	Essa sinalização está presente no início e final das rampas?	NÃO	A sinalização tátil de alerta deve medir entre 0,25 m e 0,60 m na base e no topo de rampas, com inclinação $i > 5\%$. Na base não pode haver afastamento entre a sinalização tátil e o início do declive. No topo, a sinalização tátil pode afastar-se de 0,25 m a 0,32 m do início do declive, conforme a Figura 14. Rampas com $i < 5\%$ não precisam ser sinalizadas.
2.12	NBR 9050/15	6.3.2	Difícult	Deslocamento	O percurso entre o portão do estabelecimento até a porta de entrada é pavimentado?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
2.13	X	X	Difícult	Orientação	A cor dessa pavimentação evita o ofuscamento da visão em dias muito ensolarados (evita a reflexão)?	SIM	A cor da pavimentação não deve causar ofuscamento da visão.
2.14	NBR 9050/15	6.3.2	Difícult	Orientação	O piso apresenta desenhos ou estampas que, por sua configuração, possam causar sensação de insegurança ao usuário do Centro de Saúde?	NÃO	Deve-se evitar a utilização de pincelagem na superfície do piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que pelo contraste de desenho ou cor possam causar a impressão de tridimensionalidade).
2.15	NBR 9050/15	6.3.3	Difícult	Deslocamento	Nas circulações externas as inclinações transversais são inferiores a 3%? E nas inclinações longitudinais são inferiores a 5%?	SIM	A inclinação transversal da superfície deve ser de até 2% para pisos internos e de até 3% para pisos externos. A inclinação longitudinal da superfície deve ser inferior a 5%. Inclinações iguais ou superiores a 5% são consideradas rampas.
2.16	NBR 9050/15	6.7	Impede	Deslocamento	Existe degrau na rota de acesso ao Centro de Saúde?	SIM	Quando houver degraus ou escadas em rotas acessíveis, estes devem estar associados a rampas ou equipamentos eletromecânicos de transporte vertical. Deve-se dar preferência à rampa.
2.17	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis, eles são menores que meio centímetro?	NÃO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.

2.18	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis superiores a meio centímetro até um centímetro e meio, existe uma rampa com até 50% de inclinação?	NÃO	Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 (50%), conforme Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7.
2.19	NBR 9050/15	6.3.4.4	Impede	Deslocamento	Na porta de acesso tem degrau?	SIM	As soleiras das portas ou vãos de passagem que apresentem desníveis de até no máximo um degrau devem ter parte de sua extensão substituída por rampa com largura mínima de 0,90 m e com inclinação em função do desnível apresentado e atendendo aos parâmetros estabelecidos nas Tabelas 6 ou 7.
2.20	NBR 9050/15	6.3.7	Impede	Deslocamento	No caso da existência de capacho na porta de acesso, o mesmo está devidamente implantado?	NÃO	Devem ser evitados em rotas acessíveis. Quando existentes, devem ser firmemente fixados ao piso, embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que eventual desnível não exceda 5 mm. As superfícies não podem ter enrugamento e as feixas ou forros não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.
2.21	NBR 16.537/16	7.3.1	Dificulta	Orientação	Existe sinalização tátil de piso?	NÃO	As áreas públicas ou de uso comum das edificações, espaços e equipamentos urbanos devem ter sinalização tátil direcional no piso nas condições apresentadas em 7.3.2 a 7.3.8.
2.22	NBR 16.537/16	7.3.2	Dificulta	Orientação	Esta sinalização permite a orientação de deslocamento de pessoa com deficiência desde sua origem até seu destino?	NÃO AVALIADO	Em áreas de circulação onde seja necessária a orientação do deslocamento da pessoa com deficiência visual deve haver sinalização tátil no piso, desde a origem até o destino, passando pelas áreas de interesse, de uso ou de serviços.

ESCADAS EXTERNAS						
2.23	X	X	Dificulta	Deslocamento	Existem escadas na área externa?	SIM
2.24	NBR 9050/15	6.8.4	Dificulta	Orientação	O primeiro e o último degrau de um lance de escada estão a uma distância de, no mínimo, 30 cm da área de circulação?	NÃO
2.25	NBR 9050/15	6.8.2	Dificulta	Uso	As dimensões de piso e espelho da escada são constantes?	SIM
2.26	NBR 9050/15	6.8.2	Dificulta	Uso	Os degraus da escada possuem espelho entre 16 cm e 18 cm?	SIM
2.27	NBR 9050/15	6.8.2	Dificulta	Uso	A profundidade do degrau (piso) é maior que 28 cm e menor que 32 cm?	SIM
2.28	dec.nº 4.905	art. 213	Dificulta	Deslocamento	Os degraus estão todos dispostos paralelamente entre si (proibido degraus em leque)?	SIM
2.29	NBR 9050/15	6.7.1	Dificulta	Uso	Os espelhos dos degraus são fechados?	SIM
2.30	NBR 9077/01	4.7.1	Dificulta	Deslocamento	O piso da escada é antiderrapante?	SIM
2.31	NBR 9050/15	6.8.3	Dificulta	Deslocamento	A largura mínima das escadas fixas é de 1,20 m?	SIM

Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7.

Em construções novas, o primeiro e o último degraus de um lance de escada devem distar no mínimo 0,30 m da área de circulação adjacente e devem estar sinalizados de acordo com o disposto na Seção 5.

As dimensões dos pisos e espelhos devem ser constantes em toda a escada ou degraus isolados.

Para o dimensionamento, devem ser atendidas as seguintes condições: c) espelhos (e): $0,16\text{ m} \leq e \leq 0,18\text{ m}$;

Para o dimensionamento, devem ser atendidas as seguintes condições: b) pisos (p): $0,28\text{ m} \leq p \leq 0,32\text{ m}$

Os degraus devem ser paralelos, não sendo permitidos degraus em leque. (Decreto Nº 4.909, artigo 213)

Nas rotas acessíveis não podem ser utilizados degraus e escadas fixas com espelhos vazados

A escada deve ter os pisos com condições antiderrapantes, e que permaneçam antiderrapantes com o uso. (NBR 9077/01, item 4.7.1)

A largura das escadas deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, conforme ABNT NBR 9077. A largura mínima para escadas em rotas acessíveis é de 1,20 m, e deve dispor de guia de balizamento conforme 6.5.3

2.32	NBR 9050/15	6.8.7	Difícult	Deslocamento	Existe patamar sempre que há mudança de direção na escada?	SIM	As escadas devem ter patamar sempre que houver mudança de direção Entre os lances da escada devem ser previstos patamares com dimensão longitudinal mínima de 1,20 m. Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da escada. Quando houver porta nos patamares, sua área de varredura não pode interferir na dimensão mínima do patamar.
2.33	NBR 9050/15	6.6.5.2	Difícult	Deslocamento	O patamar possui dimensões iguais à largura da escada?	SIM	Não é permitida a colocação de portas em rampas; estas devem ser colocadas sempre em patamares planos. (NBR 9077/00, item 4.6.2.5)
2.34	NBR 9077/01	4.6.2.5	Difícult	Deslocamento	Os patamares estão isentos de obstáculos que ocupem sua superfície útil (tal como abertura de portas)?	SIM	O patamar deve estar livre de obstáculos, como vasos, móveis, abertura de portas o qualquer objeto que ocupe a superfície útil. (NBR 9050/04, item 6.6.3)
2.35	NBR 9077/01	4.6.2.5	Difícult	Deslocamento	O patamar está livre de obstáculos, como vasos, móveis, abertura de portas, que ocupem sua superfície útil?	SIM	As escadas devem ter no mínimo um patamar a cada 3,20 m de desnível.
2.36	NBR 9050/15	6.8.7	Difícult	Deslocamento	O lance das escadas tem um desnível vertical de 3,20 metros no máximo?	SIM	A sinalização visual dos degraus de escada deve ser: a) aplicada aos pisos e espelho sem suas bordas laterais e/ ou nas projeções dos corrimãos, contrastante com o piso adjacente, preferencialmente fotoluminescente ou retro iluminado, conforme as opções demonstradas na Figura 61;
2.37	NBR 9050/15	5.4.4.2	Difícult	Orientação	Existe sinalização visual localizada na borda do piso?	NÃO	A sinalização visual dos degraus de escada deve ser: b) igual ou maior que a projeção dos corrimãos laterais, e com no mínimo 7 cm de comprimento e 3 cm de largura;
2.38	NBR 9050/15	5.4.4.2	Difícult	Orientação	A sinalização visual existente mede entre 3 cm e 7 cm de largura?	NÃO AVALIADO	

2.39	NBR 9050/15	5.4.6.2	Dificulta	Orientação	A sinalização visual existente é em cor contrastante com a do acabamento do piso?	NÃO AVALIADO	A sinalização tátil e visual no piso deve ser detectável pelo contraste tátil e pelo contraste visual. O contraste tátil, por meio de relevos, deve estar conforme as Tabelas 4 e 5. O contraste de luminância com a superfície adjacente, em condições secas e molhadas, deve estar conforme 5.2.9.1.1 e Tabela 2.
2.40	NBR 16537/16	6.4	Dificulta	Orientação	Existe, no início e término da escada, sinalização tátil de alerta?	NÃO	A sinalização tátil de alerta no piso deve ser instalada no início e no término de escadas fixas, com ou sem grelhas, degraus isolados, rampas fixas com inclinação (i) superior ou igual a 5 % ($i \geq 5\%$), escadas e esteiras rolantes, conforme as Figuras 11 a 17.
2.41	NBR 9050/15	5.2.4.2	Dificulta	Orientação	Há sinalização indicativa de direção de percurso?	NÃO	Sinalização utilizada para indicar direção de um percurso ou a distribuição de elementos de um espaço e de uma edificação. Na forma visual, associa setas indicativas de direção a textos, figuras ou símbolos. Na forma tátil, utiliza recursos como guia de balizamento ou piso tátil. Na forma sonora, utiliza recursos de áudio para explanação de direcionamentos e segurança, como em alarmes e rotas de fuga.
2.42	NBR 9050/15	5.2.4.3	Dificulta	Orientação	Existe sistema de sinalização para abandono do local (placas indicando saídas autônomas) instalado no corpo da escada, patamares e sagüões?	SIM	Sinalização utilizada para indicar as rotas de fuga e saídas de emergência das edificações, dos espaços e do ambiente urbano, ou ainda para alertar quando há um perigo, como especificado na ABNT NBR 13434 (todas as partes).

CORRIMÕES E GUARDA-CORPOS DA ESCADA						
	NBR		Dificulta	Uso	Há corrimão na escada?	
2.43	NBR 9077/00	4.7.1e	Dificulta	Uso	Há corrimão na escada?	SIM
2.44	NBR 9050/15	6.9.2.1	Dificulta	Uso	Os corrimãos estão instalados em ambos os lados da escada?	SIM
2.45	NBR 9050/15	6.9.1	Dificulta	Uso	Os corrimãos são rígidos e estão firmemente fixados, apresentando condições seguras para utilização?	SIM
2.46	NBR 9050/15	6.9.2.1	Dificulta	Uso	Os corrimãos estão instalados nas alturas de 70 cm e 92 cm do piso, medido de sua geratriz superior?	SIM
2.47	NBR 9050/04	6.7.1.2	Dificulta	Uso	O espaço livre entre a parede e o corrimão é de no mínimo 4 cm?	SIM
2.48	NBR 9050/04	6.7.1.2	Dificulta	Uso	Os corrimãos possuem largura (seção ou diâmetro) entre 3 e 4,5 cm?	SIM
2.49	NBR 9050/15	6.9.2.2	Dificulta	Uso	Os corrimãos possuem prolongamento de no mínimo 30 cm antes do início e após o término da escada?	NÃO
2.50	NBR 9050/15	6.9.2.2	Dificulta	Uso	Os corrimãos são contínuos ao longo de toda a escada, sem interrupção nos patamares?	SIM

Todas as escadas devem ser dotadas de corrimão. (NBR 9077/00, item 4.7.1)

Os corrimãos devem ser instalados em rampas e escadas, em ambos os lados

Os corrimãos podem ser acoplados aos guarda-corpos e devem ser construídos com materiais rígidos. Devem ser firmemente fixados às paredes ou às barras de suporte, garantindo condições seguras de utilização. Devem ser sinalizados conforme a Seção 5.

Os corrimãos devem ser instalados em rampas e escadas, em ambos os lados, a 0,92 m e a 0,70 m do piso, medidos da face superior até o ponto central do piso do degrau (no caso de escadas) ou do patamar (no caso de rampas), conforme Figura 76.

O espaço livre entre a parede e corrimão deve ser no mínimo de 4 cm. (NBR 9050/04, item 6.7.1.2)

Os corrimãos devem ter uma seção (diâmetro) entre 3 cm e 4,5 cm. (NBR 9050/04, item 6.7.1.2)

Devem prolongar-se paralelamente ao patamar, pelo menos por 0,30 m nas extremidades, sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão, conforme Figura 76.

Os corrimãos laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas e rampas.

2.51	NBR 9050/15	6.9.2.3	Difícultade	Uso	As extremidades dos corrimãos são recurvadas e estão fixados ou justapostas à parede ou ao piso?	SIM	As extremidades dos corrimãos devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou ao piso, ou ainda ter desenho contínuo, sem protuberâncias. (NBR 9050/04, item 6.7.1.5)
2.52	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Orientação	Existe no corrimão identificação de pavimento em Braille?	NÃO	Os corrimãos de escadas fixas e rampas devem ter sinalização tátil (caracteres em relevo e em Braille), identificando o pavimento.
2.53	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Orientação	Esta sinalização está instalada no corrimão?	NÃO AVALIADO	Essa sinalização deve ser instalada na geratriz superior do prolongamento horizontal do corrimão, conforme Figura 60 b).
2.54	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Comunicação	Caso a sinalização esteja na parede, a mesma está na altura de 1,20 m?	NÃO AVALIADO	Na parede a sinalização deve ser visual e, opcionalmente, tátil, conforme Figura 60 a. Alternativamente, estas sinalizações podem ser instaladas nas paredes laterais.
2.55	NBR 9077/01	4.8.1.4	Difícultade	Uso	O guarda-corpo possui longarinas ou balaústres?	NÃO	Todos os corrimãos devem possuir balaústres verticais. (NBR 9077/00, item 4.8.1.4, inciso a)
2.56	NBR 9077/01	4.8.1.4	Difícultade	Uso	As longarinas e balaústres do guarda-corpo possuem afastamento mínimo de 15 cm entre eles?	NÃO AVALIADO	O espaçamento máximo entre os balaústres do guarda-corpo é de 15 cm. (NBR 9077/00, item 4.8.1.4, inciso a.)
RAMPAS EXTERNAS							
2.57	X	X	Impede	Deslocamento	Existem rampas externas?	SIM	São consideradas rampas às superfícies de piso com declividade igual ou superior a 5%. Os pisos das rampas devem atender às condições de 6.3. Da NBR 9050/15
2.58	NBR 9050/15	6.6.2.5	Difícultade	Deslocamento	A largura mínima da rampa é de 1,20 m?	SIM	A largura das rampas (L) deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas. A largura livre mínima recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m, sendo o mínimo admissível de 1,20 m

2.59	NBR 9050/15	6.3.6	Dificulta	Deslocamento	O piso da rampa e dos patamares é livre de desníveis?	SIM	A superfície das tampas deve estar nivelada com o piso adjacente, e eventuais frestas devem possuir dimensão máxima de 15 mm. As tampas devem estar preferencialmente fora do fluxo principal de circulação.
2.60	NBR 9077/01	4.6.2.6	Dificulta	Deslocamento	O piso da rampa e dos patamares é revestido com material antiderrapante?	SIM	O piso da rampa e os patamares devem ser antiderrapantes sob qualquer condição. (NBR 9077/00, item 4.6.2.6)
2.61	NBR 9050/15	6.6.4	Dificulta	Deslocamento	No início e no término da rampa, existem patamares com dimensão mínima longitudinal de 1,20 m, além da área de circulação adjacente?	SIM	Os patamares no início e no término das rampas devem ter dimensão longitudinal mínima de 1,20 m. Entre os segmentos de rampa devem ser previstos patamares intermediários com dimensão longitudinal mínima de 1,20 m, conforme Figura 7.3.
2.62	NBR 9050/15	6.6.4	Dificulta	Deslocamento	Existe patamar sempre que há mudança de direção na rampa?	SIM	Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da rampa.
2.63	NBR 9050/15	6.6.4	Dificulta	Deslocamento	O patamar possui dimensões iguais ou maiores à largura da rampa?	SIM	Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da rampa.
2.64	NBR 9077/01	4.6.2.5	Dificulta	Deslocamento	Os patamares estão isentos de obstáculos que ocupem sua superfície útil (tal como abertura de portas)?	SIM	Não é permitida a colocação de portas em rampas; estas devem ser colocadas sempre em patamares planos. (NBR 9077/00, item 4.6.2.5)
2.65	NBR 9050/15	5.6.2.3	Dificulta	Deslocamento	A rampa é curva?	NÃO	As rampas podem ser curvas, desde que sejam obedecidos os critérios estabelecidos pela NBR 9050/15
2.66	NBR 9050/15	5.6.2.3	Impede	Deslocamento	Em rampas curvas, a inclinação máxima é de 8,33%?	NÃO AVALIADO	Para rampas em curva, a inclinação máxima admissível é de 8,33%.
2.67	NBR 9050/15	5.5.1.9	Impede	Deslocamento	Em rampas curvas, o raio é de no mínimo 3 m?	NÃO AVALIADO	O raio mínimo de 3,00 m, medido no perímetro interno à curva.
2.68	NBR 9050/15	5.6.2.1	Impede	Deslocamento	A inclinação da rampa está conforme a Tabela 6 e/ou 7 da NBR 9050/15 Tabelas anexas.	SIM	As rampas devem ter inclinação de acordo com os limites estabelecidos na Tabela 6. Para inclinação entre 6,25 % e 8,33 %, é recomendado criar áreas de descanso (6.5.) nos patamares, a cada 50 m de percurso.

2.69	NBR 9050/15	6.6.2.2	Impede	Deslocamento	Tratando-se de reforma, a rampa atende o dimensionamento da tabela 7?	NÃO AVALIADO	As rampas devem ter inclinação de acordo com os limites estabelecidos na Tabela 6. Para inclinação entre 6,25 % e 8,33 %, é recomendado criar áreas de descanso (6.5.) nos patamares, a cada 50 m de percurso.
2.70	NBR 16537/16	6.4	Difícil	Orientação	Existe, no início e término da escada, sinalização tátil de alerta?	NÃO	A sinalização tátil de alerta no piso deve ser instalada no início e no término de escadas fixas, com ou sem grelhas, degraus isolados, rampas fixas com inclinação (i) superior ou igual a 5 % (i ≥ 5 %), escadas e esteiras rolantes, conforme as Figuras 11 a 17.
2.71	NBR 9050/15	5.4.6.3	Difícil	Orientação	A sinalização tátil de alerta é em cor contrastante com a do piso?	NÃO AVALIADO	O contraste tátil e o contraste visual da sinalização de alerta consistem em um conjunto de relevos tronco-cônicos conforme Tabela 4 e Figura 62.
2.72	NBR 16537/16	6.2	Difícil	Orientação	A sinalização tátil de alerta tem relevo contrastante com o piso adjacente?	NÃO AVALIADO	Ter relevo contrastante em relação ao piso adjacente, conforme 5.2 a 5.6, para ser claramente percebida por pessoas com deficiência visual que utilizam a técnica de bengala longa;
2.73	NBR 16537/16	6.4.4	Difícil	Orientação	A sinalização tátil de alerta encontra-se afastada no máximo 32cm do término da rampa?	NÃO AVALIADO	No topo, a sinalização tátil pode afastar-se de 0,25 m a 0,32 m do início do declive, conforme a Figura 14. Rampas com i < 5 % não precisam ser sinalizadas
2.74	NBR 16537/16	6.4.4	Difícil	Orientação	Existe afastamento entre a sinalização tátil e o início da rampa?	NÃO AVALIADO	Na base não pode haver afastamento entre a sinalização tátil e o início do declive.
2.75	NBR 16537/16	6.4.4	Difícil	Orientação	Esta sinalização tem a largura mínima de 0,25 m?	NÃO AVALIADO	A sinalização tátil de alerta deve medir entre 0,25 m e 0,60 m na base e no topo de rampas, com inclinação i > 5 %.
CORRIMÕES E GUARDA-CORPOS DA RAMPA							
2.76	NBR 9077/01	4.6.2.7	Difícil	Uso	Há corrimão na rampa?	SIM	Todas as rampas devem ser dotadas de corrimão, (NBR 9077/00, item 4.6.2.7)
2.77	NBR 9077/01	4.6.2.7	Difícil	Uso	Os corrimãos estão instalados em ambos os lados da rampa?	SIM	Os corrimãos devem estar instalados em ambos os lados da rampa. (NBR 9077/00, item 4.6.2.7)

2.78	NBR 9050/15	6.6.2.6	Dificulta	Uso	Nos dois lados estes corrimãos possuem duas alturas	SIM	Toda rampa deve possuir corrimão de duas alturas em cada lado.
2.79	NBR 9050/15	6.9.1	Dificulta	Uso	Os corrimãos são rígidos e estão firmemente fixados, apresentando condições seguras para sua utilização?	SIM	Os corrimãos podem ser acoplados aos guarda-corpos e devem ser construídos com materiais rígidos. Devem ser firmemente fixados às paredes ou às barras de suporte, garantindo condições seguras de utilização.
2.80	NBR 9050/15	6.9.2.1	Dificulta	Uso	Os corrimãos laterais estão instalados a 70 cm e 92 cm do piso, medidos da geratriz superior?	SIM	Os corrimãos devem ser instalados em rampas e escadas, em ambos os lados, a 0,92 m e a 0,70 m do piso, medidos da face superior até o ponto central do piso do degrau (no caso de escadas) ou do patamar (no caso de rampas), conf. Fig. 76.
2.81	NBR 9050/15	4.5.5	Dificulta	Uso	O espaço livre entre a parede e o corrimão é de no mínimo 4 cm?	SIM	Objetos como corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem estar afastados no mínimo 40 mm da parede ou outro obstáculo.
2.82	NBR 9050/15	4.5.5	Dificulta	Uso	Os corrimãos possuem largura (seção ou diâmetro) entre 3 e 4,5 cm?	SIM	Corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem ter seção circular com diâmetro entre 30 mm e 45 mm, ou seção elíptica, desde que a dimensão maior seja de 45 mm e a menor de 30 mm. São admitidos outros formatos de seção, desde que sua parte superior atenda às condições desta subseção. Garantir um arco da seção do corrimão de 270°.
2.83	NBR 9050/15	6.9.2.2	Dificulta	Uso	Os corrimãos possuem prolongamento de no mínimo 30 cm antes do início e após o término da rampa?	SIM	Os corrimãos devem prolongar-se paralelamente ao patamar, pelo menos por 0,30 m nas extremidades, sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão, conforme Figura 76.
2.84	NBR 9050/15	6.9.2.2	Dificulta	Uso	Os corrimãos são contínuos ao longo de toda a rampa, sem interrupção nos patamares?	SIM	Os corrimãos laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas e rampas.
2.85	NBR 9050/15	6.9.2.3	Dificulta	Uso	As extremidades dos corrimãos são recurvadas e estão fixados ou justapostas à parede ou ao piso?	SIM	As extremidades dos corrimãos devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou piso, ou ainda ter desenho contínuo, sem prouberâncias.

2.86	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Orientação	Existe no corrimão uma identificação de pavimento, em Braille?	NÃO	Os corrimãos de escadas fixas e rampas devem ter sinalização tátil (caracteres em relevo e em Braille), identificando o pavimento. Ver figura 60 B
2.87	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Orientação	Esta sinalização está instalada no corrimão?	NÃO AVALIADO	Essa sinalização deve ser instalada na geratriz superior do prolongamento horizontal do corrimão, conf. Fig. 60 A.
2.88	NBR 9050/15	5.4.3	Difícultade	Comunicação	Caso a sinalização esteja na parede, a mesma está na altura de 1,20 m?	NÃO AVALIADO	Na parede a sinalização deve ser visual e, opcionalmente, tátil, conforme Figura 60 a. Alternativamente, estas sinalizações podem ser instaladas nas paredes laterais.
2.89	NBR 9077/01	4.8.1.2	Difícultade	Uso	O guarda-corpo possui altura de 1,05 m?	SIM	A altura das guardas, internamente, deve ser, no mínimo, de 1,05 m ao longo dos patamares, corredores, mezaninos, e outros (ver Figura 15), podendo ser reduzida para até 92 cm nas escadas internas, quando medida verticalmente do topo da guarda a uma linha que una as pontas dos bocéis ou quinas dos degraus. Ver figura 15
2.90	NBR 9077/01	4.8.1.4	Difícultade	Uso	O guarda-corpo possui longarinas ou balaústres?	NÃO	Todos os corrimãos devem possuir balaústres verticais. (NBR 9077/00, item 4.8.1.4, inciso a)
	NBR 9077/01	4.8.1.4	Difícultade	Uso	As longarinas e balaústres do guarda-corpo possuem afastamento mínimo de 15 cm entre eles?	NÃO AVALIADO	O espaçamento máximo entre os balaústres do guarda corpo é de 15 cm. (NBR 9077/00, item 4.8.1.4, inciso a.)
PORTA DE ENTRADA							
2.92	X	X	Difícultade	Comunicação	É fácil identificar a porta de entrada do Centro de Saúde?	SIM	A porta de entrada do Centro de Saúde deve ser fácil de ser identificada.
2.93	X	X	Impede	Comunicação	Quando o portão está fechado, existe campainha ou interfone?	NÃO	Deve ser previsto comunicação no caso da porta estar fechada

2.94	NBR 9050/15	4.6.9	Impede	Uso	Existindo campainha ou interfone está acessível a pessoas em cadeira de rodas e crianças menores de acordo com as alturas recomendadas?	NÃO AVALIADO	A altura da campainha ou interfone deve ser acessível a pessoas em cadeira de rodas e crianças menores, cumprindo com as recomendações da tabela 22 da mesma norma. Ver figura 22
2.95	X	X	Difícil	Comunicação	Quando o acesso ao edifício é feito através de videofones e/ou interfones, existe algum tipo de tecnologia assistiva para comunicação do surdo e/ou mudo para acesso ao edifício?	NÃO AVALIADO	Deve existir tecnologia assistiva para a comunicação do surdo e/ou mudo no acesso ao edifício quando este é feito através de interfones e videofones.
2.96	NBR 9050/15	6.2.7	Difícil	Deslocamento	Na existência de catracas ou portas giratórias de controle aos ambientes, há acesso alternativo e cadeirantes, obesos ou pessoas com mobilidade reduzida?	NÃO AVALIADO	Quando existir porta giratória, deve ser prevista, junto a esta, outra entrada que garanta condições de acessibilidade. Portas giratórias devem ser evitadas, mas quando forem instaladas, as dimensões entre as pás devem ser compatíveis com as medidas necessárias para o deslocamento de uma pessoa em cadeira de rodas e devem ainda ser dotadas de sistema de segurança para rebatimento das pás em caso de sinistro.
2.97	X	X	Difícil	Comunicação	Na existência de acesso alternativo, há campainha ou outro meio (visor) para solicitar a abertura da porta?	NÃO	Na existência de acesso alternativo, deve haver campainha ou outro meio para solicitar a abertura das portas.
2.98	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impede	Deslocamento	O vão (espaço livre de passagem pela abertura) da portas tem no mínimo 80 cm?	SIM	As portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura.
2.99	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As maçanetas das portas estão entre 0,8 m e 1,10 m de altura em relação ao piso?	SIM	As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavercia, instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m.
2.100	NBR 9050/15	6.2.1	Difícil	Orientação	A entrada do edifício está totalmente acessível?	SIM	Nas edificações e equipamentos urbanos, todas as entradas, bem como as rotas de interligação as funções do edifício, devem ser acessíveis.

2.94	NBR 9050/15	4.6.9	Impedia	Uso	Existindo campainha ou interfone está acessível a pessoas em cadeira de rodas e crianças menores de acordo com as alturas recomendadas?	NÃO AVALIADO	A altura da campainha ou interfone deve ser acessível a pessoas em cadeira de rodas e crianças menores, cumprindo com as recomendações da tabela 22 da mesma norma. Ver figura 22
2.95	X	X	Dificulta	Comunicação	Quando o acesso ao edifício é feito através de videofores e/ou interfones, existe algum tipo de tecnologia assistiva para comunicação do surdo e/ou mudo para acesso ao edifício?	NÃO AVALIADO	Deve existir tecnologia assistiva para a comunicação do surdo e/ou mudo no acesso ao edifício quando este é feito através de interfones e videofores.
2.96	NBR 9050/15	5.2.7	Dificulta	Deslocamento	Na existência de catracas ou portas giratórias de controle aos ambientes, há acesso alternativo a cadeirantes, obesos ou pessoas com mobilidade reduzida?	NÃO AVALIADO	Quando existir porta giratória, deve ser prevista, junto a esta, outra entrada que garanta condições de acessibilidade. Portas giratórias devem ser evitadas, mas quando forem instaladas, as dimensões entre as pás devem ser compatíveis com as medidas necessárias para o deslocamento de uma pessoa em cadeira de rodas e devem ainda ser dotadas de sistema de segurança para rebatimento das pás em caso de sinistro.
2.97	X	X	Dificulta	Comunicação	Na existência de acesso alternativo, há campainha ou outro meio (visor) para solicitar a abertura da porta?	NÃO	Na existência de acesso alternativo, deve haver campainha ou outro meio para solicitar a abertura das portas.
2.98	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impedia	Deslocamento	O vão (espaço livre de passagem pela abertura) da portas têm no mínimo 80 cm?	SIM	As portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura.
2.99	NBR 9050/15	6.11.2.6	Dificulta	Uso	As maçanetas das portas estão entre 0,8 m e 1,10 m de altura em relação ao piso?	SIM	As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m.
2.100	NBR 9050/15	5.2.1	Dificulta	Orientação	A entrada do edifício está totalmente acessível?	SIM	Nas edificações e equipamentos urbanos, todas as entradas, bem como as rotas de interligação às funções do edifício, devem ser acessíveis.

ELEVADORES									
2.101	NBR 313/07	5.3.1	Impede	Deslocamento	Os elevadores destinados à pessoas portadoras de deficiência possuem acesso livre com as portas totalmente abertas conforme os requisitos da tabela 1 da NBR NM 313?	SIM		Qualquer cabina com entradas adjacentes deve ter largura e profundidade apropriadas para manobrar uma cadeira de rodas para o tipo de elevador. Ver tabela 1	
2.102	X	X	Difícil	Orientação	Os elevadores podem ser identificados visualmente ou por informação adicional (placas indicativas) desde a porta de acesso ao edifício?	NÃO		Os elevadores devem ser facilmente identificados visualmente ou por informação adicional (placas indicativas) desde a porta de acesso ao edifício. Ver figura 68	
2.103	X	X	Difícil	Orientação	Há algum tipo de sinalização tátil (mapa tátil, piso guia) que permita a identificação do local dos elevadores para pessoas com restrição visual?	NÃO		Deve haver sinalização tátil (mapa tátil, piso guia) que permita a identificação do local dos elevadores para pessoas com restrição visual.	
2.104	NBR 313/07	5.2.2	Difícil	Deslocamento	Os elevadores possuem acesso seguro e livre de obstáculos nas áreas do piso do pavimento em frente a porta do elevador?	SIM		Exige-se acesso seguro e livre de obstáculos nos pisos de pavimento, nas áreas em frente à porta do elevador.	
2.105	NBR 313/07	5.3.2.3	Difícil	Deslocamento	Há dispositivo instalado que permita ao usuário de cadeira de rodas observar obstáculos quando se mover para trás ao sair do elevador?	NÃO AVALIADO		Deve ser instalado um dispositivo que permita ao usuário de cadeira de rodas observar obstáculos quando mover-se para trás ao sair do elevador. (Item 5.2.3)	
2.106	NBR 313/07	5.3.3.2	Difícil	Uso	A folga (distância horizontal) entre a borda da soleira da plataforma da cabina e a borda de qualquer soleira do pavimento é de no máximo 30 mm (3 cm)?	NÃO AVALIADO		A distância horizontal entre a soleira do elevador e a soleira do pavimento não deve exceder 30 mm quando o elevador estiver parado com as portas abertas em qualquer pavimento.	
2.107	NBR 313/07	Tabela 1	Impede	Deslocamento	A porta do elevador tem vão mínimo de 80 cm?	SIM		A porta do elevador deve ter um vão de no mínimo 80 cm. (Ver Tabela 1)	

2.108	NBR 313/07	5.2.3.	Dificulta	Uso	A porta do elevador possui sistema de controle?	NÃO AVALIADO		O sistema de controle deve possibilitar que o tempo de porta aberta seja ajustável entre 2 s e 20 s. Serão instalados recursos para reduzir esse tempo, por exemplo, usando-se um botão de fechamento da porta da cabina. Para permitir aos usuários entrar no elevador e dele sair sem empurrões, o tempo de porta aberta deve ser inicialmente ajustado para 5 s.
2.109	NBR 313/07	5.2.3.	Dificulta	Uso	O tempo de porta aberta é ajustado em 5 s?	NÃO AVALIADO		O sistema de controle deve possibilitar que o tempo de porta aberta seja ajustável entre 2 s e 20 s.
2.110	NBR 313/07	5.2.3.	Dificulta	Uso	O sistema de controle possibilita o tempo de porta aberta seja ajustável entre 2 s e 20 s?	NÃO AVALIADO		O sistema de controle deve possibilitar que o tempo de porta aberta seja ajustável entre 2 s e 20 s.
2.111	NBR 313/07	Tabela 2 N-O	Impede	Uso	Os botões de chamada do pavimento estão a uma altura entre 90 cm e 1,10 m (altura entre o nível do piso acabado e a linha de centro do botão mais baixo e mais alto, respectivamente)?	SIM		Os botões de chamada do pavimento devem estar a uma altura entre 90 cm e 1,10 m, altura entre o nível do piso acabado e a linha de centro do botão mais baixo e mais alto.
2.112	NBR 313/07	Tabela 2 F-G	Dificulta	Orientação	Os botões são providos de indicação visual e sonora para cada ativação, mesmo que a chamada já esteja registrada?	NÃO AVALIADO		Os botões devem ser providos de indicação visual e sonora para cada ativação, mesmo que a chamada já esteja registrada. (Observar Tabela 2, f) e g).
2.113	NBR 313/07	5.4.3.2	Dificulta	Orientação	No pavimento, acima ou perto das portas, há indicador de sentido luminoso em posição visível que informe o sentido da viagem?	NÃO		Antes de entrar na cabina, o sistema de controle estabelece o próximo sentido de viagem, um indicador de sentido luminoso deve ser colocado acima ou perto das portas, em posição visível e indicar o sentido da viagem.
2.114	NBR 313/07	5.4.3.2	Dificulta	Orientação	Há sinal para diferenciação do sentido - um som para subir e dois sons para descer?	NÃO		Um sinal audível deve acompanhar a iluminação dos indicadores luminosos.
2.115	NBR 313/07	5.4.3.2	Impede	Comunicação	O número do pavimento selecionado é confirmado com um sinal visível e audível?	NÃO AVALIADO		Um sinal audível deve acompanhar a iluminação dos indicadores. Os sinais audíveis devem usar sons diferentes para subir e descer: um som para subir; dois sons para descer.

2.116	NBR 313/07	5.4.3.2	Difícult	Uso	O identificador de sentido luminoso está localizado entre 1,80 m e 2,50 m acima do piso e com ângulo de visão mínimo de 140° e com setas de altura de, no mínimo, 40 mm?	NÃO AVALIADO	Este indicador de sentido luminoso deve estar localizado entre 1,80 m e 2,50 m acima do piso e com ângulo de visão de 140° como mínimo. A altura das setas deve ser de, no mínimo, 40 mm.
2.117	NBR 313/07	Tabela 1	Difícult	Uso	A dimensão mínima da cabina do elevador é de 1,10 m entre os painéis laterais e de 1,40 m entre os painéis frontal e o de fundo?	NÃO AVALIADO	A dimensão mínima da cabina do elevador deve ser 1,10 m entre os painéis laterais e 1,40 m entre os painéis frontal e o de fundo. (Ver Tabela 1)
2.118	NBR 313/07	5.4.2.3	Difícult	Uso	A botoeira do interior da cabina localiza-se em parede lateral, e do lado direito da entrada da cabina para elevadores de porta com abertura central?	NÃO AVALIADO	A(s) botoeira(s) de cabina deve(m) ser localizada(s) do lado direito da entrada da cabina, em portas de abertura central.
2.119	NBR 313/07	5.4.2.3	Difícult	Uso	A botoeira do interior da cabina localiza-se em parede lateral e do lado do fechamento para elevadores de porta com abertura lateral?	NÃO AVALIADO	Em portas de abertura lateral a(s) botoeira(s) de cabina deve(m) ser no lado de fechamento.
2.120	NBR 313/07	Tabela 2-C	Difícult	Uso	E possível identificar visualmente e pelo toque a parte ativa dos botões a partir da placa ou superfície adjacente?	NÃO AVALIADO	Deve ser possível identificar visualmente e pelo toque a parte ativa dos botões a partir da placa ou superfície adjacente. (Observar Tabela 2 c).
2.121	NBR 313/07	Tabela 2-d	Difícult	Uso	A cor da placa onde se encontra o botão contrasta com a superfície adjacente?	NÃO AVALIADO	A cor da placa onde se encontra o botão deve contrastar com a superfície adjacente. (Observar Tabela 2 d).
2.122	NBR 313/07	Tabela 2-j	Difícult	Uso	A altura dos símbolos em relevo nos botões da botoeira (pavimento e cabina) estão entre 15 mm a 40 mm (1,5 cm a 4,0 cm)?	NÃO AVALIADO	A altura dos símbolos em relevo nos botões da botoeira (pavimento e cabina) deve estar entre 15 mm a 40 mm. (Observar Tabela 2 j)

2.123	NBR 313/07	Tabela 2-R	Difículta	Orientação	Ao lado esquerdo da parte abva de cada botão de comando ou sobre ela, na botoeira da cabina, há marcação em Braille correspondente e com dimensões de 7,4 mm x 4,7 mm para cada célula?	NÃO AVALIADO	Ao lado esquerdo da parte ativa de cada botão de comando ou sobre ela, na botoeira da cabina, deve haver marcação em Braille correspondente e com dimensões de 7,4 mm x 4,7 mm para cada célula. (Observar Tabela 2 r)
2.124	NBR 313/07	Tabela 2-N	Difículta	Uso	A linha de centro do botão de comando mais baixo do painel da cabina está a uma altura mínima de 90 cm em relação ao piso?	NÃO AVALIADO	A linha de centro do botão de comando mais baixo do painel da cabina deve estar a uma altura mínima de 90 cm em relação ao piso. (Observar Tabela 2 n)
2.125	NBR 313/07	Tabela 2-O	Impede	Uso	A linha de centro do botão de comando mais alto do painel da cabina está a uma altura máxima de 1,30 m em relação ao piso da cabina?	NÃO AVALIADO	A linha de centro do botão de comando mais alto do painel da cabina deve estar a uma altura máxima de 1,30 m em relação ao piso da cabina. (Observar Tabela 2 o)
2.126	NBR 313/07	5.4.2.2	Difículta	Comunicação	Os botões de alarme e de reabertura/fechamento da porta são localizados abaixo dos botões de chamada? (Botoeira da cabina)	NÃO AVALIADO	Os botões de alarme e de reabertura/fechamento da porta devem ser localizados abaixo dos botões de chamada.
2.127	NBR 313/07	5.4.4.1	Difículta	Uso	O indicador (interno) de posição da cabina está localizado dentro ou acima da botoeira da cabina?	NÃO AVALIADO	Um indicador de posição deve ser localizado dentro ou acima da botoeira da cabina.
2.128	NBR 313/07	5.4.4.1	Difículta	Uso	A linha de centro do indicador (interno) está localizada entre 1,60 m e 1,80 m do piso da cabina?	NÃO AVALIADO	A linha de centro do indicador de posição deve ser colocada entre 1,60 m e 1,80 m do piso da cabina.
2.129	NBR 313/07	5.4.4.1	Difículta	Uso	A altura dos números dos pavimentos deste indicador possui no mínimo 30 mm e os números possuem cor contrastante com as áreas adjacentes?	SIM	A altura dos números dos pavimentos deve ter, no mínimo, 30 mm e os números devem ter cor contrastante com a das áreas adjacentes. Indicadores adicionais, se existentes, podem ser colocados em qualquer posição.

2.130	NBR 313/07	5.4.4.2	Difículta	Comunicação	Quando a cabina para, há uma voz que indique a sua posição em idioma local?	NÃO AVALIADO	Quando a cabina para, uma voz deve indicar a posição da cabina no idioma local. O sinal audível deve ter um nível sonoro entre 35 dB(A) e 65 dB(A), ajustável para se adequar às condições do local.
2.131	X	X	Difículta	Comunicação	Existe algum tipo de tecnologia assistiva para a comunicação do surdo ou do mudo no elevador?	NÃO AVALIADO	Deve existir algum tipo de tecnologia assistiva para a comunicação do surdo ou do mudo no elevador.
2.132	NBR 313/07	5.3.2.1	Difículta	Uso	Há corrimãos (barras) afixados nas laterais e no fundo da cabina?	NÃO AVALIADO	Deve-se instalar um corrimão localizado nos painéis laterais e no de fundo.
2.133	NBR 313/07	5.3.2.1	Difículta	Uso	Na existência, sua parte superior está a uma altura entre 875 mm \pm 25 mm do piso acabado e possui contraste com os painéis da cabina?	NÃO AVALIADO	A altura da parte superior do corrimão deve estar entre 875 mm \pm 25 mm do piso acabado e ter contraste com os painéis de cabina.
2.134	NBR 313/07	5.3.2.1	Difículta	Uso	Os corrimãos (barras) fixos têm seção de 30 mm a 45 mm e raio mínimo de 5 mm \pm 1 mm?	NÃO AVALIADO	O corrimão deve ter uma seção transversal entre 30 mm e 45 mm, com raio mínimo de 5 mm \pm 1 mm.
2.135	NBR 313/07	5.3.2.1	Difículta	Uso	O espaço livre entre o painel da cabina e o corrimão é de 40 \pm 2 mm?	NÃO AVALIADO	Deve permitir boa empunhadura, sendo preferencialmente de seção circular, com espaço livre entre o painel da cabina e o corrimão de 40 mm mm.
2.136	NBR 313/07	E 6.3	Difículta	Uso	O revestimento do piso da cabina possui superfície dura e antiderrapante?	NÃO AVALIADO	O revestimento do piso da cabina deve ter superfície dura e antiderrapante. (Item E6.3)
2.137	NBR 9050/15	6.3.7	Difículta	Uso	Na existência de capacho, está embutido no piso de maneira que qualquer saliência não exceda 5 mm?	NÃO AVALIADO	Quando existentes, devem ser firmemente fixados ao piso, embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que eventual desnível não exceda 5 mm.
2.138	NBR 9050/15	6.3.7	Difículta	Uso	Os capachos, quando existentes, estão firmemente fixados?	NÃO AVALIADO	Devem ser firmemente fixados ao piso. As superfícies não podem ter enrugamento e as feixas ou forros não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.

2.139	NBR 313/07	5.4.1.3	Difículta	Orientação	Se um ou mais elevadores do edifício atendem integralmente às exigências de acessibilidade, estes possuem o símbolo internacional de acesso no botão de controle de ativação temporária (botoeira do pavimento)?	NÃO AVALUADO	C botão de controle de ativação temporária deve ser marcado com o símbolo internacional de acesso, conforme norma ISO 7000, símbolo 0100.
2.140	NBR 9050/15	6.10.2. 2-A	Difículta	Uso	Há sinalização tátil e visual informando as instruções de uso, próximo à botoeira?	NÃO	Externa e internamente nos elevadores verticais ou inclinados, deve haver sinalização tátil e visual estabelecida na Seção 5, informando: a) instrução de uso, fixada próximo à botoeira;
2.141	NBR 9050/15	6.10.2. 2-A	Impede	Orientação	Existe indicação de posição de embarque e desembarque?	NÃO	Externa e internamente nos elevadores verticais ou inclinados, deve haver sinalização tátil e visual estabelecida na Seção 5, informando:
2.142	NBR 9050/15	6.10.2. 2-A	Difículta	Orientação	Estão atendidas as indicações de pavimentos nas botoeiras e batentes?	NÃO AVALUADO	Externa e internamente nos elevadores verticais ou inclinados, deve haver sinalização tátil e visual estabelecida na Seção 5, informando: c) indicação dos pavimentos atendidos nas botoeiras e batentes;
2.143	NBR 9050/15	6.10.2. 2-D	Difículta	Comunicação	Há dispositivo de chamada dentro do alcance manual?	NÃO AVALUADO	Externa e internamente nos elevadores verticais ou inclinados, deve haver sinalização tátil e visual estabelecida na Seção 5, informando: d) dispositivo de chamada dentro do alcance manual.
2.144	NBR 9050/15	6.10.2. 3	Difículta	Comunicação	Existe dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos e no equipamento?	NÃO AVALUADO	Em elevadores verticais ou inclinados, deve haver dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos e no equipamento.

2.145	NBR 16.630/1 5	7.6.2	Difícil	Descrição	Existe simulação 3D/4D direcional junto aos elevadores?	Sim	A simulação 3D/4D direcional junto aos elevadores e plataformas de elevação vertical pode levar para um ou mais equipamentos, devendo ser garantida a continuidade ou padronização da simulação nos demais parâmetros.
2.146	NBR 16.630/1 5	7.6.2	Difícil	Descrição	A simulação 3D/4D direcional encontra a simulação 3D/4D de alerta?	Sim	A simulação 3D/4D direcional deve acompanhar a simulação 3D/4D de alerta de elevador ou da plataforma de elevação vertical, conforme 6.7, sendo posicionada no lado onde se encontra a bobina, conforme a Figura 354.

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLANTICO		AVALIADOR:	
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico		DATA AVALIAÇÃO:	
Cidade: Florianópolis SC		NÚMERO PLANILHA	
		03	

RECEPÇÃO

N.	Legislação		Prioridade	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer
	Lei	Artigo						
3.1	NBR 9050/15	6.1.1.1	Impede	Deslocamento	Existe uma rota acessível, possibilitando o acesso às demais áreas internas e externas do edifício?	SIM		As áreas de qualquer espaço ou edificação de uso público ou coletivo devem ser servidas de uma ou mais rotas acessíveis.
3.2	NBR 9050/15	6.1.1.3	Impede	Deslocamento	Existe uma rota de fuga?	SIM		A rota acessível pode coincidir com a rota de fuga.
3.3	NBR 9050/15	5.2.8.1.1	Difícil	Orientação	Há suporte informativo visual (nome, função) no corredor que permita a identificação dos ambientes?	NÃO		A sinalização deve ser localizada de forma a identificar claramente as utilidades disponíveis dos ambientes. Devem ser fixadas onde decisões são tomadas, em uma sequência lógica de orientação, de um ponto de partida ao ponto de chegada. Devem ser repetidas sempre que existir a possibilidade de alterações de direção.
3.4	NBR 9050/15	5.2.8.1.4	Difícil	Orientação	Esta sinalização está acessível para pessoas com cadeira de rodas e deficientes visuais?	NÃO		A sinalização deve estar disposta em locais acessíveis para pessoa em cadeira de rodas, com deficiência visual, entre outros usuários, de tal forma que possa ser compreendida por todos.
3.5	NBR 9050/15	5.2.1	Difícil	Orientação	As sinalizações são legíveis para todos?	NÃO		A sinalização deve ser autoexplicativa, perceptível e legível para todos, inclusive às pessoas com deficiência, e deve ser disposta conforme 5.2.8. Recomenda-se que as informações com textos sejam complementadas com os símbolos apresentados em 5.3.

3.6	NBR 9050/15	5.2.8.1.2	Dificulta	Orientação	Existem placas que identifiquem as sinalizações essenciais?	SIM	Em edificações, os elementos de sinalização essenciais são informações de sanitários, acessos verticais e horizontais, números de pavimentos e rotas de fuga.
3.7	NBR 9050/15	5.2.8.3.1	Dificulta	Orientação	Os textos das placas são legíveis?	SIM	Recomenda-se a combinação de letras maiúsculas e minúsculas (caixas alta e baixa), letras sem serifa, evitando-se, ainda, fontes itálicas, decoradas, manuscritas, com sombras, com aparência tridimensional ou distorcidas.
3.8	X	X	Dificulta	Orientação	Há contraste de cor entre piso, parede e móveis, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão?	NÃO	No ambiente da recepção deve haver contraste de cor entre piso, parede e móveis, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão.
MOBILIÁRIO							
3.9	NBR 9050/15	9.2.1.1	Dificulta	Orientação	O balcão de atendimento pode ser visto a partir da porta de entrada do Centro de Saúde ou existe uma placa que identifique a sua localização?	SIM	Balcões de atendimento acessíveis devem ser facilmente identificados e localizados em rotas acessíveis.
3.10	NBR 9050/15	9.2.1.5	Impede	Uso	Existe um balcão de atendimento com espaço adequado para aproximação e uso de uma pessoa em cadeira de rodas? (Altura livre inferior de 73 cm, profundidade inferior livre de 30 cm e altura máxima do tampo de 90 cm).	SIM	Devem ser asseguradas altura livre sob o tampo de no mínimo 0,73 m e profundidade livre mínima de 0,30 m, de modo que a P.C.R. tenha a possibilidade de avançar sob o balcão.
3.11	NBR 9050/15	9.2.4	Impede	Uso	Este balcão permite um atendente, sendo pessoa com deficiência, exercer a sua função?	SIM	Devem ser garantidas condições de circulação, manobra, aproximação e alcance para pessoas com deficiência na função de atendente, e o mobiliário deve estar de acordo com o disposto em 9.3.1.
3.12	NBR 9050/15	10.10.3	Impede	Uso	No Centro de Saúde existem assentos destinados a Pessoas obesas?	NÃO	Nos postos de saúde, quando houver local para espera com assentos fixos, estes devem atender ao descrito em 8.9 e garantir 5 %, com no mínimo um, de assentos para P.O., conforme 4.7.

3.13	NBR 9050/15	4.7	Difícil	Uso	O assento possui profundidade mínima de 0,47 m e largura mínima de 0,75 m?	NÃO AVALIADO	a) profundidade do assento mínima de 0,47 m e máxima de 0,51 m, medida entre sua parte frontal e o ponto mais frontal do encosto tomado no eixo de simetria; b) largura do assento mínima de 0,75 m, medida entre as bordas laterais no terço mais próximo do encosto. É admissível que o assento para pessoa obesa tenha a largura resultante de dois assentos comuns, desde que seja superior a esta medida de 0,75 m. Ver figura 23
COMUNICAÇÃO VISUAL/TÁTIL/AUDITIVA							
3.14	NBR 9050/15	5.2.7	Difícil	Orientação	As informações essenciais dos espaços estão de acordo com o princípio dos dois sentidos, conforme a tabela 1?	NÃO	As informações essenciais aos espaços nas edificações, no mobiliário e nos equipamentos urbanos devem ser utilizadas de forma visual, sonora ou tátil, de acordo com o princípio dos dois sentidos, e conforme Tabela 1.
3.15	NBR 9050/15	5.2.8.1.1	Difícil	Orientação	Quanto a localização, identifica com clareza os ambientes?	NÃO	A sinalização deve ser localizada de forma a identificar claramente as utilidades disponíveis dos ambientes. Devem ser fixadas onde decisões são tomadas, em uma sequência lógica de orientação, de um ponto de partida ao ponto de chegada.
3.16	NBR 9050/15	5.2.8.2.1	Difícil	Orientação	Sua altura confere clareza de informação?	NÃO	A sinalização deve estar instalada a uma altura que favoreça a legibilidade e clareza da informação, atendendo às pessoas com deficiência sentadas, em pé ou caminhando, respeitando a Seção 4.
3.17	NBR 9050/15	5.2.8.3	Impede	Orientação	Os textos contêm informação em Braille?	NÃO	A redação de textos contendo orientações, instruções de uso de áreas, objetos, equipamentos, regulamentos, normas de conduta e utilização deve: a) ser objetiva; b) quando tátil, conter informações essenciais em alto relevo e em Braille;

3.18	NBR 9050/15	5.2.9.1.2.1	Difícil	Orientação	Existe contraste de fundo e texto, ou símbolo?	SIM	Deve haver contraste, conforme Tabela 2, entre a sinalização visual (texto ou símbolo e fundo) e a superfície sobre a qual ela está fixada, cuidando para que a iluminação do entorno – natural ou artificial – não prejudique a compreensão da informação.
3.19	NBR 9050/15	5.2.9.1.2.2	Difícil	Orientação	Os textos e fundo são confeccionados com materiais brilhantes?	NÃO	Os textos e símbolos, bem como o fundo das peças de sinalização, devem evitar o uso de materiais brilhantes e de alta reflexão, reduzindo o ofuscamento, e devem manter o LRV conforme Tabela 2. A tipografia em Braille não necessita de contraste visual.
3.20	Dec. nº. 5.296/04	Art. 6-VI Art. 26	Impede	Orientação	Na recepção, existe Mapa Tátil que possibilite ao usuário com deficiência visual localizar-se, identificar o local das diferentes atividades e definir os caminhos a seguir, de forma independente?	NÃO	Art. 6 O atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas de que trata o art. 5. VI - sinalização ambiental para orientação das pessoas referidas no art. 5;
3.21	Dec. nº. 5.296/04	Art. 6	Impede	Comunicação	Existe um serviço de atendimento para pessoas com deficiência auditiva, ou surdo/cegas, prestado por pessoas capacitadas – intérpretes de Libras – ou por um equipamento de tecnologia assistiva, como um computador?	NÃO	Nas edificações de uso público ou de uso coletivo, é obrigatória a existência de sinalização visual e tátil para orientação de pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual, em conformidade com as normas técnicas de acessibilidade da ABNT
PORTAS INTERNAS							
3.22	NBR 9050/15	5.11.2.4	Impede	Deslocamento	Todos os vãos (espaço livre de passagem pela abertura) das portas têm no mínimo 80 cm?	SIM	As portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m.
3.23	NBR 9050/15	5.11.2.4	Impede	Deslocamento	Havendo portas de correr ou sanfonada, garante-se o vão de 0,80 m?	SIM	O vão livre de 0,80 m deve ser garantido também no caso de portas de correr e sanfonada, orce as maçanetas impedem seu recolhimento total. Ver figura 83
3.24	NBR 9050/15	5.11.2.6	Difícil	Uso	As maçanetas das portas estão entre 0,9 m e 1,10 m de altura em relação ao piso?	SIM	As portas devem ser instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m

3.25	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As maçanetas das portas são do tipo alavanca?	SIM	As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca
3.26	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As portas possuem revestimento, na parte inferior, para resistir impactos de bengala, cadeira de rodas e muletas?	NÃO	Recomenda-se que as portas tenham, na sua parte inferior, no lado oposto ao lado da abertura da porta, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso. Ver figura 84.
3.27	X	X	Difícil	Orientação	As portas ou seus marcos possuem uma cor contrastante com a da parede, a fim de facilitar sua identificação?	NÃO	As portas ou seus marcos devem ter uma cor contrastante com a da parede, para facilitar sua identificação.
PORTAS EXTERNAS VIDRO							
3.28	NBR 9050/15	6.3.4.1	Difícil	Deslocamento	O desnível máximo nas soleiras das portas é de 0,5 cm de altura?	NÃO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.
3.29	NBR 9050/15	6.3.7	Difícil	Deslocamento	Os capachos, quando existentes, estão firmemente fixados?	NÃO	Devem ser evitados em rotas acessíveis. Quando existentes, devem ser firmemente fixados ao piso.
3.30	NBR 9050/15	6.3.7	Difícil	Deslocamento	Os capachos estão nivelados de maneira que se houver saliência, esta não exceda em 0,5 cm?	NÃO	Devem ser embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que eventual desnível não exceda 5 mm. As superfícies não podem ter enrugamento e as feilpas ou forros não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.
3.31	NBR 9050/15	6.11.2.13	Difícil	Orientação	Existe porta envidraçada em áreas de circulação do Centro de saúde, e estas portas são identificadas e sinalizadas?	SIM	Portas e paredes envidraçadas, localizadas nas áreas de circulação, devem ser claramente identificadas com sinalização visual de forma contínua, para permitir a fácil identificação visual da barreira física. Para isto também devem ser consideradas as diferentes condições de iluminação de ambos os lados das paredes ou portas de vidro.

3.32	NR 9050/15	6.11.2.13-A	Difícil	Orientação	A sinalização é contínua, com faixa de, no mínimo, 50 mm de espessura em uma altura de 0,90 m e 1,00 m do piso?	NÃO	A sinalização deve ser contínua, composta por uma faixa com no mínimo 50 mm de espessura, instalada a uma altura entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso acabado. Esta faixa pode ser substituída por uma composta por elementos gráficos instalados de forma contínua, cobrindo no mínimo a superfície entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso.
3.33	NR 9050/15	6.11.2.13-B	Difícil	Orientação	Estando em rota acessível, há uma faixa de moldura de 50 mm de largura para sinalizá-la?	NÃO	Nas portas das paredes envidraçadas que façam parte de rotas acessíveis, deve haver faixa de sinalização visual emoldurando-as, com dimensão mínima de 50 mm de largura, conforme Figura 86, ou outra forma de evidenciar o local de passagem. Ver figura 86
3.34	NR 9050/15	6.11.2.13-C	Difícil	Orientação	As faixas possuem cores diferentes?	NÃO	Recomenda-se que a faixa tenha duas cores com o mínimo de 30 pontos de contraste de LRV entre elas.
3.35	NR 9050/15	6.11.2.13-D	Difícil	Orientação	Foram aplicadas mais duas faixas recomendadas nas alturas entre 1,30 m e 1,40 m e também outra entre 0,10 m e 0,30 m o piso?	NÃO	Recomenda-se a aplicação de mais duas faixas contínuas com no mínimo 50 mm de altura, uma a ser instalada entre 1,30 m e 1,40 m, e outra entre 0,10 m e 0,30 m, em relação ao piso acabado. Ver figura 86
3.35	NR 16537/16	8.4	Difícil	Orientação	Há necessidade de colocação de pisos táteis sob portas?	NÃO	Quando da instalação de sinalização tátil sob portas ou portões existentes, pode-se optar por: a) adequar a altura das portas e dos portões; b) rebaixar o piso de forma a não interferir na área de abertura das portas ou portões
3.37	NR 9050/15	6.11.2.8	Difícil	Deslocamento	Na existência de porta tipo vaivém, há visor com largura mínima de 20 cm estando sua face inferior situada entre 40 cm e 90 cm do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso?	NÃO AVALIADO	Portas do tipo vaivém devem ter um visor de largura mínima de 20cm tendo sua face inferior situada entre 0,40 m e 0,90 m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso. O visor deve estar localizado no mínimo entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta. Ver figura 85

3.38	NBR 9050/15	5.11.2.11	Impede	Deslocamento	Na existência de portas de correr, a instalação dos trilhos está na sua parte superior?	SIM	Em portas de correr, recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior.
3.39	NBR 9050/15	5.11.2.11	Impede	Deslocamento	Na existência de trilhos na parte inferior da porta de correr, estes estão nivelados com a superfície e possuem largura máxima de 15 mm?	SIM	Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais frestas resultantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 15 mm.
TELEFONES PÚBLICOS							
3.40	NBR 9050/15	8.4.1	Impede	Comunicação	Há telefones públicos?	NÃO	Em locais com cabinas telefônicas, deve haver no mínimo uma que permita o uso por todas as pessoas, inclusive as P.C.R.
3.41	NBR 9050/15	8.4.2-A	Impede	Deslocamento	O telefone acessível considera o Módulo de Referência e permite aproximação frontal?	NÃO AVALIADO	Deve ser garantido um M.R. posicionado para a aproximação frontal ao telefone. O telefone deve ser instalado suspenso, na parede oposta à entrada, conforme Figura 132;
3.42	NBR 9050/15	8.4.2-B	Impede	Deslocamento	O acesso está localizado no lado de menor dimensão em relação ao Módulo de Referência?	NÃO AVALIADO	A entrada deve estar localizada no lado de menor dimensão em relação ao M.R. e deve possuir um vão livre de no mínimo 0,80 m. Quando houver porta de eixo vertical, seu sentido de abertura deve ser para fora. Ver figura 132
3.43	NBR 9050/15	8.4.2-C	Impede	Deslocamento	O piso encontra-se nivelado?	SIM	O piso da cabina deve estar em nível com o piso externo ou, se houver desnível, deve atender ao descrito em 6.3.4;
3.44	NBR 9050/15	8.4.2-D	Impede	Uso	Existe local para apoio de objetos em altura entre 0,75 m e 0,85 m, com altura livre de 0,73 m?	NÃO AVALIADO	Quando existir superfície para apoio de objetos, esta deve ser instalada a uma altura entre 0,75 m e 0,85 m, com altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e com profundidade mínima de 0,30 m.
3.45	NBR 9050/15	8.4.2-A	Impede	Deslocamento	O espaço em frente permite uma cadeira de rodar rotacionar 180º?	NÃO AVALIADO	Espaço em frente à cabina deve permitir rotação de 180º da cadeira de rodas

BEBEDOUROS							
3.46	X	X	Impede	Uso	Há bebedouros no Centro de Saúde?	S/N	Todo o mobiliário utilizado nos ambientes deverão estar em acordo com as Normas de Acessibilidade da ABNT
3.47	NBR 9050/15	8.5.1.1	Dificulta	Uso	A bica do bebedouro permite a utilização de copo?	S/N	A bica deve ser do tipo de jato inclinado, estar localizada no lado frontal do bebedouro, permitir a utilização por meio de copos e ser de fácil higienização
3.48	NBR 9050/15	8.5.1.2	Dificulta	Uso	O bebedouro possui, no mínimo, duas alturas diferentes de bica?	S/N	Deve-se instalar bebedouros com no mínimo duas alturas diferentes de bica, sendo uma de 0,90 m e outra entre 1,00 m e 1,10 m em relação ao piso acabado.
3.49	NBR 9050/15	8.5.1.3	Impede	Uso	O bebedouro possui altura livre inferior de, no mínimo, 73 centímetros do piso para a aproximação de uma cadeira de rodas?	S/N	O bebedouro de altura de bica de 0,90 m deve ter altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso acabado, e deve ser garantido um M.R. para a aproximação frontal.
3.50	NBR 9050/15	8.5.2	Dificulta	Uso	O acionamento de bebedouros tipo garrafão, assim como o manuseio dos copos, estão posicionados numa altura entre 80 cm e 1,20 m do piso?	S/N	O acionamento de bebedouros do tipo garrafão, filtros com obula fotolétrica ou outros modelos, assim como a posição de manuseio dos copos, devem situar-se entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso acabado, e localizados de modo a permitir aproximação lateral da P.C.R.
3.51	X	X	Impede	Uso	O bebedouro pode ser utilizado por crianças pequenas ou pessoas de baixa estatura?	S/N	O bebedouro deve ser acessível a crianças pequenas ou pessoas de baixa estatura.

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO		AVALIADOR:	
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico		DATA AVALIAÇÃO:	
Cidade: Florianópolis SC		NÚMERO PLANILHA	
		04	

CIRCULAÇÃO INTERNA

N.	Legislação		Prioridade	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer
	Lei	Artigo						
4.1	NBR 9050/15	5.11.1 a-b-c-d	Difícil	Uso	Os corredores e passagens têm largura mínima de 90 cm quando sua extensão for de até 4 m, largura de 1,20 m quando sua extensão for de até 10 m e largura de 1,50 m quando sua extensão for superior a 10 m ou quando seu uso for público?	SIM		a) 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m; b) 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00 m; e 1,50 m para corredores com extensão superior a 10,00 m; c) 1,50 m para corredores de uso público, maior que 1,50 m para grandes fluxos de pessoas, conforme aplicação da equação apresentada em 6.12.6.
4.2	X	X	Difícil	Deslocamento	Foram eliminados todos os obstáculos nos corredores e passagens?	NÃO		Recomenda-se que todos os obstáculos do corredor sejam retirados.
4.3	NBR 16.537/16	4.3.3	Difícil	Deslocamento	Os obstáculos existentes possuem alturas menores que 0,60 m e saliências maiores que 0,10 m?	SIM		Mobiliários com altura entre 0,60 m até 2,10 m do piso podem representar riscos para pessoas com deficiências visuais, caso tenham saliências com mais de 0,10 m de profundidade. Ver fig. 6
4.4	NBR 16.537/16	6.8	Difícil	Deslocamento	Há sinalização tátil de alerta nos mobiliários suspensos?	NÃO		Deve haver sinalização tátil de alerta no entorno da projeção de elementos com altura livre entre 0,50 m e 2,10 m, distando 0,60 m do limite da projeção. A largura da sinalização tátil de alerta deve variar entre 0,25 m e 0,60 m, conforme as Figuras 32 a 37.

4.5	NBR 15.537/15	4.3.3	Impede	Deslocamento	O mobiliário, estando na rota acessível, pode ser detectado com bengala longa?	SIM	Quando a impossibilidade de um mobiliário ser instalado fora da rota acessível, ele deve ser projetado com diferença mínima em valor de reflexão da luz (RV) de 30 pontos, em relação ao plano de fundo, conforme definido em 5.2.5.1.1, e ser detectável com bengala longa ou atender ao descrito em 5.4.6.3. Ver figura 6
4.6	x	X	Dificulta	Orientação	Há contraste de cor entre piso, parede e portas, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão?	NÃO	Para facilitar a orientação de pessoas com baixa visão, é necessário que haja contraste de cor entre piso, parede e portas. Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas
4.7	NBR 9050/15	6.3.2	Dificulta	Deslocamento	O piso é regular, plano, sem buracos nem degraus?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ser antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
4.8	NBR 9050/15	6.3.2	Dificulta	Deslocamento	O piso é antiderrapante?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ser antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
4.9	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis, eles são menores que meio centímetro?	NÃO AVALIADO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.
4.10	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis superiores a meio centímetro até um centímetro e meio, existe uma rampa com até 50% de inclinação?	NÃO AVALIADO	Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 (50%), conforme Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7.
4.11	NBR 15.537/15	7.3.2	Dificulta	Orientação	Existe sinalização tátil direcional de piso nas circulações?	NÃO	Em áreas de circulação onde seja necessária a orientação do deslocamento da pessoa com deficiência visual deve haver sinalização tátil no piso, desde a origem até o destino, passando pelas áreas de interesse, de uso ou de serviços.

4.12	NBR 9050/15	5.5.1.1	Difículta	Orientação	Há indicação visual em saídas de emergência?	SIM	A sinalização de emergência deve direcionar o usuário, por meio de sinais para a saída, saída de emergência ou rota de fuga. Devem ser observadas as normas e instruções do corpo de bombeiros, para compatibilização.
4.13	NBR 9050/15	5.2.4.3	Difículta	Orientação	Há sinalização para indicar a rota de fuga e saída de emergência do Centro de Saúde?	SIM	Sinalização utilizada para indicar as rotas de fuga e saídas de emergência das edificações, dos espaços e do ambiente urbano, ou ainda para alertar quando há um perigo, como especificado na ABNT NBR 13434 (todas as partes).
4.14	NBR 9050/15	6.3.8	Difículta	Orientação	Há sinalização tátil direcional de piso indicando direção de saída?	NÃO	A sinalização visual e tátil no piso indica situações de risco e direção. Deve atender ao disposto em 5.4.6 e em normas específicas.
4.15	NBR 9050/15	5.2.9.1.4	Difículta	Comunicação	Existe sinalização visual em forma de pictogramas?	NÃO	Para a sinalização dos ambientes, a altura do símbolo deve ter a proporção de 1/200 da distância de visada, com mínimo de 8 cm.
4.16	NBR 9050/15	5.2.9.1.4 a b-c-d	Difículta	Comunicação	Na existência de pictogramas, estes estão de acordo com a norma?	NÃO AVALIADO	O desenho do símbolo deve atender às seguintes condições: contornos fortes e bem definidos; simplicidade nas formas e poucos detalhes; estabilidade da forma; utilizar símbolos de padrão internacional.
PORTA DA CIRCULAÇÃO							
4.17	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impede	Deslocamento	Todos os vãos (espaço livre de passagem pela abertura) das portas têm no mínimo 80 cm?	SIM	As portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m.
4.18	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impede	Deslocamento	Haverão portas de correr ou sanfonada, garantindo-se o vão de 0,80 m?	SIM	O vão livre de 0,80 m deve ser garantido também no caso de portas de correr e sanfonada, onde as maçanetas impedem seu recolhimento total. Ver figura 83.

4.19	NBR 9050/15	5.11.2.5	Difículta	Uso	As maçanetas das portas estão entre 0,9 m e 1,10 m de altura em relação ao piso?	SIM	As portas devem ser instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m
4.20	NBR 9050/15	5.11.2.5	Difículta	Uso	As maçanetas das portas são do tipo alavanca?	SIM	As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca
4.21	NBR 9050/15	5.11.2.5	Difículta	Uso	As portas possuem revestimento, na parte inferior, para resistir impactos de bengala, cadeira de rodas e muletas?	NÃO	Recomenda-se que as portas tenham, na sua parte inferior, no lado oposto ao lado da abertura da porta, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso. Ver figura 84
4.22	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	O desnível máximo nas soleiras das portas é de 0,5 cm de altura?	NÃO AVALIADO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.
4.23	NBR 9050/15	6.3.7	Difículta	Deslocamento	Os capachos, quando existentes, estão firmemente fixados?	NÃO AVALIADO	Devem ser evitados em rotas acessíveis. Quando existentes, devem ser firmemente fixados ao piso
4.24	NBR 9050/15	6.3.7	Impede	Deslocamento	Os capachos estão nivelados de maneira que se houver saliência, esta não exceda em 0,5 cm?	NÃO AVALIADO	Devem ser, embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que eventual desnível não exceda 5 mm. As superfícies não podem ter enrugamento e as folhas ou ferrões não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.
4.25	X	X	Difículta	Orientação	As portas ou seus marcos possuem uma cor contrastante com a da parede, a fim de facilitar sua identificação?	NÃO	As portas ou seus marcos devem ter uma cor contrastante com a da parede, para facilitar sua identificação.
4.26	NBR 9050/15	5.11.2.13	Difículta	Orientação	Existe porta envidraçada em áreas de circulação do Centro de saúde, e estas portas são identificadas e sinalizadas?	NÃO	Portas e paredes envidraçadas, localizadas nas áreas de circulação, devem ser claramente identificadas com sinalização visual de forma contínua, para permitir a fácil identificação visual da barreira física. Para isto também devem ser consideradas as diferentes condições de iluminação de ambos os lados das paredes ou portas de vidro

4.27	NBR 9050/15	6.11.2 .13 a)	Difícil	Orientação	A sinalização é contínua, com faixa de, no mínimo, 50 mm de espessura em uma altura de 0,90 m e 1,00 m do piso?	NÃO AVALIADO	A sinalização deve ser contínua, composta por uma faixa com no mínimo 50 mm de espessura, instalada a uma altura entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso acabado. Esta faixa pode ser substituída por uma composta por elementos gráficos instalados de forma contínua, cobrindo no mínimo a superfície entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso;
4.28	NBR 9050/15	6.11.2 .13 b)	Difícil	Orientação	Estando em rota acessível, há uma faixa de moldura de 50 mm de largura para sinalizá-la?	NÃO AVALIADO	Nas portas das paredes envidraçadas que façam parte de rotas acessíveis, deve haver faixa de sinalização visual emoldurada, com dimensão mínima de 50 mm de largura, conforme Figura 86, ou outra forma de evidenciar o local de passagem. Ver figura 86
4.29	NBR 9050/15	6.11.2 .13 c)	Difícil	Orientação	As faixas possuem cores diferentes?	NÃO AVALIADO	Recomenda-se que a faixa tenha duas cores com o mínimo de 30 pontos de contraste de LRV entre elas;
4.30	NBR 9050/15	6.11.2 .13 d)	Difícil	Orientação	Foram aplicadas mais duas faixas recomendadas nas alturas entre 1,30 m e 1,40 m e também outra entre 0,10 m e 0,30 m do piso?	NÃO AVALIADO	Recomenda-se a aplicação de mais duas faixas contínuas com no mínimo 50 mm de altura, uma a ser instalada entre 1,30 m e 1,40 m, e outra entre 0,10 m e 0,30 m, em relação ao piso acabado. Ver figura 86
4.31	NBR 16537/15	8.4	Difícil	Orientação	Há necessidade de colocação de pisos táteis sob portas?	NÃO	Quando da instalação de sinalização tátil sob portas ou portões existentes, pode-se optar por: a) adequar à altura das portas e dos portões; b) rebaixar o piso de forma a não interferir na área de abertura das portas ou portões. Ver figuras 78 e 79

4.32	NBR 9050/15	6.11.2.8	Difícil	Deslocamento	Na existência de porta tipo valvém, há visor com largura mínima de 20 cm estando sua face inferior situada entre 40 cm e 90 cm do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso?	NÃO AVALIADO	Portas do tipo valvém devem ter um visor de largura mínima de 20 cm tendo sua face inferior situada entre 0,40 m e 0,90 m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso. O visor deve estar localizado no mínimo entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta. Ver figura 85
4.33	NBR 9050/15	6.11.2.11	Impede	Deslocamento	Na existência de portas de correr, a instalação dos trilhos está na sua parte superior?	NÃO AVALIADO	Em portas de correr, recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior.
4.34	NBR 9050/15	6.11.2.11	Impede	Deslocamento	Na existência de trilhos na parte inferior da porta de correr, estes estão nivelados com a superfície e possuem largura máxima de 15mm?	NÃO AVALIADO	Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais frezas regulantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 15 mm.

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO		AVALIADOR:					
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico		DATA AVALIAÇÃO:					
Cidade: Florianópolis SC		NÚMERO PLANILHA					
		05					
CONSULTÓRIOS							
N.	Legislação		Item a Conferir	Resposta	Observação	Parecer	
	Lei	Artigo					
5.1	NBR 9050/15	6.1.1.1	Impede	Deslocamento	Existe uma rota acessível, possibilitando o acesso às demais áreas internas e externas do edifício?	SIM	As áreas de qualquer espaço ou edificação de uso público ou coletivo devem ser servidas de uma ou mais rotas acessíveis.
5.2	NBR 9050/15	10.10.2	Impede	Deslocamento	Existe pelo menos uma das salas de serviços prestados tais como: consultórios, sala de procedimento, gabinete odontológico, farmácia, acessível e em rota acessível?	SIM	Os ambulatórios, postos de saúde, pronto-socorros, laboratórios de análises clínicas, centros de diagnósticos, entre outros, devem ter pelo menos 10% de sanitários acessíveis, conforme Seção 7. Nos pavimentos onde houver sanitários deve ser garantido no mínimo um sanitário acessível. Pelo menos uma das salas, para cada tipo de serviço prestado, deve ser acessível e estar em rota acessível.
5.3	NBR 9050/15	5.2.8.1.1	Difícil	Orientação	Há suporte informativo visual (nome, função) no corredor que permita a identificação dos ambientes?	SIM	A sinalização deve ser localizada de forma a identificar claramente as utilidades disponíveis dos ambientes. Devem ser fixadas onde decisões são tomadas, em uma sequência lógica de orientação, de um ponto de partida ao ponto de chegada. Devem ser repetidas sempre que existir a possibilidade de alterações de direção.

5.4	NBR 9050/15	5.2.1	Difícil	Orientação	As sinalizações são legíveis para todos?	NÃO	A sinalização deve ser autoexplicativa, perceptível e legível para todos, inclusive às pessoas com deficiência, e deve ser disposta conforme 5.2.8. Recomenda-se que as informações com textos sejam complementadas com os símbolos apresentados em 5.3.
5.5	NBR 9050/15	6.3.2	Difícil	Deslocamento	O piso é regular, plano, sem buracos nem degraus?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas
5.6	X	X	Difícil	Orientação	No ambiente ca sala de procedimentos, consultórios, há contraste de cor entre piso, parede e móveis, que facilite a orientação de pessoas com baixa visão?	SIM	Para facilitar a orientação de pessoas com baixa visão, é necessário que haja contraste de cor entre piso, parede e portas.
5.7	NBR 9050/15	4.3.4-B	Impede	Deslocamento	A sala oferece espaço de 1,50 m x 1,20 m para manobrar, sem deslocamento, uma cadeira de rodas em rotação de 180º?	SIM	As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, conforme a Figura 7, são: para rotação de 180º = 1,50 m x 1,20 m;
5.8	NBR 9050/15	4.3.4-A	Impede	Deslocamento	A sala oferece espaço de 1,20 m x 1,20 m para manobrar, sem deslocamento, uma cadeira de rodas em rotação de 90º?	SIM	As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, conforme a Figura 7, são: a) para rotação de 90º = 1,20 m x 1,20 m;
5.9	NBR 9050/15	4.3.4-C	Impede	Deslocamento	A sala oferece espaço de um diâmetro de 1,50 m para manobrar, sem deslocamento, uma cadeira de rodas em rotação de 360º?	NÃO	As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, conforme a Figura 7, são: para rotação de 360º = círculo com diâmetro de 1,50 m.
5.10	NBR 9050/15	4.3.5	Impede	Deslocamento	A sala oferece espaço de manobra de cadeira de rodas com deslocamento de 90º, conforme a figura 8?	NÃO	Ver figura 8
5.11	NBR 9050/15	4.4.1	Impede	Deslocamento	Nas salas de atendimento há a área mínima de 1,20 m x 0,80 m, equivalente ao Módulo de Referência (M.R.), para a transferência?	SIM	A área de transferência deve ter no mínimo as dimensões do M.R., conforme 4.2.2. Ver figura 3

5.12	NBR 9050/15	4.4.2	Impede	Deslocamento	No local de transferência existem condições de deslocamento, observando-se o M.R.?	SIM	Devem ser garantidas as condições de deslocamento e manobra para o posicionamento do M.R. junto ao local de transferência.
5.13	NBR 9050/15	4.4.3	Difícil	Uso	Sendo a transferência feita para outro assento, mantém-se a semelhança na altura deste com a cadeira de rodas?	NÃO	A altura do assento do local para o qual for feita a transferência deve ser semelhante à do assento da cadeira de rodas.
5.14	NBR 9050/15	4.4.4	Impede	Uso	Existem barras de apoio instaladas nos locais de transferência?	NÃO	Nos locais de transferência, devem ser instaladas barras de apoio, nas situações previstas nas Seções 7 e 10.
PORTAS							
5.15	NBR 9050/15	5.2.8.3.1	Difícil	Orientação	Os textos das placas são legíveis?	SIM	Recomenda-se a combinação de letras maiúsculas e minúsculas (cabas alta e baixa), letras sem serifa, evitando-se, ainda, fontes itálicas, decoradas, manuscritas, com sombras, com aparência tridimensional ou distorcidas.
5.16	X	X	Difícil	Orientação	Há contraste de cor entre piso, parede e móveis, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão?	SIM	No ambiente deve haver contraste de cor entre piso, parede e móveis, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão.
5.17	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impede	Deslocamento	Todos os vãos (espaço livre de passagem pela abertura) das portas têm no mínimo 80 cm?	SIM	As portas, quando abertas, devem ter um vão livre, de no mínimo 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80 m.
5.18	NBR 9050/15	6.11.2.4	Impede	Deslocamento	Havendo portas de correr ou sarfonada, garante-se o vão de 0,80 m?	SIM	O vão livre de 0,80 m deve ser garantido também no caso de portas de correr e sarfonada, onde as maçanetas impedem seu recolhimento total. Ver figura 83
5.19	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As maçanetas das portas estão entre 0,9 m e 1,10 m de altura em relação ao piso?	SIM	As portas devem ser instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m

5.20	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As maçanetas das portas são do tipo alavanca?	SIM	As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca
5.21	NBR 9050/15	6.11.2.6	Difícil	Uso	As portas possuem revestimento, na parte inferior, para resistir impactos de bengalia, cadeira de rodas e muletas?	NÃO	Recomenda-se que as portas tenham, na sua parte inferior, no lado oposto ao lado da abertura da porta, revestimento resistente a impactos provocados por bengalias, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso. Ver figura B4
5.22	NBR 9050/15	5.4.1	Impede	Orientação	Há informação visual associada a sinalização visual, tátil ou sonora na porta?	NÃO	Portas e passagens devem possuir informação visual, associada a sinalização tátil ou sonora, conforme Tabela1
5.23	NBR 9050/15	5.4.1	Difícil	Orientação	As portas são sinalizadas com números e/ou letras e/ou pictogramas e ter sinais com texto em relevo, incluindo Braille?	NÃO	Devem ser sinalizadas com números e/ou letras e/ou pictogramas e ter sinais com texto em relevo, incluindo Braille.
5.24	NBR 9050/15	5.4.1-A	Difícil	Orientação	A faixa de alcance acessível está localizada entre 1,20 m e 1,60 m de altura?	NÃO	A sinalização deve estar localizada na faixa de alcance entre 1,20 m e 1,60 m em plano vertical, conforme Figura 55.
5.25	NBR 9050/15	5.4.1-A	Difícil	Orientação	Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, encontra-se ao lado da maçaneta	NÃO	Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, deve estar na parede ao lado da maçaneta em plano inclinado entre 15° e 30° da linha horizontal e atender ao descrito em 5.4.6.5, quando exceder 0,10 m.
5.26	NBR 9050/15	5.4.1-B	Difícil	Orientação	A sinalização nas portas está centralizada?	SIM	A sinalização, quando instalada nas portas, deve ser centralizada. Ver figura 59
5.27	NBR 9050/15	5.4.1-B	Difícil	Orientação	As portas contêm informação tátil?	NÃO	Não pode conter informações táteis.
5.28	NBR 9050/15	5.4.1-B	Difícil	Comunicação	a informação tátil ou sonora está localizada na parede adjacente ou no batente?	NÃO	Para complementar a informação instalada na porta, deve existir informação tátil ou sonora, na parede adjacente a ela ou no batente, conforme a Figura 59
5.29	NBR 9050/15	5.4.1-C	Difícil	Uso	Existem portas duplas, com maçaneta central, a sinalização está ao lado da porta direita?	NÃO AVALIADO	Em portas duplas, com maçaneta central, instalar ao lado da porta direita.

5.30	NBR 9050/15	5.4.1 -D	Difícil	Orientação	Nas passagens a sinalização está localizada na parede adjacente?	NÃO	Nas passagens a sinalização deve ser instalada na parede adjacente, conforme a Figura 59
5.31	NBR 9050/15	5.4.1 -E	Difícil	Uso	A sinalização contém cantos vivos e arestas cortantes que possam agredir os usuários?	NÃO AVALIADO	Os elementos de sinalização devem ter formas que não agredem os usuários, evitando cantos vivos e arestas cortantes
5.32	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	O desnível máximo nas soleiras das portas é de 0,5 cm de altura?	NÃO AVALIADO	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.
5.33	NBR 9050/15	6.3.7	Difícil	Deslocamento	Os capachos, quando existentes, estão firmemente fixados?	NÃO AVALIADO	Devem ser evitados em rotas acessíveis. Quando existentes, devem ser firmemente fixados ao piso
5.34	NBR 9050/15	6.3.7	Impede	Deslocamento	Os capachos estão nivelados de maneira que se houver saliência, esta não exceda em 0,5 cm?	NÃO AVALIADO	Devem ser embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que eventual desnível não exceda 5 mm. As superfícies não podem ter enrugamento e as felpas ou forros não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.
5.35	NBR 16537/16	8.4	Difícil	Orientação	Há necessidade de colocação de pisos táteis sob portas?	NÃO	Quando da instalação de sinalização tátil sob portas ou portões existentes, pode-se optar por: a) adequar a altura das portas e dos portões; b) rebaixar o piso de forma a não interferir na área de abertura das portas ou portões. Ver figuras 78 E 79
5.36	NBR 9050/15	6.11.2.8	Difícil	Deslocamento	Na existência de porta tipo vaivém, há visor com largura mínima de 20 cm estando sua face inferior situada entre 40 cm e 90 cm do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso?	NÃO AVALIADO	Portas do tipo vaivém devem ter um visor de largura mínima de 20 cm tendo sua face inferior situada entre 0,40 m e 0,90 m do piso, e a face superior no mínimo a 1,50 m do piso. O visor deve estar localizado no mínimo entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta. Ver figura 85

5.37	MBR 9050/15	6.11. 2.11	Impede	Deslocamento	Na instalação de portas de correr, a instalação dos trilhos está na sua parte superior?	MBR 9050/15	Em portas de correr, recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior.
5.38	MBR 9050/15	6.11. 2.11	Impede	Deslocamento	Na instalação de trilhos na parte inferior de portas de correr, estas estão niveladas com a superfície e possuem barga para máxima	MBR 9050/15	Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais fendas resultantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 1,5 mm.
5.39	K	K	Difícil	Orientação	As portas ou seus marcos possuem uma contraste com a da parede, a fim de facilitar sua identificação?	MBR 9050/15	As portas ou seus marcos devem ter uma cor contrastante com a da parede, para facilitar sua identificação.

Nome: CENTRO DE SAÚDE JARDIM ATLÂNTICO							AVALIADOR:	
Endereço: Rua Aleixo Alves de Souza, Jardim Atlântico							DATA AVALIAÇÃO:	
Cidade: Florianópolis SC							NÚMERO PLANILHA	
SANITÁRIOS							06	
N.	Legislação Lei	Artigo	Prioridade	Componente	Itens a Conferir	Resposta	Observação	Parecer
6.1	NBR 905C/15	7.3.1	Difícil	Uso	Os sanitários do Centro de Saúde estão localizados em rotas acessíveis, próximo da circulação principal?	SIM		Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem localizar-se em rotas acessíveis, próximas à circulação principal, próximas ou integradas às demais instalações sanitárias, evitando estar em locais isolados para situações de emergências ou auxílio, e devem ser devidamente sinalizados conforme Seção 5.
6.2	NBR 905C/15	7.3.2	Difícil	Deslocamento	Os sanitários estão a uma distância menor de 50 m de qualquer ponto da edificação?	SIM		Recomenda-se que a distância máxima a ser percorrida de qualquer ponto da edificação até o sanitário ou banheiro acessível seja de até 50 m.
6.3	NBR 905C/15	7.4.2	Impede	Uso	Há ao menos um sanitário acessível com entrada independente e que possibilite a pessoa com deficiência ser acompanhada por uma pessoa do sexo oposto?	SIM		Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem possuir entrada independente, de modo a possibilitar que a pessoa com deficiência possa utilizar a instalação sanitária acompanhada de uma pessoa do sexo oposto.
6.4	NBR 905C/15	7.4.2.2	Impede	Comunicação	Neste sanitário acessível existe dispositivo de sinalização de emergência?	NÃO		Devem ser instalados dispositivos de sinalização de emergência em sanitários, banheiros e vestiários acessíveis, atendendo ao disposto em 5.6.4.1.

6.5	NBR 9050/15	5.6.4.1	Impede de 15 mm?	Uso	O dispositivo encontra-se próximo à bacia, sendo possível seu acionamento por uma pessoa sentada?	NÃO AVALIADO	Deve ser instalado dispositivo de alarme de emergência próximo à bacia, no boxe do chuveiro e na banheira para acionamento por uma pessoa sentada ou em caso de queda nos sanitários, banheiros e vestiários acessíveis. Ver figura 67
6.6	NBR 9050/15	5.6.4.1	Impede	Uso	A altura de instalação do dispositivo está a 0,40 m do piso acabado?	NÃO AVALIADO	A altura de instalação deve ser de 40 cm do piso. Ver figura 67
6.7	NBR 9050/15	5.6.4.1	Difículta	Orientação	Há contraste de cor do aparelho com a cor da parede?	NÃO AVALIADO	Os dispositivos devem atender ao descrito no item 4.6.7 e ter cor que contraste com a parede
6.8	NBR 9050/15	7.4.3	Difículta	Uso	O centro de Saúde existente, edificação de uso público, atende ao número mínimo de uma sanitário acessível com entrada independente por pavimento?	SIM	Um por pavimento, onde houver ou onde a legislação obrigar a ter sanitários. Ver tabela 9
6.9	NBR 9050/15	7.4.4	Difículta	Uso	Há nos conjuntos de sanitários ao menos uma bacia infantil para uso de pessoas com baixa estatura e crianças?	NÃO	Recomenda-se que nos conjuntos de sanitários seja instalada uma bacia infantil para uso de pessoas com baixa estatura e de crianças.
6.10	NBR 9050/15	7.4.5	Difículta	Uso	Foi respeitado o mínimo de 5% do total de cada peça acessível, respeitando-se o número mínimo de uma de cada?	NÃO	Banheiros e vestiários devem ter no mínimo 5% do total de cada peça instalada acessível, respeitada no mínimo uma de cada.
6.11	NBR 9050/15	7.4.5	Difículta	Uso	No caso de haverem sanitários divididos por sexo, as peças foram consideradas em separado?	NÃO	Quando houver divisão por sexo, as peças devem ser consideradas separadamente para efeito de cálculo
6.12	NBR 9050/15	7.5-A	Impede	Uso	O posicionamento das peças no sanitário acessível permite a circulação e giro de 360º?	SIM	As dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível devem garantir o posicionamento das peças sanitárias e os seguintes parâmetros de acessibilidade:
6.13	NBR 9050/15	7.5-B	Impede	Uso	Permite área para transferência lateral, perpendicular e diagonal?	SIM	Área necessária para garantir a transferência lateral, perpendicular e diagonal para a bacia sanitária, conforme Figuras 97 a) e 102;

6.14	NBR 9052/15	7.5-C	Difícil	Uso	Há necessidade de utilizar-se o máximo de 0,10 sob a bacia e 0,30 m sob o lavatório como área de manobra?	NÃO	A área de manobra pode utilizar no máximo 0,10 m sob a bacia sanitária e 0,30 m sob o lavatório, conforme Figuras 97 b) e 99;
6.15	NBR 9052/15	7.5-D	Difícil	Uso	O lavatório é sem coluna?	SIM	Deve ser instalado lavatório sem coluna ou com coluna suspensa ou lavatório sobre tempo. Ver figura 98
6.16	NBR 9052/15	7.5-D	Difícil	Uso	Está localizado em local que não interfira na área de transferência da bacia sanitária?	SIM	Dentro do sanitário ou boxe acessível, em local que não interfira na área de transferência para a bacia sanitária, podendo sua área de aproximação ser sobreposta à área de manobra.
6.17	NBR 9052/15	7.5-E	Difícil	Uso	Quando não for lavatório infantil, a superfície superior está na altura máxima de 0,80 m e sua altura frontal garante a aproximação frontal na superfície inferior?	SIM	Os lavatórios devem garantir altura frontal livre na superfície inferior, conforme Figura 98, e na superfície superior de no máximo 0,80 m, exceto a infantil. Ver figura 98
6.18	NBR 9052/15	7.5-F	Difícil	Deslocamento	A porta é do tipo eixo vertical e abre para o exterior do sanitário?	SIM	Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, deve abrir para o lado externo do sanitário ou box. Ver figura 84
6.19	NBR 9052/15	7.5-F	Difícil	Uso	Possui puxador interno horizontal, medindo no mínimo 0,40 m de comprimento, afastamento máximo de 40 mm e diâmetro entre 25 mm e 35 mm?	NÃO	Possuir um puxador horizontal no lado interno do ambiente, medindo no mínimo 0,40 m de comprimento, afastamento de no máximo 40 mm e diâmetro entre 25 mm e 35 mm. Ver figura 84
6.20	NBR 9052/15	4.6.8	Difícil	Uso	Atendendo os princípios do Desenho Universal, o travamento da porta pode ser acionado com o dorso da mão?	NÃO	Em sanitários, vestiários e provadores, quando houver portas com sistema de travamento, recomenda-se que este atenda aos princípios do desenho universal. Estes podem ser preferencialmente do tipo alavanca ou do modelo tranqueta de fácil manuseio, que possa ser acionado com o dorso da mão. NOTA: Os princípios de desenho universal estão descritos no Anexo A.

6.21	NBR 905C/15	7.11.1	Difícult	Uso	Quando instalados em frente ao lavatório os espelhos estão em sua base com a altura máxima de 0,90 m e seu topo com a altura mínima de 1,80 m?	NÃO AVALIADO	A altura de instalação e fixação de espelho deve atender à Figura 122. Os espelhos podem ser instalados em paredes sem plás. Podem ter dimensões maiores, sendo recomendável que sejam instalados entre 0,50 m até 1,80 m em relação ao piso acabado
6.22	NBR 905C/15	4.6.5	Difícult	Uso	As barras de apoio tem diâmetro entre 30 e 45 mm e garantem um arco da seção do corrimão de 270º?	SIM	Corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem ter seção circular com diâmetro entre 30 mm e 45 mm, ou seção elíptica, desde que a dimensão maior seja de 45 mm e a menor de 30 mm. São admitidos outros formatos de seção, desde que sua parte superior atenda às condições desta subseção. Garantir um arco da seção do corrimão de 270°. Ver figuras 99 e 101
6.23	NBR 905C/15	7.6.1	Difícult	Uso	Estão firmemente fixadas e a distância mínima de 40 mm de parede?	SIM	Todas as barras de apoio utilizadas em sanitários e vestiários devem resistir a um esforço mínimo de 150 kg no sentido de utilização da barra, sem apresentar deformações permanentes ou fissuras, ter empunhadura conforme Seção 4 e estar firmemente fixadas a uma distância mínima de 40 mm entre sua base de suporte (parede, painel, entre outros), até a face interna da barra. Ver figura 101
6.24	NBR 905C/15	7.6.4	Difícult	Uso	As barras possuem dispositivos para evitar quedas repentinas ou movimentos bruscos?	NÃO AVALIADO	As barras articuladas devem possuir dispositivos que evite quedas repentinas ou movimentos abruptos.
6.25	NBR 905C/15	7.7	Difícult	Uso	As bacias sanitárias possuem abertura frontal?	NÃO	As bacias e assentos em sanitários acessíveis não podem ter abertura frontal.
6.26	NBR 905C/15	7.7.2.1	Difícult	Uso	A altura da bacia sanitária está entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, sem o assento?	SIM	As bacias e assentos sanitários acessíveis não podem ter abertura frontal e devem estar a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior sem o assento. Ver figura 103

6.27	NBR 905C/15	7.7.2.1	Difícil	Uso	Com o assento a altura obedece a altura máxima de 0,46 m para adultos e 0,36 m para uso infantil	SIM	Com o assento, esta altura deve ser de no máximo 0,46 m para as bacias de adulto, conforme Figura 103, e 0,36 m para as infantis.
6.28	NBR 905C/15	7.7.2.2 .1	Difícil	Uso	Existem barras de apoio na parede lateral junto à bacia?	SIM	Junto à bacia sanitária, quando houver parede lateral, devem ser instaladas barras para apoio e transferência.
6.29	NBR 905C/15	7.7.2.2 .1	Difícil	Uso	Na parede lateral, as barras retas horizontais possuem comprimento mínimo de 0,80 m, com altura de 0,75 m do piso acabado e distante de 0,40 m entre o eixo da bacia e a face da barra?	SIM	Uma barra reta horizontal com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente, a 0,75 m de altura do piso acabado (medidos pelos eixos de fixação) a uma distância de 0,40 m entre o eixo da bacia e a face da barra e deve estar posicionada a uma distância de 0,50 m da borda frontal da bacia.
6.30	NBR 905C/15	7.7.2.2 .1	Difícil	Uso	Na parede lateral, as barras retas verticais possuem comprimento mínimo de 0,70 m e está posicionada a 0,10 m da barra horizontal e a 0,30 m da borda frontal da bacia sanitária?	NÃO AVALIADO	Também deve ser instalada uma barra reta com comprimento mínimo de 0,70 m, posicionada verticalmente, a 0,10 m acima da barra horizontal e 0,30 m da borda frontal da bacia sanitária. Ver figuras 105 a 107
6.31	NBR 905C/15	7.7.2.2 .2	Difícil	Uso	Na parede dos fundos, existe barra reta com comprimento mínimo de 0,80 m a uma altura de 0,75 do piso acabado?	SIM	Junto à bacia sanitária, na parede do fundo, deve ser instalada uma barra reta com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente, a 0,75 m de altura do piso acabado (medido pelos eixos de fixação), com uma distância máxima de 0,11 m da sua face externa à parede e exercendo-se 0,30 m além do eixo da bacia em direção à parede lateral. Ver figuras 105, 106 e 108
6.32	NBR 905C/15	7.7.3.1	Impede	Uso	O acionamento da válvula de descarga está a uma altura máxima de 1,00 m do piso?	SIM	O acionamento da válvula de descarga deve estar a uma altura máxima de 1,00 m, conforme Figura 111, e ser preferencialmente acionado por sensores eletrônicos ou dispositivos equivalentes

6.33	NBR 905C/15	7.8	Difícult	Uso	No sanitário acessível, o lavatório possui barras de apoio para permitir a aproximação de pessoa com cadeira de rodas?	NÃO	Sua instalação deve possibilitar a área de aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas, quando se tratar do sanitário acessível. Ver figura 112
6.34	NBR 905C/15	7.8	Difícult	Uso	E nos demais sanitários?	NÃO	Garantir a aproximação frontal de uma pessoa em pé, quando se tratar de um sanitário qualquer. Ver figura 112
6.35	NBR 905C/15	7.9	Difícult	Uso	No centro de Saúde há sanitário familiar, com entrada independente e com superfície para troca de fraldas?	NÃO	Em edifícios de uso público ou coletivo, dependendo da sua especificidade ou natureza do seu uso, recomenda-se ter sanitários ou banheiros familiar com entrada independente, providos de boxes com bacias sanitárias para adulto (7.7.2.1) e outro com bacia infantil, além de boxe com superfície para troca de roupas na posição deitada, com dimensões mínimas de 0,70 m de largura por 1,80 m de comprimento e 0,46 m de altura, devendo suportar no mínimo 150 kg, e providos de barras de apoio, conforme 7.14.1.
6.36	NBR 905C/15	7.10	Difícult	Uso	Os sanitários são considerados coletivos? Podem ser utilizados por pessoas com mobilidade reduzida e qualquer pessoa ao possuírem bacia infantil para pessoas de baixa estatura e crianças, ainda barras de apoio em um boxe?	NÃO	O sanitário coletivo é de uso de pessoas com mobilidade reduzida e para qualquer pessoa. Para tanto, os boxes devem atender às condições do boxe comum (7.10.1), sendo um deles com a instalação de bacia infantil para uso de pessoas com baixa estatura e crianças. Recomenda-se a instalação de um boxe com barras de apoio (7.10.2) para uso de pessoas com mobilidade reduzida. Ver tabela 5
6.37	NBR 905C/15	7.10.1	Impede	Deslocamento	Os boxes dos sanitários tem vão livre de 0,80 m e área livre de 0,60 m de diâmetro?	SIM	Nos boxes comuns, as portas devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e conter uma área livre com no mínimo 0,60 m de diâmetro, conforme Figuras 115 e 116.

6.38	NBR 9050/15	7.10.1	Difícil	Deslocamento	As portas dos boxes abrem para fora?	SIM	Nas edificações existentes, admite-se porta com vão livre de no mínimo 0,60 m. Recomenda-se que as portas abram para fora, para facilitar o socorro à pessoa, se necessário.
6.39	NBR 9050/15	7.10.2	Difícil	Uso	Ao menos um dos boxes possuem barras de apoio?	NÃO	Nos sanitários e vestiários de uso coletivo, recomenda-se pelo menos um box com barras de apoio em forma de "L", de 0,70 m por 0,70 m, ou duas barras retas de 0,70 m no mínimo e com o mesmo posicionamento para uso de pessoas com redução de mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. Ver figura 117
6.40	NBR 9050/15	7.10.2	Difícil	Uso	No Centro de Saúde, este box com barras de apoio está substituindo o box do sanitário acessível?	NÃO	Este box com barra de apoio não substitui o box sanitário acessível disposto em 7.5.
6.41	NBR 9050/15	7.10.3	Difícil	Uso	Nos sanitários coletivos os tampos dos lavatórios estão em altura entre 0,78 m e 0,80 m e superfície livre inferior de 0,73 m?	SIM	Os tampos para lavatórios devem garantir no mínimo uma cuba com superfície superior entre 0,78 m e 0,80 m, e livre inferior de 0,73 m. Deve ser dotado de barras posicionadas conforme 7.8.1.
6.42	NBR 9050/15	7.10.3	Difícil	Uso	Quando se tratar de bancada com mais de um lavatório, existem barras em ao menos uma das extremidades do conjunto?	NÃO	Quando se tratar de bancada com vários lavatórios, as barras de apoio devem estar posicionadas nas extremidades do conjunto, podendo ser em apenas uma das extremidades.
6.43	NBR 9050/04	7.3.6.2	Impede	Uso	Existe, pelo menos, um lavatório suspenso, sem armário ou coluna, para possibilitar a aproximação de uma cadeira de rodas?	NÃO	Os lavatórios devem ser suspensos, não sendo permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. (NBR 9050/04, item 7.3.6.2)
6.44	NBR 9050/15	7.10.4.1	Impede	Uso	Ao menos um dos mictórios permite aproximação de uma pessoa com mobilidade reduzida?	NÃO	Deve ser prevista área de aproximação frontal para P.M.R., conforme Figura 118

6.45	NBR 905C/15	7.10.4.2	Difícil	Uso	Ao menos um dos mictórios possui válvula instalada a 1,00 m do piso?	SIM	Deve ser equipado com válvula de mictório instalada a uma altura de até 1,00 m do piso acabado, preferencialmente por sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes ou de fechamento automático. Quando utilizado o sensor de presença fica dispensada a restrição de altura de instalação. Ver figura 119
6.46	NBR 905C/15	7.10.4.3	Difícil	Uso	Neste mictório existem barras de apoio verticais, com no mínimo 0,70 m de comprimento e implantadas a 0,75 do piso?	NÃO	Deve ser dotado de barras de apoio conforme disposto nas Figuras 119 e 120
6.47	NBR 905C/15	7.10.4.4	Difícil	Uso	O mictório está instalado o mais próximo possível da entrada dos sanitários?	SIM	Recomenda-se que os mictórios para P.M.R. e P.C.R. sejam instalados o mais próximo possível da entrada dos sanitários.
6.48	NBR 905C/15	7.11.2	Difícil	Uso	As papeleiras, quando embutidas, estão distantes de 0,55 m do piso acabado e a 0,20 do vaso sanitário?	NÃO	As papeleiras embutidas devem atender à Figura 123.
6.49	NBR 905C/15	7.11.2	Difícil	Uso	Sendo papeleira de sobrepor, está alinhada com a borda frontal da bacia e a 1,00 m do piso acabado?	NÃO AVALIADO	No caso de papeleiras de sobrepor que por suas dimensões devem ser alinhadas com a borda frontal da bacia, o acesso ao papel deve ser livre e de fácil alcance. Não podem ser instaladas abaixo de 1,00 m de altura do piso acabado, para não atrapalhar o acesso à barra. Ver figuras 124 e 125
6.50	NBR 905C/15	6.1.1.1	Impede	Deslocamento	Existe uma rota acessível, possibilitando o acesso às demais áreas internas e externas do edifício?	SIM	As áreas de qualquer espaço ou edificação de uso público ou coletivo devem ser servidas de uma ou mais rotas acessíveis.
6.51	NBR 905C/15	5.2.8.1.1	Difícil	Orientação	há suporte informativo visual (nome, função) no corredor que permita a identificação dos ambientes?	NÃO	A sinalização deve ser localizada de forma a identificar claramente as utilidades disponíveis dos ambientes. Devem ser fixadas onde decisões são tomadas, em uma sequência lógica de orientação, de um ponto de partida ao ponto de chegada. Devem ser repetidas sempre que existir a possibilidade de alterações de direção.

6.52	NBR 905C/15	5.3.5.3	Impede	Orientação	Há símbolos de sanitários identificando o tipo de sanitário (feminino, masculino, familiar, acessível)?	SIM	Todos os sanitários devem ser sinalizados com o símbolo representativo de sanitário, de acordo com cada situação, conforme Figuras 41 a 47.
6.53	NBR 905C/15	5.4.1	Difícil	Orientação	São sinalizadas com números e/ ou letras e/ ou pictogramas e ter sinais com texto em relevo, incluindo Braille?	NÃO	Devem ser sinalizadas com números e/ ou letras e/ ou pictogramas e ter sinais com texto em relevo, incluindo Braille.
6.54	NBR 905C/15	5.4.1-A		Orientação	A faixa de alcance acessível está localizada entre 1,20 m e 1,60 m de altura?	NÃO	A sinalização deve estar localizada na faixa de alcance entre 1,20 m e 1,60 m em plano vertical, conforme Figura 59.
6.55	NBR 905C/15	5.4.1-A	Difícil	Orientação	Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, encontra-se ao lado da maçaneta?	NÃO AVALIADO	Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, deve estar na parede ao lado da maçaneta em plano inclinado entre 15° e 30° da linha horizontal e atender ao descrito em 5.4.6.5, quando exceder 0,10 m.
6.56	NBR 905C/15	5.4.1-B	Difícil	Orientação	A sinalização nas portas está centralizada?	SIM	A sinalização, quando instalada nas portas, deve ser centralizada. Ver figura 59
6.57	NBR 905C/15	5.4.1-B	Difícil	Orientação	As portas contêm informação tátil?	NÃO	Não pode conter informações táteis.
6.58	NBR 905C/15	5.4.1-B	Difícil	Comunicação	A informação tátil ou sonora está localizada na parede adjacente ou no batente??	NÃO	Para complementar a informação instalada na porta, deve existir informação tátil ou sonora, na parede adjacente a ela ou no batente, conforme a Figura 59.
6.59	NBR 905C/15	6.3.2	Difícil	Deslocamento	O piso dos sanitários é antiderrapante?	SIM	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, sob qualquer condição (seco ou molhado).
6.50	NBR 905C/15	7.5	Impede	Deslocamento	O sanitários tem deslize junto a entrada ou soleira?	NÃO	Os pisos dos sanitários ou boxes sanitários devem observar as seguintes características: b) não ter desníveis junto à entrada ou soleira;

6.61	NBR 9050/15	7.5	Difícil	Deslocamento	Os ralos e grelhas estão fora da área de transferência?	S/N	Os pisos dos sanitários ou boxes sanitários devem observar as seguintes características: c) ter grelhas e ralos posicionados fora das áreas de manobra e de transferência
6.62	NBR 9050/15	6.3.2	Difícil	Deslocamento	O piso é regular, plano, sem buracos nem degraus?	S/N	Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas.
6.63	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis, eles são menores que meio centímetro?	N/A	Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial.
6.64	NBR 9050/15	6.3.4.1	Impede	Deslocamento	Quando há degraus ou desníveis superiores a meio centímetro até um centímetro e meio, existe uma rampa com até 50% de inclinação?	N/A	Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 (50%), conforme Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados como degraus, conforme 6.7.
6.65	X	X	Difícil	Uso	Este conjunto de sanitários acessíveis se encontra no pavimento de maior utilização?	S/N	Recomenda-se que o conjunto de sanitários acessíveis se encontrem no pavimento de maior utilização.
6.66	X	X	Difícil	Orientação	No ambiente dos sanitários, há contraste entre piso, parede e equipamentos, a fim de facilitar a orientação de pessoas com baixa visão?	N/A	Para facilitar a orientação de pessoas com baixa visão, é necessário que haja contraste entre piso, parede e equipamentos.

A- PARECER CONSUBSTANCIADO APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS- SC

Pesquisador: Vanessa Goulart Dorneles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58885416.4.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós- Graduação de Arquitetura e Urbanismo da UFSC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.748.476

Apresentação do Projeto:

"ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS- SC". A hipótese que norteia este estudo é que as projeções destes dados oferecem um entendimento claro da imensa quantidade dos cidadãos que devem ter seus direitos assegurados tanto em relação a acessibilidade espacial quanto a igualdade das condições de total participação social nos usos e acessos aos espaços públicos. A partir deste panorama, a pesquisa busca questionar se são acessíveis para esta imensa população, os Centros de Saúde do município de Florianópolis, porta de entrada dos usuários em busca de atendimento na rede de saúde pública. Entende-se uma acessibilidade, com igualdade de condições, sem discriminação e, fundamentalmente, a efetiva participação no uso dos equipamentos públicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as condições de acessibilidade físico-espacial nos Centros de saúde do município de Florianópolis, a partir da percepção da pessoa com deficiência

Objetivo Secundário:

- 1) Levantamento de dados da atual estrutura de saúde pública do Município de Florianópolis- SC;
- 2) Analisar a legislação vigente para ambientes assistenciais de saúde e o programa de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.748.476

necessidades das Unidades Básicas de Saúde;

3) Avaliar o desempenho dos projetos padrão dos centros de saúde com relação ao atendimento às normas vigentes de acessibilidade espacial;

4) Analisar as diretrizes projetais da NBR 9050/2015, em relação a acessibilidade espacial em centros de saúde;

5) Desenvolver métodos de avaliação;

6) Propor diretrizes e parâmetros para futuros projetos de Unidades Básicas de Saúde, que visem à edificação apropriada ao maior número de usuários com necessidade especiais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos em relação à participação na pesquisa, já que o método que envolverá as pessoas se limitará a entrevistas, passeios acompanhados, Observações Assistemáticas não participantes direta. Técnica que não acarretará nenhum risco a integridade pessoal física ou psicológica dos indivíduos. A participação no estudo é voluntária, e poderá ser interrompida a qualquer momento, ressaltando-se ainda que a identidade de todo participante será preservada (não sendo utilizado o nome ou foto do rosto no trabalho final). Isto será explicado previamente a todos os possíveis participantes, na ocasião da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

A pesquisa visa contribuir para compreensão de como os indivíduos que possuem alguma restrição podem acessar espacialmente, com autonomia, aos Centros de Saúde municipais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado de CARLOS FERNANDO MACHADO PINTO orientada apresentada pela Profa. Dra. Vanessa Goulart Dorneles do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa tem uma abordagem metodológica qualitativa, pautada em dois aspectos significativos e intrinsecamente conectados. Primeiramente na compreensão das diferentes dificuldades, habilidades e restrições do usuário frente as atividades a serem desenvolvidas nos ambientes, bem como as próprias condições ambientais dos Centros de Saúde. Pautado neste entendimento inicial será então desenvolvida a etapa de avaliação, de que forma estes ambientes dos Centros de Saúde podem ser acessíveis às pessoas que enfrentam restrições.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 02 de 04

Continuação do Parecer: 1.748.476

O estudo tem relevância científica, a documentação está completa pois foi anexado o documento de ausência da Secretaria Municipal de Saúde e o TCLE atende na íntegra a Resolução CNS nº466/12 e normas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_764586.pdf	19/09/2016 15:09:59		Aceito
Outros	RESPOSTAPENDENCIAS.pdf	19/09/2016 15:09:27	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCarlos.pdf	19/09/2016 08:48:42	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcarlospinto.pdf	19/09/2016 08:46:24	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Folha de Rosto	folharostoPB.pdf	17/08/2016 18:08:44	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Carlos_MESTRADO_SB.pdf	04/08/2016 19:36:09	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Outros	ENTREVISTACS.pdf	04/08/2016 19:34:43	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Outros	WALKTHROUGH_CS.pdf	04/08/2016 19:27:55	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_CS.pdf	04/08/2016 19:26:20	Vanessa Goulart Dorneles	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.748.476

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Setembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**B- AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE –
SMS - FLORIANÓPOLIS**



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 040/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 30 de Setembro de 2016.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada "**ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE – FLORIANÓPOLIS/ SC**" do pesquisador responsável Carlos Fernando Machado Pinto, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Diretoria de Atenção Primária e está autorizada para execução nesta Secretaria.

A pesquisadora deverá se apresentar no **Centro de Saúde Jardim Atlântico** portando esse Ofício e apresentar a proposta da pesquisa para a coordenação, combinando a melhor forma de realizar a coleta de dados, respeitando a disponibilidade do serviço e autonomia dos sujeitos de pesquisa.

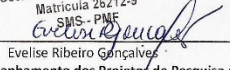
O período autorizado para essa segunda parte da coleta de dados é de **03/10/2016 a 03/02/2017**. Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço educaensaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PME


Evelise Ribeiro Gonçalves

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Setor de Educação em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas

Ilustríssima Senhora
Carlos Fernando Machado Pinto
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaensaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
Área de Concentração: "Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído"
Linhas de Pesquisa: Métodos e técnicas aplicados ao projeto de arquitetura e urbanismo;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE – FLORIANÓPOLIS/ SC

Objetivo: Avaliar as condições de acessibilidade físico-espacial nos Centros de saúde do município de Florianópolis, a partir da percepção da pessoa com deficiência e considerando-se o projeto arquitetônico padrão e avaliando o projeto arquitetônico executado

Justificativa: Os dados oficiais projetam que um terço da população de Florianópolis possui alguma deficiência e ainda com cidadãos com mais de 60 anos. Parcela significativa da população e que necessitam de preocupações quanto a acessibilidade espacial e também de orientação e compreensão dos ambientes públicos nos acessos aos Centros de Saúde.

Procedimentos: Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa. Os procedimentos metodológicos aplicados serão focados em três aspectos: Projeto, Espaço Construído e Usuário. Os procedimentos focados na avaliação do projeto serão: Levantamento de dados referente aos projetos padrão da Secretaria de Saúde de Florianópolis, avaliação de acessibilidade com planilhas de vistoria do Ministério da educação, entrevistas com o arquiteto responsável pelos projetos arquitetônicos da Secretaria de Saúde de Florianópolis. Para avaliar o espaço serão aplicados: Avaliação de acessibilidade com planilhas de vistoria do Ministério da educação, confrontação do projeto com o espaço construído, Walkthrough. Visando entender a relação das pessoas com as instituições de ensino serão aplicados: Passeio Acompanhado, Observações Assistemáticas não participantes direta.

Justificativa para participação de pessoas com deficiência e de idosos: A percepção das pessoas que se utilizam dos Centros de Saúde são fonte inestimável de informações que contribuirão para a identificação das barreiras e geração de dados sobre as necessidades específicas para o atendimento individual de cada pessoa.

Riscos: Os riscos são mínimos em relação à participação na pesquisa, já que os métodos que envolverão os indivíduos se limitarão a entrevistas, Walkthrough, Passeio Acompanhado, Observações Assistemáticas não participantes direta. Técnicas que não acarretarão nenhum risco a integridade pessoal física ou psicológica dos indivíduos. A identidade de todo participante será preservada, não sendo utilizado o nome ou foto do rosto no trabalho final.

Benefícios: Espera-se ao final do estudo produzir uma análise crítica dos projetos e ambientes construídos, possibilitando definir se os projetos padrão utilizados pela Secretaria de Saúde de Florianópolis garantem acessibilidade espacial dos usuários. Os resultados serão encaminhados Secretaria de Saúde de Florianópolis.

Liberdade de Participação Será garantido o direito de esclarecimento de dúvidas do participante antes e durante a pesquisa. Assim como, será garantida a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização.

Sigilo e privacidade: É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa

Cópia do TCLE: Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, pelo pesquisador e pelo participante, sendo garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do TCLE.

Eu, _____, declaro que compreendi tudo o que me foi explicado e estou ciente dos objetivos, procedimentos e benefícios da presente pesquisa. Assim, concordo em participar da mesma.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura Pesquisador Principal _____

CPF: _____

Local: _____ Florianópolis, ____/____/____

CONTATO DO PESQUISADOR
PRINCIPAL:
**CARLOS FERNANDO
MACHADO PINTO**
arcarlospinto@gmail.com
(48)9983 3109

CONTATO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL:
Vanessa Goulart Dorneles
vavinhagd@gmail.com
(48) 8801 5144

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA
UFSC
Pró Reitoria de Pesquisa
cep.propesa@contato.ufsc.br
(48) 3721-9203

D- RELAÇÃO DOS AMBIENTES - RDC 50

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas Para 30 pessoas Para 45 pessoas Para 60 pessoas Para 75 pessoas				
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de armazen. de medicamentos)**	1	1	1	1	1
Equipo odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ***	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recepção, lavagem e descontaminação***	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assimilados são recomendados, porém não são obrigatórios

*** Os ambientes assimilados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade, poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

E- DECLARAÇÃO SMS - FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 08 de Setembro de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM CENTROS DE SAÚDE – FLORIANÓPOLIS/SC" do pesquisador responsável CARLOS FERNANDO MACHADO PINTO. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando **seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH** e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis