

UTILIZAÇÃO DA NBR 9050 E DO QUESTIONÁRIO BIPOLAR NA AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DE CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA

USE OF NBR 9050 AND THE BIPOLAR QUESTIONNAIRE IN THE EVALUATION OF PHYSIOTHERAPY CLINICS ACCESSIBILITY

Joice Lamin Teodolino¹, Juliana Kely Moreira¹, Camila Angélica de Abreu Monteiro¹ e Paulo César Porto Deliberato²

1- Fisioterapeutas;

2- Fisioterapeuta, especialista em Traumatologia Esportiva pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) e da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – IMES.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos analisar a acessibilidade das Clínicas de Fisioterapia e verificar o nível de conhecimento dos fisioterapeutas responsáveis por essas clínicas acerca da Norma Brasileira Recomendada (NBR) 9050. A acessibilidade, atualmente, tem sido entendida como a possibilidade, a condição de alcance e a percepção das pessoas em relação aos ambientes e ao mundo ao seu redor, o que, no caso de uma pessoa portadora de deficiência, é essencial para a sua participação efetiva na sociedade. O fisioterapeuta, desde que devidamente capacitado, tem muito a oferecer como facilitador do processo de inclusão social por meio da acessibilidade. O Questionário Bipolar (QBP), construído a partir das referências da NBR 9050, foi utilizado para avaliar as condições de acessibilidade de dez clínicas de fisioterapia, escolhidas aleatoriamente, sendo seis na cidade de São José dos Campos e quatro na cidade de Jacareí, ambas no Estado de São Paulo. Conclui-se que a maioria das clínicas não possui condições adequadas de acessibilidade, bem como se observa também que a maioria dos fisioterapeutas responsáveis por essas clínicas (80%) não conhecem a NBR 9050.

Palavras-chave: acessibilidade, inclusão social, ergonomia, barreiras arquitetônicas.

ABSTRACT

This research objected to analyze the accessibility of the Clinics of Physiotherapy and to verify if the responsible physiotherapists for these clinics know the Brazilian Recommended Rules (NBR) 9050. The accessibility, currently has been understood as people's possibility, reach condition and perception in relation to places and the world around them, what, in case of a person carrying deficiency, it is essential for their effective participation in society. The physiotherapist, since well prepared, has a lot to offer by making easier the process of social inclusion through accessibility. The Bipolar Questionnaire (QBP), made by the references of NBR 9050, was used to evaluate the conditions of accessibility of 10 clinics of Physiotherapy, being 6 in the city of São José dos Campos and 4 in Jacareí, both in the State of São Paulo. It was concluded that major part of the clinics does not have conditions of adjusted accessibility, as well as it is also observed that major part of the responsible physiotherapists for these clinics (80%) does not know the NBR 9050.

Keywords: accessibility; social inclusion; ergonomics; architectural barriers.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve o intuito de avaliar clínicas de fisioterapia, em relação à acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida, utilizando-se o cruzamento de dados da Norma Brasileira Recomendada 9050¹ (NBR 9050) e do Questionário Bipolar (QBP), adaptado de Deliberato.²

Por meio de revisão da literatura e das respostas obtidas dos responsáveis pelas clínicas avaliadas, também procurou-se verificar o emprego atual do termo acessibilidade e o conhecimento dos fisioterapeutas acerca da NBR 9050.

O termo acessibilidade vem sendo cada vez mais utilizado, fato que originou o interesse em pesquisar seu significado atual para a fisioterapia, pois melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência, com algum tipo de dificuldade de locomoção ou com alguma impossibilidade de inclusão social tem relação direta com as questões de acessibilidade dos ambientes físicos, tanto de espaços públicos como, no caso desta pesquisa, de clínicas de fisioterapia.

O termo acessibilidade teve sua origem no início dos anos 1960, quando surgiu na área da arquitetura dos EUA e dos países da Europa o conceito livre de barreiras, focado principalmente na deficiência física e, em particular, nos problemas de circulação, que afetam principalmente pessoas usuárias de cadeira de rodas.³

Segundo Ross,⁴ aceitar a igualdade genérica pode também promover a inércia. Essa atitude de quem concebe o diferente como um igual – mas esquece das adaptações que seriam necessárias nos espaços físicos, para que se pudesse desfrutar dessa igualdade – é equivocada.

A acessibilidade das pessoas aos espaços individuais, coletivos e privativos, deve considerar o conceito moderno e abordar o tema da deficiência, possibilitando o acesso e as condições mínimas para a utilização, com segurança e independência, das edificações, espaços diversos, mobiliários e equipamentos urbanos, principalmente os de uso público, obedecendo às legislações e às normas existentes. Antes de propor novas leis e normas, deve-se implantar e colocar em prática as já existentes e, assim, garantir a eficiência das suas aplicações para que se possa modernizar e promover as atualizações e adaptações que forem necessárias para os usuários, sempre no proveito das novas tecnologias de acessibilidade desenvolvidas em

função das demandas atuais.⁵

Frenk⁶ desenvolveu o conceito de acessibilidade pela idéia de complementaridade entre características da oferta e da população. Nessa visão, acessibilidade seria a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos, o que é chamado “poder de utilização”. Esse modelo assume que, dados um lugar e um tempo, vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis para um mesmo nível de acessibilidade. O enfoque central nessa abordagem é que nenhum desses dois componentes, resistência e poder de utilização da população, definem o grau de acessibilidade, mas sim a relação entre eles. Dessa forma, sua formulação não aponta para um modelo organizacional único, mas sim para várias composições de oferta de serviços organizadas de acordo com o poder de utilização dos diferentes grupos populacionais.

A necessidade de utilização de auxílio técnico num determinado espaço físico exige adaptações específicas a cada caso, dimensões, funcionalidades e áreas de acesso. Tratando-se de casos singulares, normalmente não é fácil encontrar soluções padronizadas que resolvam todos os problemas; para conseguir um resultado satisfatório exige-se uma análise especialmente cuidadosa da relação entre a pessoa e os problemas de acessibilidade presentes nos espaços físicos.⁷

A ergonomia, em grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (regras), visa a melhorar o conforto, a segurança, a saúde e a eficiência no trabalho e em geral das condições de vida, tendo em conta as capacidades, as limitações físicas e as restrições psicológicas da pessoa, podendo também, por meio da sua aplicação, ajudar a prevenir erros e acidentes.⁸

Se os fatores ergonômicos forem conjugados adequadamente, proporcionarão ambientes seguros, saudáveis, confortáveis e eficientes, quer nos locais de trabalho, quer nos espaços destinados à nossa vida cotidiana.⁹

De acordo com os princípios do design inclusivo, devem ser procuradas, sempre que possíveis, soluções eficazes para todas as pessoas, inclusive para os portadores de algum tipo de deficiência.¹⁰

Para que os locais possam estar adequados, é necessário definir qual o público a que se deseja atingir.

Para qualquer tipo de construção pública ou privada é importante que o profissional da saúde – assim como o arquiteto e o engenheiro – recorram ao estudo da ergonomia para que essa construção esteja adaptada às atividades que serão realizadas.¹¹

O projeto ergonômico deve integrar o homem à edificação ou aos ambientes em que vive, por isso é essencial possibilitar que qualquer indivíduo possa adaptar-se às condições ambientais de diversos espaços.¹²

A falta de estudos ergonômicos para portadores de necessidades especiais, como crianças, idosos e portadores de deficiência, vem criando grandes dificuldades na concepção e adaptação dos espaços públicos e privados.¹³

A cada dia surgem novas idéias e projetos de edificações que tecem, dão forma e delimitam vários espaços. Essas edificações formam um aglomerado de necessidades e facilidades criados pelo homem e para o homem. Hoje as novas idéias e projetos que surgem devem seguir o conceito de acessibilidade para todos, pois um espaço ergonômico é de todos, feito por todos e deve servir a todos. Desse modo, as ruas, praças, parques, edifícios e clínicas de reabilitação devem ser projetados para atender a todos e não somente a uma parcela da população. Portanto, a arquitetura desenvolve um papel importante no processo de compreensão da sociedade como um todo único.⁷

Para Cambhiagi,¹⁰ a acessibilidade contribui para a inclusão do portador de deficiência. Quando se move uma barreira física, move-se a barreira social também, pois é difícil para uma pessoa ir ao trabalho sem condições de circulação ou passar um dia inteiro no trabalho sem um banheiro acessível.

Segundo Lopes Filho,¹⁴ os problemas não se restringem apenas a hospitais e casas de saúde. Os obstáculos arquitetônicos também existem em clínicas de reabilitação física e postos de saúde.

Ainda é grande o número de edificações, nas quais estão implantadas unidades de saúde, sejam elas da rede pública ou privada, em que o acesso é dificultado por escadas altas, corredores e portas estreitas, entre outras barreiras arquitetônicas que prejudicam sobremaneira a acessibilidade de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida.

OBJETIVOS

Verificar, de acordo com a NBR 9050 e o uso do

Questionário Bipolar adaptado, as condições de acessibilidade de clínicas de fisioterapia.

Verificar o nível de conhecimento dos fisioterapeutas das clínicas pesquisadas em relação a NBR 9050.

MÉTODO

Foram analisadas dez clínicas de fisioterapia e entrevistados dez fisioterapeutas, sendo seis clínicas da cidade de São José dos Campos e quatro, da cidade de Jacareí, ambas, no Interior do Estado de São Paulo, numa região conhecida como Vale do Paraíba.

MATERIAIS

A NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)¹ foi utilizada como parâmetro para verificar os seguintes itens: dimensão no comprimento para o uso de uma bengala (0,75 cm); dimensão no comprimento para o uso de duas bengalas (0,90 cm); dimensão no comprimento para o uso de andadores com rodas (0,90 cm); dimensão na vista frontal para o uso de andador rígido (0,85 cm); dimensão na vista lateral para o uso de andador rígido (0,75 cm); dimensão na vista frontal e lateral para o uso de muletas axilares (1,20 m); dimensão no corredor para o uso de cadeiras de rodas (0,90 cm); dimensão no corredor para o uso de cadeiras de rodas e mais uma pessoa ao lado (1,20 a 1,50 m); dimensão no corredor para o uso de duas cadeiras de rodas (1,50 a 1,80 m); dimensões para uma boa transferência no banheiro (1,20 m); altura da bacia do banheiro (0,46 cm); altura do acionamento da descarga (1,00 m); distância adequada das cadeiras da recepção (1,20 m na lateral da cadeira de rodas); altura do bebedouro (0,90 cm).

O Questionário Bipolar (QBP)² utilizado tinha 25 questões, sendo três abertas e 22 fechadas. Os fisioterapeutas responsáveis pelas clínicas foram entrevistados pelas pesquisadoras, fornecendo de imediato as respostas às perguntas formuladas.

Para análise das clínicas quanto às medidas propostas pelo QBP foi utilizada para medição uma fita métrica comum de dois metros e uma trena metálica comum de cinco metros.

PROCEDIMENTOS

Antes de avaliar as clínicas, as pesquisadoras forneceram aos fisioterapeutas responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação

em Pesquisa (TCLE) e a Declaração do Voluntário, seguindo-se as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O QBP foi distribuído diretamente aos responsáveis pelas clínicas de fisioterapia e, depois de respondidas as questões, as pesquisadoras realizaram a pesquisa de campo, na qual foram analisados o conhecimento dos responsáveis pelas clínicas sobre a NBR 9050, se a NBR 9050 foi utilizada no planejamento da clínica, a opinião do responsável sobre a NBR 9050, por qual meio o responsável obteve conhecimento da NBR 9050, as medidas dos corredores, os espaços livres para acessibilidade dentro do banheiro, a altura da bacia do banheiro, altura do mecanismo de acionamento da descarga, espaçamento recomendado para cadeiras de rodas na recepção, altura do bebedouro, se havia escadas e se essas estavam de acordo com a norma de acessibilidade e, no caso de haver piscina terapêutica, se havia equipamento de facilitação para entrada e saída dos pacientes da água.

RESULTADOS

Tabela 1 - Conhecimento da NBR 9050.

O responsável conhece a NBR 9050	F	%
Sim	2	20
Não	8	80
TOTAL	10	100

A **Tabela 1**, sobre o conhecimento da NBR 9050 do responsável pela clínica, mostra que o assunto ainda é pouco difundido, pois apenas 20% responderam ter conhecimento sobre a NBR 9050 e 80% disseram não ter esse conhecimento.

Tabela 2 - Planejamento de acessibilidade da clínica.

Utilização da NBR 9050	F	%
Sim	1	10
Não	9	90
TOTAL	10	100

A **Tabela 2** mostra que, mesmo havendo dois fisioterapeutas que responderam afirmativamente em relação ao conhecimento da NBR 9050, apenas

um utilizou essa importante ferramenta de acessibilidade no planejamento da clínica de fisioterapia onde trabalha. Os demais, que representam 90% do total pesquisado, responderam que utilizam somente as normas da vigilância sanitária.

Por meio desta pesquisa obteve-se que 100% dos responsáveis pelas clínicas de fisioterapia pesquisadas nunca tiveram conhecimento da NBR 9050 no ensino acadêmico. Aqueles que responderam ter conhecimento da NBR 9050 (20%, conforme **Tabela 1**) relataram que o conhecimento em questão foi obtido por outros meios.

Em relação aos itens pesquisados, relacionados ao espaço físico dos ambientes, obteve-se os seguintes resultados: uma clínica de fisioterapia, representando 10% do total, possui as dimensões mínimas de largura (1,50m) no corredor para acessibilidade simultânea de duas cadeiras de rodas; 40% das clínicas analisadas possuem os espaços livres mínimos necessários (1,20m) para movimentação da cadeira de rodas em 90°, mas 60% não os têm; em relação à altura do vaso sanitário, 80% das clínicas analisadas estão de acordo com a NBR 9050. A minoria, 20%, não possui a altura recomendada, fato que não deixa de ser significativo, pois os usuários dessas duas clínicas se encontram desfavorecidos, em relação ao conforto mínimo necessário na utilização do vaso sanitário; apesar da maioria das clínicas pesquisadas apresentarem a bacia do banheiro na altura recomendada (80% do total), apenas três delas (30% do total) continuam a se enquadrar nos parâmetros da NBR 9050, quando consideramos a altura da bacia do banheiro com o assento abaixado; em relação à altura dos mecanismos de acionamento das descargas do banheiro, observa-se que 70% das clínicas analisadas possuem os botões de descarga na altura recomendada (1m, do seu eixo à superfície do piso acabado). Os 30% restante estão em desacordo com a NBR 9050, gerando dificuldades aos usuários; somente a clínica do fisioterapeuta que respondeu afirmativamente à questão sobre o conhecimento e utilização da NBR 9050 no projeto da clínica apresentou o espaçamento recomendado de 1,20m no sentido longitudinal da cadeira de rodas posicionada na 1ª fileira de cadeiras da recepção. Os 90% restantes não possuem esse importante espaço reservado aos usuários de cadeiras de rodas; apenas uma das clínicas pesquisadas apresentou o espaçamento mínimo reco-

mendado de 0,80cm no sentido lateral da cadeira de rodas na 1ª fileira de cadeiras da recepção; 50% das clínicas apresentam bebedouro na altura recomendada (0,90cm a partir do chão), enquanto a outra metade da amostra não atende a essa especificação da NBR 9050; todas as clínicas de fisioterapia analisadas nesta pesquisa não apresentam escadas a serem vencidas por pacientes com mobilidade reduzida; somente uma das clínicas analisadas possui piscina terapêutica, e essa não apresenta os equipamentos de acessibilidade (rampa submersa e bancos de transferências para facilitação de entrada e saída da piscina); apenas uma clínica da amostra apresentou vestiários com dimensões adequadas aos parâmetros estipulados pela norma de acessibilidade. Os 90% restantes não apresentam bancos providos de encosto, não apresentam armários em alturas adequadas ou não apresentam barras de apoio nos vestiários.

DISCUSSÃO

Vimos, assim como afirma Ross,³ que os fisioterapeutas responsáveis por locais nos quais a igualdade deveria ser plena e não somente genérica desconhecem, em sua grande maioria, os padrões mínimos de acessibilidade recomendados por uma norma nacional oficial.

Essa pesquisa procurou se embasar nos conceitos de acessibilidade da NBR 9050,¹ que estabelece ser a acessibilidade a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização com segurança e autonomia de edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos a eles associados. Entretanto, pelos resultados obtidos, percebe-se que as clínicas de fisioterapia pesquisadas não são edificações que possibilitam aos usuários os benefícios da acessibilidade.

Esta pesquisa se propôs a chamar a atenção para os erros de planejamento e, em alguns casos, de projetos e equipamentos, das clínicas de fisioterapia, que são importantes barreiras arquitetônicas que impedem o pleno “poder de utilização”, conforme descrito por Frenk,⁶ ou seja, a capacidade que a população com algum tipo de deficiência ou mobilidade reduzida tem para superar obstáculos presentes nas clínicas de fisioterapia, conforme constatou-se.

Grandjean⁷ afirma que as adaptações promovidas pelas modificações ergonômicas dos espa-

ços físicos devem ser específicas para cada caso, evitando-se padronizações indiscriminadas. Desse modo, temos que os profissionais pesquisados nesse trabalho deveriam não somente possuir conhecimento básico sobre a NBR 9050, como também deveriam ser capazes de adaptar adequadamente as clínicas de fisioterapia à clientela atendida, o que, como vimos, não ocorre.

Wisner⁸ destaca que as adaptações ergonômicas, quando bem aplicadas, auxiliam a prevenir erros e acidentes, benefícios que não podem ser desprezados em nenhum tipo de edificação, mas, sem dúvida, que são ainda mais importantes quando se trata da edificação de locais que se prestam a receber, atender e reabilitar pessoas com problemas de locomoção, como ocorre com as clínicas de fisioterapia.

A constatação de que todos os sujeitos participantes desta pesquisa se mostraram interessados em conhecer mais sobre as questões de acessibilidade e adaptações ergonômicas confirma a teoria de Laville,⁹ que afirma que a ergonomia nasce das necessidades práticas vivenciadas no dia-a-dia. Isso sugere que esta pesquisa possa contribuir para a modernização de métodos, tecnologias e equipamentos, bem como para a modificação das edificações pesquisadas.

Wisner,⁸ em sua definição clássica de ergonomia, destaca a tríade formada pelo conforto, segurança e eficácia como aspectos indissociáveis das adaptações ergonômicas. Ao direcionar a tríade proposta por Wisner⁸ para as clínicas de fisioterapia pesquisadas, percebemos que poucos lugares e, conseqüentemente, pessoas, poderiam ser tão beneficiados com o conforto (promoção do bem-estar), segurança (diminuição de riscos de acidentes) e eficácia (eficiência do processo de tratamento e reabilitação).

Dessa maneira, estamos de acordo com Lira,¹¹ quando afirma que os profissionais devem recorrer ao estudo ergonômico para que as construções sejam adaptadas às atividades que nela são realizadas.

Também estamos de acordo com Lida,¹³ que constatou em suas pesquisas que crianças, idosos e pessoas portadoras de necessidades especiais são os que mais sofrem com os problemas de acessibilidade causados pela falta de estudos ergonômicos. Isso vai de encontro ao pensamento de Panero e Zelnick,¹² que mencionam ser a sociedade direcionada para os homens adultos “perfeitos” (“Adonis”).

Cambiagi¹⁰ menciona que a acessibilidade é substituível como elemento de inclusão das pessoas portadoras de necessidades especiais e indaga como é possível se falar em qualidade de vida quando não se pode ter, ao menos, acesso adequado a um banheiro. Vimos ser o banheiro, justamente, um dos locais nos quais a acessibilidade se encontra mais deficiente nas clínicas de fisioterapia pesquisadas.

Nossos resultados também vão ao encontro da pesquisa de Lopes Filho,¹⁴ que afirma que os problemas ergonômicos e de acessibilidade não se restringem a hospitais e casas de saúde, mas que os obstáculos arquitetônicos também estão presentes em clínicas de reabilitação física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - NBR 9050. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos: Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), 2004.

2 - DELIBERATO, P. C. P. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

3 - CORREA, A. R. (2004). Acessibilidade e barreiras arquitetônicas. Texto disponível na internet: www.acessibilidadebrazil.com.br [Acesso em 25/5/2005].

4 - ROSS; P. R. Educação e trabalho, a conquista da diversidade ante as políticas neoliberais. IN: BEACHETTEL, F. Um olhar sobre as diferenças. Campinas: Papirus, 1998.

5 - ADFEGO [2003]. Acessibilidade. Texto disponível na internet: www.accessibility.com.br. [Acesso em 26/05/2005].

6 - FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex*, 27:438-53, 1985.

7 - GRANDJEAN, E. Manual de ergonomia: adaptan-

CONCLUSÃO

A maioria das clínicas de fisioterapia avaliadas não possui as condições de acessibilidade estabelecidas pela NBR 9050, checadas por meio da utilização do QBP.

Foi visto que o principal problema de acessibilidade nas clínicas foi no banheiro, pois a maioria das clínicas não apresentaram os espaços livres mínimos necessários para movimentação de cadeira de rodas.

Os fisioterapeutas responsáveis pelas clínicas pesquisadas, em sua grande maioria, desconhece a existência da NBR 9050 e todos, sem exceção, referem não ter tido qualquer informação a respeito do assunto durante a graduação.

do o trabalho ao homem. Porto Alegre: Bookman, 1998.

8 - WISNER, A. Por dentro do trabalho. São Paulo: Oboé, 1987.

9 - LAVILLE, A. Ergonomia. São Paulo: EPU, 1977.

10 - CAMBIAGHI, S. S. Programa de melhorias na área central. São Paulo: Folha de São Paulo, 2003. Texto disponível em www1.folha.uol.com.br/ssp. [Acesso em 23/5/2005].

11 - LIRA, G. O inimigo dos obstáculos. Brasília: Correio Brasiliense, 2004.

12 - PANERO, J; ZELNIK, M. Las dimensiones humanas en los espacios interiores. México: Gustavo Gili, 2000.

13 - IIDA, I. Ergonomia: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1998.

14 - LOPES FILHO, J. A. Rehabilitation internacional, USA, 2000.

Autor Responsável pela Correspondência:

Dr. Paulo César Porto Deliberato

Rua Clóvis Bueno de Azevedo, 145 - Bairro do Ipiranga - São Paulo, SP. CEP 04266-040

Fone: (11) 6846-5345/Fax: (11) 6846-5350 - E-mail: pdeliberato@smarcos.br