

**ACESSIBILIDADE DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA, NOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA
CIDADE DE IMPERATRIZ-MA-BRASIL ***

**PATIENT ACCESS WITH DISABILITIES PHYSICS,
IN THE DENTAL ESTABLISHMENTS OF THE
CITY OF IMPERATRIZ-MA-BRAZIL**

Rafaela BRANDÃO DE JESUS **
Patrícia SANTOS-OLIVEIRA ***
Etevaldo Matos MAIA FI ****

* Trabalho de Monografia realizado para a conclusão do Curso da Graduação Bacharelado em Odontologia, promovido pelo a Faculdade de Imperatriz-MA-FACIMP.

** Ex-acadêmica da Graduação de Odontologia da Faculdade de Imperatriz-MA, Facimp.

*** Professora Titular de Endodontia da Faculdade de Imperatriz-MA, FACIMP. Especialista em Endodontia e Orientadora da monografia.

**** Professor de Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Ceuma. Doutor em Endodontia.

RESUMO

Na Odontologia é considerado paciente com necessidades especiais, todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, impedindo de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Estão aqueles com necessidade física e, os com restrições de mobilidade temporárias ou definitivas. Este trabalho foi realizado com a finalidade de avaliar acessibilidade de pessoas com deficiência física ou restrições permanentes de mobilidade em estabelecimentos odontológicos. Foi realizada pesquisa de campo com caráter descritivo através da aplicação de formulário com seis perguntas fechadas nas clínicas e, consultórios odontológicos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil. Foi efetuado estudo descritivo e qualitativo de coleta de dados através de formulários aplicados nos estabelecimentos odontológicos desta cidade. Foram avaliados 30 estabelecimentos odontológicos, aleatoriamente, no período de abril a agosto do ano de 2015. Dos entrevistados 73,3% (22) responderam que seus estabelecimentos estavam sim ou parcialmente aptos a receber portadores de deficiência física. 90,9% (20) possuíam portas largas e corredores largos. 95,5% (21) com rampas de acesso para portadores. 22,7% (5) com degraus com corrimão. 18,2% (4) com vagas para deficiente no estacionamento. (21) com corredores largos e, somente 9,1% (2) com rampa com corrimão. Em relação àqueles que afirmaram que havia no estabelecimento banheiro específico para deficientes (9 casos), 7 (77,8%) afirmaram terem puxadores horizontais na entrada do banheiro e, 4 (44,4%) disseram possuir piso antiderrapante. Os resultados obtidos concluem que consultórios da cidade de Imperatriz-MA-Brasil ainda necessitam adaptar-se às estruturas físicas, para melhor acessibilidade dos portadores de deficiência física.

ABSTRACT

In dentistry is considered patient with special needs, every user to submit one or more limitations, temporary or permanent that prevents you from being subjected to a conventional dental situation. Among these patients are patients with physical needs and those with temporary or permanent mobility restrictions. This work was performed in order to assess accessibility for people with physical disabilities or permanent mobility restrictions in dental facilities. A field research with descriptive character by applying a form with six closed questions in dental offices and clinics in the city of Empress Ma was held. This is a descriptive and qualitative study through a collection of data through forms applied in clinics and dental offices in the city of Imperatriz-Ma-Brazil. A total of 30 dental establishments, randomly, from April to August of 2015. Among the 73.3% (22) of the respondents who answered that their businesses were Yes or partially able to receive people with physical disabilities 90, 9% (20) had wide doors; 95.5% lakes and corridors (21); 63.6% access ramps for people; 22.7% (5) steps with handrails; 18.2% (4); handicapped spaces in the parking lot; (21) wide hallways and only 9.1% (2) ramp with handrail. Than those who said they were in the bathroom specific establishment for disabled (9 cases); 7 (77.8%) claimed to have horizontal handles in the bathroom doorway; and 4 (44.4%) said they have non-slip floor. According to the results it is concluded that the offices in the city of Imperatriz-MA-Brazil still need improvement adaptations for people with physical disabilities.

Unitermos - Acessibilidade; Estabelecimento odontológico; Deficiência física.

Uniterms - Accessibility; Dental establishment; Disability.

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência física têm grande dificuldade de se locomoverem, enfrentam limitações no seu dia-a-dia. Estas limitações estão intimamente ligadas à falta de acessibilidade, ou seja, às condições que permitem o exercício da autonomia e a participação social do indivíduo, podendo interferir e também prejudicar no seu desenvolvimento social, contribuindo para a sua exclusão na sociedade (**TORRES; MAZZONI; ALVES, 2002**).

A palavra acessibilidade historicamente começou a ser usada na década de quarenta, para indicar a condição de acesso das pessoas com deficiência, vinculada aos serviços de reabilitações física e profissional (**ARAUJO; CÂNDIDO; LEITE, 2009**). O dicionário Aurélio nos diz que "acessibilidade" é um substantivo que denota a qualidade de ser acessível, na aquisição e na aproximação por sua vez, é um adjetivo que indica aquilo que se pode chegar facilmente, que fica ao alcance (**AURELIO, 2011**).

Na área da deficiência, quando este termo começou a ser utilizado, estava restrito ao ambiente construído e, designava a eliminação de barreiras arquitetônicas. A expressão que usavam antigamente era a "eliminação de barreiras" (**SASSAKI, 2004**). Pacientes portadores de necessidade especiais adquiriram direitos que fortaleceram sua participação na sociedade, havendo ainda necessidade de obter alguns objetivos, como o direito a acessibilidade em edifícios públicos e privado, conseguindo espaços livres de barreiras que dificultam sua locomoção, diminuindo assim os transtornos de acessibilidade na sua vida cotidiana (**GODOY; NUNES; REIS et al., 2000**).

De acordo com princípio doutrinário a equidade é termo que trata cada indivíduo de acordo com sua condição física. Atualmente este princípio não é realidade vista com frequência e, portadores ainda são discriminados (**TOBIAS, 2003**). "*A Lei nº 7.853/89 promove a integração social e define punições quando se nega emprego, saúde e educação, a mesma regulamentação que é garantido de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privado, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriada*" (**TOBIAS, 2003**).

O objetivo foi avaliar acessibilidade de pessoas com deficiência física ou restrições permanentes de mobilidade nos estabelecimentos odontológicos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Deficiências físicas

São consideradas Pacientes com Necessidades Especiais (PNE's), aquelas pessoas com prejuízo ou condição limitante, física, mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional, necessitando de cuidados especiais de saúde (**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2006**).

O conceito de deficiência foi ampliado, estabelecendo-se uma interação entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e, os fatores do contexto sócio ambiental. A deficiência, antes conceituada como incapacidade, passa a ser entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. Na Odontologia, o paciente com necessidade especial é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporária ou permanente, de ordem mental, física, emocional, de crescimento ou médica, impedindo-o de ser submetido a uma situação odontológica convencional. A deficiência física é conceituada como decorrente de problemas ortopédicos, que dificultam ou impossibilitam a realização de movimentos comuns à média das pessoas **(ROCHA, 2012)**.

O Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999 descreve a deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Houve a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, firmando princípios importantes do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade além de, estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais para a reabilitação da pessoa com deficiência física **(AMARAL; HOLANDA; QUIRINO et al., 2012)**.

O direito à acessibilidade de pessoas com deficiência se fundamenta nos direitos humanos e de cidadania, sendo regulamentado, no Brasil, pela Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR, 2004). A existência da legislação, todavia, não implica em uma materialização do direito à igualdade, cidadania e acessibilidade. Em nosso meio, os problemas sociais e econômicos ainda significam que muitas pessoas ficarão “à margem” da sociedade, e, não terão seus direitos garantidos **(WAGNER et al., 2010)**.

As pessoas com deficiência motora possuem uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem ainda movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou de outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, estas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes **(SILVA; PANHOCA; BLANCHMAN, 2004)**.

Acesso/acessibilidade dos deficientes físicos aos diversos serviços de saúde

A acessibilidade a serviços de saúde refere-se a suas características que permitam que sejam facilmente utilizados pelos usuários potenciais. É de fundamental importância promover melhorias na organização dos serviços de saúde, voltados para a garantia da acessibilidade **(PINTO; TEIXEIRA; SANTOS et al., 2014)**. Acesso é a forma como as pessoas ganham a acessibilidade, ou seja, a disponibilidade, as dificuldades / facilidades para obterem os serviços de saúde que necessitam e, portanto, o seu acesso. Já o conceito de acessibilidade avança para além da entrada nos serviços de saúde, indicando o grau de ajuste e desajuste entre as necessidades dos pacientes. Também, serviços e recursos utilizados incluindo adequação dos profissionais de saúde e recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde desses pacientes **(ROCHA, 2012)**.

A utilização dos serviços de saúde está relacionada aos fatores de acesso e acessibilidade. O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete-nos ao conceito da integralidade, que exige serviços de saúde organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade sua promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema **(OLIVEIRA; ALMEIDA; OLIVEIRA et al., 2012)**.

A acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, podendo ser distinta em duas classes, a sócia organizacional e a geográfica. Fatores ligados à acessibilidade sócio organizacional são o tempo de espera para a marcação de consulta e atendimento, facilidade na realização de exames e, aquisição de medicamentos. A geográfica é a distância da casa ao serviço, atributos essenciais para a garantia da qualidade na atenção básica **(MENDES et al., 2012)**.

Embora pessoas portadoras de deficiência física estejam presentes em grande número na sociedade principalmente em ambientes hospitalares e odontológicos, isto não garante a sensibilização e reflexão dos profissionais da saúde sobre as dificuldades encontradas por eles no dia-a-dia. Observa-se com frequência que as necessidades destas pessoas dentro de hospitais, consultórios públicos e particulares, enfrentam intimamente barreiras arquitetônicas que comprometem o acesso e, a mobilidade dos portadores de deficiência física **(PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007)**.

A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, posta em cheque a implantação do SUS, sendo ainda um problema que requer solução urgente, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção. As filas de espera organizam o acesso num princípio igualitário, de maneira a proteger a prioridade daqueles que chegam antes. Apesar dos esforços, o acesso a serviços médicos e odontológicos ainda permanece escasso, resultando em demora e, conseqüentemente, em filas de espera para o atendimento **(ZAITTER, 2009)**.

Os problemas de acessibilidade para paciente com deficiência física se ampliam de modo assustador, devido questões estruturais e culturais. A baixa renda, aliada aos problemas educacionais e de segurança, resulta em dificuldade em exigir seus direitos. A falta global de alternativas institucionais que dê conta da acessibilidade leva a comunidade a construir suas próprias alternativas, nem sempre adequadas a este fim **(WAGNER et al., 2010)**.

Os ambientes são dotados de barreiras, visíveis e invisíveis, que vêm a extrair-lhes, total ou parcialmente, a acessibilidade. As barreiras visíveis são os obstáculos concretos que prejudicam a acessibilidade nos espaços. Como no caso das escadas que dificultam a locomoção de pessoas idosas, mormente aquelas que caminham apoiando-se em muletas ou valendo-se de cadeiras de rodas. A noção de barreiras invisíveis parte de um referencial subjetivo, baseando-se nas características do usuário de um determinado espaço. Grau de acessibilidade é medido a partir da deficiência apresentada pela pessoa dentro de um ambiente. Largura da porta de um elevador não representa uma barreira, todavia, se não observar determinadas medidas, impossibilitará ao cadeirante à utilização de referido meio de transporte **(CASTRO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2011)**.

Elevadores devem obedecer a requisitos como ter a cabine com 1,40 m de profundidade por 1,10 m de largura. Botoeiras devem ter relevo em

Braille e o sistema de alertas dotado de sinais sonoros ou de voz, anunciando cada andar. No banheiro junto à bacia sanitária, na lateral e no fundo, devem ser colocadas barras horizontais para apoio e transferência e, comprimento mínimo de 0,80m a 0,75m de altura do piso acabado. Rampas de acesso devem ter pequena inclinação, corrimão e borda de proteção, para evitar que as rodas da cadeira ou dos carrinhos de bebê saiam de lado **(ABNT, 2004)**.

Estudos epidemiológicos do acesso do deficiente físico às clínicas médicas e odontológicas

No Brasil, a grande maioria dos 17 milhões de pessoas com deficiência tem sido excluída de todos os setores da sociedade, sendo-lhes negado o acesso aos principais benefícios, bens e oportunidades disponíveis às outras pessoas em todas as áreas de atividade, como educação, saúde, mercado de trabalho, lazer, esporte, turismo, artes e, cultura **(SASSAKI, 2004)**.

A acessibilidade e a utilização de serviços de saúde em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL) observaram em seus resultados que mais de 50% dos entrevistados procuraram o serviço das USF e, destes, 78,7% afirmaram ter utilizado a consulta. Em relação à acessibilidade organizacional encontraram-se problemas como longo tempo de espera pela consulta e, barreiras geográficas foram encontradas no processo de utilização da USF, contudo, não impediram a realização da consulta **(OLIVEIRA; ALMEIDA; OLIVEIRA et al., 2012)**.

Foi avaliada a acessibilidade nas Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família (UB-ESF) e Unidades Básicas Tradicionais (UB-T) da cidade do Recife, PE. Brasil, em 2009 e os resultados indicaram boa vinculação dos usuários evidenciando a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde. Na confrontação entre UB-ESF e UB-T as avaliações foram sempre favoráveis à estratégia de saúde da família, diferenças nem sempre significativas. O resultado geral evidenciou grande insatisfação geral com facilidade para obter medicamentos, realizar os exames, com o tempo de espera e o acesso à referência especializada, demonstrando a existência de problemas organizacionais, podendo se constituir em barreiras limitando a acessibilidade dos usuários aos serviços básicos de saúde **(MENDES et al., 2012)**.

Foi analisada, também, a acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro, RJ, Brasil, para portadores de deficiência física e, resultados vieram a demonstrar que têm um baixo índice de obtenção da acessibilidade. A burocracia e o custo das múltiplas viagens foram as principais dificuldades para famílias próximas ou abaixo da linha de pobreza e, filhos com problemas de locomoção e doença crônica. Outras dificuldades foram o desinteresse profissional, descrédito, sistema educacional despreparado, além das dificuldades de acesso **(ELIAS; MONTEIRO; CHAVES et al., 2008)**.

A acessibilidade e deficiência física foram avaliadas para identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará, Brasil e, em seus resultados constatou-se a presença de rampas de acesso (100%); escadaria sem corrimão (50%); portas possuindo largura ideal (100%); as de vai-e-vem não têm visor (100%); áreas internas de circulação possuem obstáculos (100%); piso das rampas não antiderrapantes (100%); rampas e escadas

com corrimão (50%), mas fora do padrão legal. Um hospital é térreo, os outros possuem treze escadas internas; balcões (80%) e, assentos públicos (33%) atendem à legislação; bebedouros e telefones não são acessíveis (97%). Constatou-se então que há barreiras físicas impedindo o acesso facilitado do deficiente físico e, a legislação que regulamenta os direitos do deficiente físico não está sendo adequadamente cumprida (**PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007**).

Atenção à saúde dos pacientes com necessidades especiais

Pacientes com necessidades especiais estão cada vez mais presentes no dia-a-dia do CD, devido com os passar dos anos ter aumentado sua expectativa de vida. Porém, alguns profissionais ainda têm ou sentem dificuldade em atendê-los, pois há a necessidade de ter as adequações ergonômicas no consultório do CD. Ele deverá submeter-se a treinamento pois alguns CDs não tiveram a disciplina de pacientes com necessidade especiais (PNE'S) na graduação (**SILVA; PAGNONCELLI; WEBER et al., 2005**).

Foi realizado projeto de atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais por treze anos promovendo a saúde tendo como foco a atenção odontológica básica com ênfase nas atividades de promoção de saúde bucal, como aplicação tópica de flúor, orientação da dieta e, higienização bucal. As crianças atendidas neste projeto têm a faixa etária de 0 a 12 anos de idade correspondendo à maioria dos pacientes atendidos. Devido o foco na promoção de saúde bucal houve uma queda do percentual dos indivíduos livre de cárie, acima de (65%), média superior em relação aos outros pacientes sem nenhuma deficiência, tendo uma resposta positiva em relação a sua saúde bucal (**VITTORINO et al., 2011**).

No atendimento odontológico aos deficientes físicos deve ser levado em consideração, o direcionamento da anamnese aos pais, com o objetivo de levantar a história clínica do cliente, buscando maior facilidade na hora da realização do exame bucal, bem como a execução do plano de tratamento. Por isso é importante à assistência odontológica, como promoção de saúde bucal através de palestras, ações educativas e, sua prevenção e, com o uso das atividades curativas, também (**SILVEIRA; OLIVEIRA; PADILHA, 2002**).

Fato muito importante no atendimento destes pacientes é a relação profissional - paciente, pois tem que ter o conceito de igualdade para todos os seres humanos, sendo de responsabilidade dos profissionais a promoção da saúde bucal e, o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido pelo paciente ou responsável (**PERES; PERES; SILVA, 2005**).

A saúde bucal do paciente com deficiência física

Estudos epidemiológicos relativos à saúde bucal têm apontado quadro preocupante, pois adultos jovens e idosos, apresentam alta proporção de dentes perdidos, revelando grande necessidade de tratamento protético e, outros procedimentos especializados. Observa-se, também, que a utilização de serviços odontológicos pela população brasileira é baixa, reduzindo com a idade. Razões para a baixa utilização podem estar associadas à disponibilidade, barreiras de

acesso a serviços odontológicos e, às características dos sistemas municipais de saúde (SOUZA; CHAVES, 2010).

Foi realizada uma pesquisa sobre a avaliação das condições de saúde bucal de 74 pacientes portadores de necessidade especiais. Nesta pesquisa comprovaram-se as doenças da cavidade bucal e, (52%) dos entrevistados apresentaram higiene bucal deficiente e, quanto aos dentes cariados perdidos e obturados CPO-D foi de (12,6%), tendo a prevalência muito alta. Quanto à prevalência do trauma dental foi de (19%), sendo (7,3%) em um único dente e, (27%) em dois ou mais dentes (QUEIROZ; RODRIGUES; CORDEIRO JR. *et al.*, 2014).

Com relação às perguntas específicas sobre a saúde bucal, (54,4%) dos responsáveis afirmaram que o profissional nunca citou a necessidade de tratamento odontológico. Pelo relato dos pais (75,4%) dos pacientes com necessidades especiais já fizeram algum tratamento odontológico, dos quais (3,5%) realizaram tratamento de rotina, (14%) tratamento periodontal, (5,3%) exodontia e, (40,4%) tratamento de restauração, devido à cárie. Ainda, (79%), relataram que seu filho ainda precisa de tratamento odontológico. Nesta pesquisa uma das maiores dificuldades encontrada pelos acompanhantes ou responsáveis foi que (33,3%) dos CDs atendam ou estão aptos a atender os pacientes com deficiência física e, o custo deste tratamento se torna (33,3%) mais caro, pois a maioria é de baixa renda (QUEIROZ; RODRIGUES; CORDEIRO JR. *et al.*, 2014).

Adaptações para pessoas com deficiência física

Acessibilidade de acordo com as Normas Brasileiras regulamentadoras (NBR 9050, 2004) e, a área de circulação e, a largura para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeiras de rodas (Fig. 1).

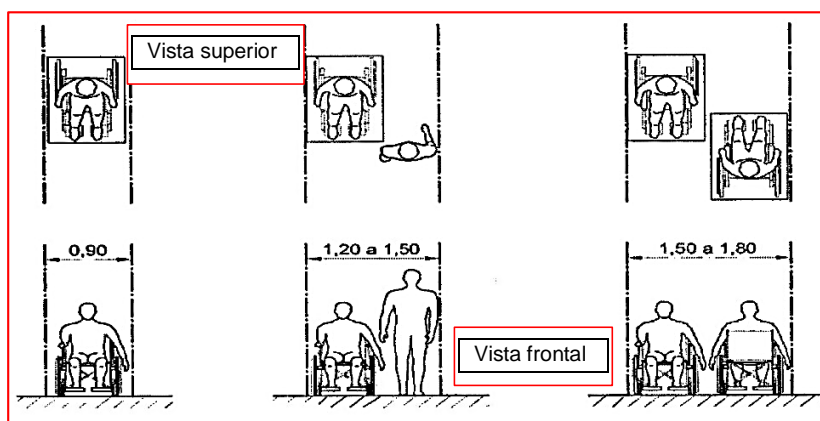


Fig. 1 - Largura para deslocamento em linhas retas.

Fonte - ANBR, NBR 9050:2004.

Pisos

Devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, não provocando trepidação em dispositivo com rodas como cadeiras ou carrinhos de bebê. Admite-se inclinação transversal da superfície até 2% para pisos internos e, 3% para externos e, inclinação longitudinal máxima de 5%. Inclinações superiores a 5% são consideradas rampas (NBR 9050, 2004).

Rampas

Rampas de acesso têm modelo padrão com pequena inclinação, corrimão e borda de proteção evitando que as rodas da cadeira ou carrinhos de bebê saiam de lado, permitindo, também, utilização da rampa pelos idosos (**NBR 9050, 2004**).

Corrimões

Devem ser instalados em ambos os lados dos degraus isolados, das escadas fixas e rampas, devendo ter a largura entre 3,0cm e 4,5cm. Devem ser deixados a um espaço livre de no mínimo 4,0cm entre a parede e o corrimão, permitindo bom deslizamento e, preferentemente circulares (**Figs. 2 e 3**) (**NBR 9050, 2004**). Para degraus isolados e escadas, a altura dos corrimões deve ser de 0,92m do piso, medidas de sua geratriz superior. Para as rampas e opcionalmente escadas, corrimões laterais devem ser instalados a duas alturas: 0,92m e 0,70m do piso, medidas da geratriz superior (**Fig. 4**) (**NBR 9050, 2004**).

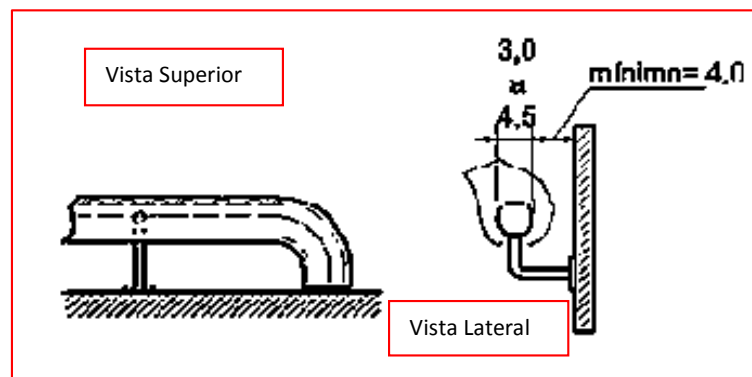


Fig. 2 - Empunhadura de Corrimão.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

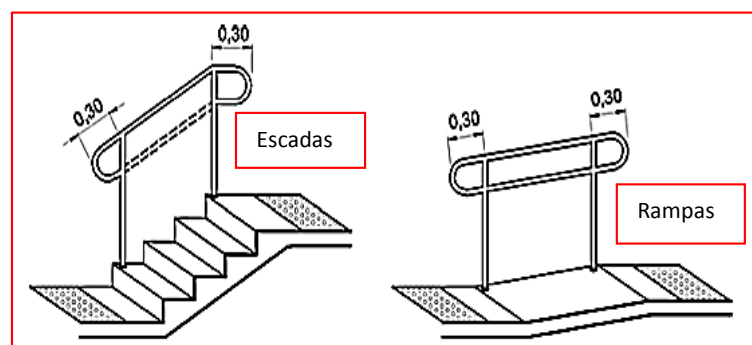


Fig. 3 - Exemplos de corrimões em escadas e rampas.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

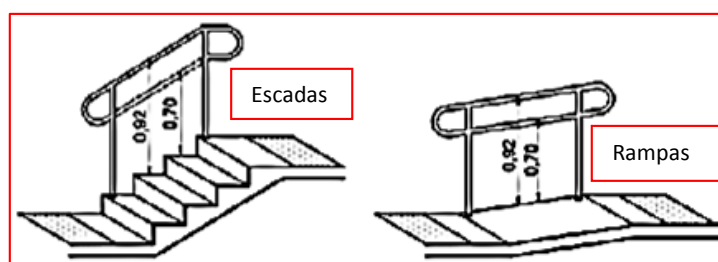


Fig. 4 – Altura dos corrimões em rampas e escadas.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

Corredores

Ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando faixa livre de barreiras ou obstáculos. Larguras mínimas para corredores em edificações e equipamentos urbanos são de 0,90m para aqueles de uso comum com extensão até 4,00m. 1,20m para corredores de uso comum com extensão até 10,00m e, 1,50m para corredores com extensão superior a 10,00m. 1,50 m para corredores de uso público e, maior que 1,50m para grande fluxo (**Fig. 5**).

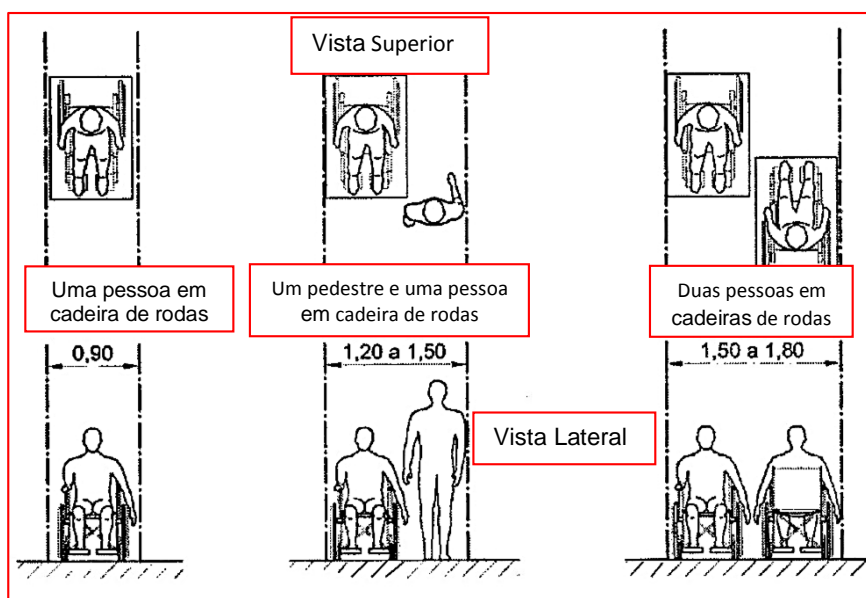


Fig. 5 - Representações como devem ser as distâncias dos corredores de acordo com a NBR 9050.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

Portas

Elevadores, devem ter vão mínimo de 0,80m e, altura de 2,10m. Portas de duas ou mais folhas, mecanismo de acionamento devem requerer força humana direta igual ou inferior a 36N. Ter condições de serem abertas com único movimento e, suas maçanetas tipo alavanca, instaladas a altura entre 0,90m e 1,10m. Quando em rotas acessíveis, recomenda-se que tenham na parte inferior, inclusive batente, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até altura de 0,40m a partir do piso (**Fig. 6**) (**NBR 9050, 2004**).

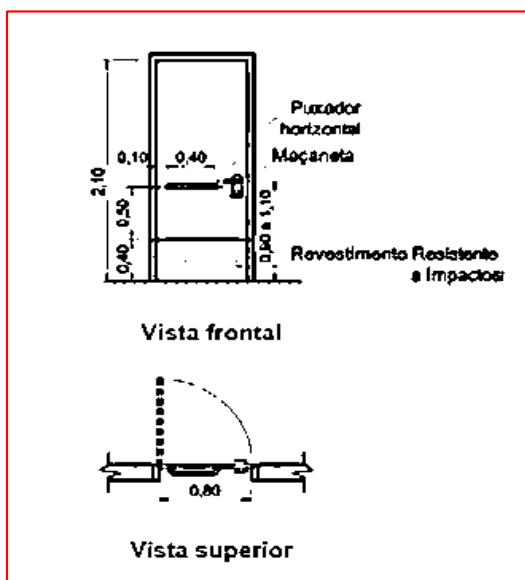


Fig. 6 – Normas para porta nas vistas frontal e superior.

Fonte - ANBR, NBR 9050:2004.

Vagas de estacionamento de veículos de pessoas com deficiência

Vagas para estacionamento de veículos que conduzidos por pessoas com deficiência devem ter sinalização horizontal, contar com um espaço adicional de circulação com no mínimo 1.20m de largura, quando afastada a travessia de pedestre, ter sinalização vertical para vagas em via pública (Fig. 7) (NBR 9050, 2004).



Fig. 7 – Sinalização vertical em espaços internos.

Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

Banheiro

Deve ter bacia sanitária, na lateral e outra, no fundo devendo ser colocadas as barras horizontais para apoio e transferência do deficiente físico com comprimento estabelecido mínimo de 0,80m a 0,75m de altura. A distância do eixo da bacia e face da barra lateral do vaso é de 0,40m. O vaso é instalado com a altura de 0,43m a 0,45m e, a descarga fica em uma altura de 1,0m de altura no sistema de alavanca ou automático, enquanto o papeleiro fica a 0,50m a 0,60m do piso (**Fig. 8**) (**NBR 9050, 2004**).

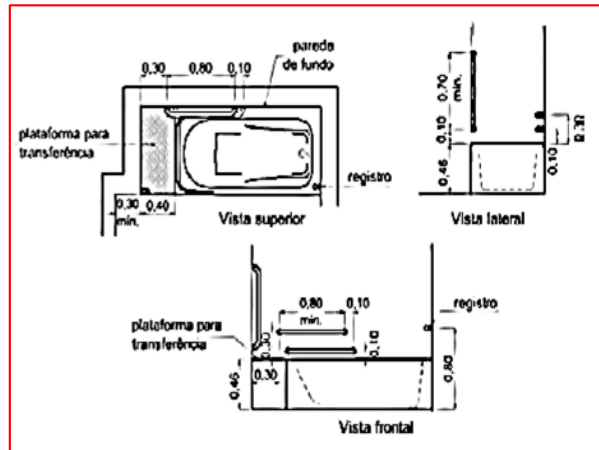


Fig. 8 – Banheiro nas vistas superior, lateral, frontal.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

Barras

Barra vertical deve ter comprimento mínimo de 0,70m e altura de 0,75m, do piso acabado e, distância de 0,45m da borda frontal do banco. Barra horizontal deve conter comprimento mínimo de 0,60m, a uma altura de 0,75m do piso acabado e, uma distância máxima de 0,20m da parede de fixação do banco. Barra em L em substituição às verticais e horizontais, com seu segmento de 0,70m, de comprimento mínimo, com altura de 0,75m do piso acabando no segmento horizontal e, distância de 0,45m da borda frontal do braço de segmento vertical (**Fig. 9**) (**NBR 9050, 2004**).

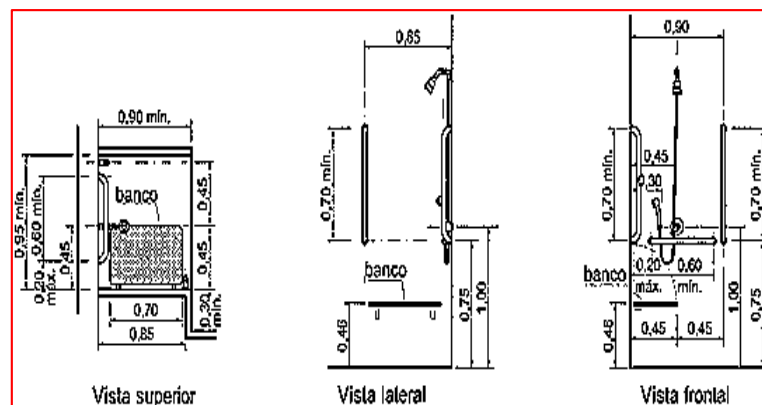


Fig. 9 - Exemplos de barra, horizontal, vertical e em L.
Fonte - ANBR, NBR 9050, 2004.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização da pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa através do levantamento de dados utilizando a técnica de coleta de informações.

Local da pesquisa

O presente estudo foi realizado nas clínicas e consultórios odontológicos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil. Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Imperatriz – FACIMP sob o protocolo de número: 95 - 14.

Amostragem

Foram avaliados 30 estabelecimentos odontológicos, aleatoriamente, no período de abril a julho do ano de 2015.

Critérios de inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa os responsáveis técnicos dos consultórios odontológicos que aceitaram a participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão

Responsáveis técnicos que não quiseram participar do trabalho, além dos formulários que não estavam devidamente preenchidos, não participaram.

Instrumentos de coleta dos dados

Foi aplicado um formulário elaborado de acordo com o objetivo deste estudo, contendo 6 perguntas fechadas. Foram analisados, critérios pertinentes à estrutura física como rampas de acesso, degraus com corrimão, vagas de estacionamento para deficiente físico, banheiros verificando se haviam barras com puxador horizontal na entrada do banheiro, pisos antiderrapantes além de verificar se pessoas com deficiência física frequentam o estabelecimento para atendimento Odontológico e, também, se o consultório ou clínica é cadastrado no CRO.

Aspectos éticos

O Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz-MA-Brasil (FACIMP), para avaliação. Após ter sido aprovado protocolo nº 95/14 (Anexo D), foi realizada coleta de dados.

Análise estatística

Todos dados foram tabulados no programa Excel 2010, onde foi criado banco de dados específicos para o presente estudo e, para a avaliação estatística descritiva foi usado o programa SPSS estatístico (*Statistical Package for Social Sciences*) na versão 21.0.

RESULTADOS

Amostragem foi constituída de 30 consultórios selecionados aleatoriamente. Dentre os avaliados 83% responderam que são cadastrados no Conselho Regional de Odontologia e, 16,7% responderam que não são cadastrados no CRO, mostrando a frequência absoluta e relativa para cada questão (**Tabela 1**). Evidencia a frequência das respostas dos 25 (83,3%) dos entrevistados respondendo que seu estabelecimento é cadastrado no CRO. 13 (43,3%) responderam que a estrutura física estava sim apta para o atendimento de pessoas com deficiência física. 12 (40%) dos CDs não atendem estes pacientes.

Tabela 1 - Frequências de absolutas e relativas (%) de respostas para cada questão levantadas.

	Sim	Parcialmente	Não
1. Seu estabelecimento é cadastrado no CRO?	25 (83,3%)		5 (16,7%)
2. Você acha que a estrutura física do seu estabelecimento Odontológico está apta para receber pessoas com deficiência física.	9 (30%)	13 (43,3%)	8 (26,7%)
3. Pessoas com deficiência Física costuma procurar o Estabelecimento para atendimento Odontológico.	10 (33,3%)	8 (26,7%)	12 (40%)

Fonte - Pesquisa realizada em Imperatriz-MA-Brasil.

Entre os 83,3% (22) dos entrevistados responderam que seus estabelecimentos estavam aptos a receber pessoas com deficiência, 15 (50%) com rampas de acesso para portadores, 19 (63,3%) não têm degraus com corrimão, 28 (93,3%) têm rampas com corrimão, 26 (86,7%) com vagas para deficiente no estacionamento, 26 (86,7%) com portas largas, 27 (90%) têm corredores largos e, 21 (70%) não têm banheiro específico para o deficiente físico (**Tabela 2**).

Tabela 2. Frequência absoluta dos itens de acessibilidade presente nos estabelecimentos.

4. No estabelecimento Odontológico há:	4.1 Rampas de acesso para portadores de deficiência física	15 (50%)	15 (50%)
	4.2 Degraus com Corrimão	11 (36,7%)	19 (63,3%)
	4.3 Rampas com corrimão	2 (6,7%)	28 (93,3%)
	4.4 Vagas para deficiente no estacionamento	4 (13,3%)	26 (86,7%)
	4.5 Portas Largas	26 (86,7%)	4 (13,3%)
	4.6 Corredores Largos	27 (90%)	3 (10%)
5. Tem no estabelecimento banheiro específico para deficiente físico.	9 (30%)		21 (70%)

Fonte: Pesquisa realizada em Imperatriz-MA-Brasil.

Cruzamento dos dados dos itens de acessibilidade presentes nos estabelecimentos pesquisados, 8 (36,4%) têm rampas de acesso para portadores de deficiência física, 3 (13,6%) têm degraus com corrimões, 2 (9,1%) possuem rampas com corrimões, 3 (13,6%) têm vagas para deficiente no estacionamento, 11 (50,0%) têm portas e corredores largos 12 (54,5%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Distribuição dos itens de segurança presente nos estabelecimentos.

ITENS DE ACESSIBILIDADE PRESENTES NO ESTABELECIMENTO	A estrutura física está apta para receber pessoas com deficiência física		Total
	Sim	Parcialmente	
Rampas de acesso para portadores de deficiência física	8 (36,4%)	6 (27,3%)	14 (63,6%)
Degaus com Corrimão	3 (13,6%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)
Rampa com corrimão	2 (9,1%)	0 (0%)	2 (9,1%)
Vagas para deficiente no estacionamento	3 (13,6%)	1 (4,5%)	4 (18,2%)
Portas Largas	9 (40,9%)	11 (50,0%)	20 (90,9%)
Corredores Largos	9 (40,9%)	12 (54,5%)	21 (95,5%)

Fonte: Pesquisa realizada em Imperatriz-MA-Brasil.

Em relação aos que afirmaram que havia no estabelecimento banheiro específico para deficientes, 7 (77,8%) dos entrevistados afirmaram terem puxadores horizontais na entrada do banheiro e, 4 (44,4%) disseram possuir piso antiderrapante (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Distribuição do consultório sobre se há barras com puxador horizontal na entrada do banheiro é piso antiderrapante.

ITENS PRESENTES DE SEGURANÇA PRESENTE NO BANHEIRO DO ESTABELECIMENTO	Tem no estabelecimento banheiro específico para deficiente físico
	Sim
Barras com puxador horizontal na entrada do banheiro	7 (77,8%)
Piso antiderrapante	4 (44,4%)

Fonte: Pesquisa realizada em Imperatriz-MA-Brasil.

DISCUSSÃO

A acessibilidade para pacientes com deficiência física em clínicas odontológicas ainda é tratada com certo descaso, podendo ser fruto de falta de informação ou até mesmo de interesse por parte dos profissionais, gerando preconceito e despreparo para tal atendimento. A inclusão é direito de todo ser humano independente da sua situação e, quando este direito é desrespeitado pode se estar inconscientemente cometendo um crime ou até mesmo um desrespeito ao próximo (**lei de nº 10.098/00**).

Por achados na literatura, pode-se deduzir que a falta de procura a atendimentos odontológicos por parte dos pacientes com deficiência física é devido

à falta de estrutura física nas clínicas odontológicas (**SOUZA; CHAVES, 2010**). Os resultados obtidos através desta pesquisa de campo, realizado por meio de entrevista dos responsáveis técnicos dos consultórios e clínicas odontológicas, mostram a realidade da acessibilidade dos pacientes com deficiência física da cidade de Imperatriz-MA-Brasil. Estes pacientes quase não procuram os estabelecimentos pela falta de acessibilidade, podendo sempre acarretar em problemas de saúde pública.

Ao avaliarem o local onde os pacientes eram atendidos, concluíram alguns autores que as barreiras arquitetônicas visíveis, atrapalhavam ou dificultavam o atendimento odontológico (**CASTRO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2011**). Um exemplo são as escadas que dificultam o acesso, a largura da porta dificulta, também, a entrada de um cadeirante. Nesta pesquisa a maioria dos estabelecimentos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil se encontrava com barreiras arquitetônicas que dificultavam o acesso aos pacientes com deficiência física. Não possuíam rampas de acesso para aqueles portadores de deficiência física, degraus e rampas com corrimões, ou ainda, apenas as portas eram largas na maioria dos consultórios.

Pesquisa foi efetuada sobre a avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais, encontrando (52%) dos pacientes com higiene oral deficiente, (12,6%) cariados perdidos e obturados CPO-D, tendo a prevalência alta, (19%) trauma dental em um elemento e (27%) trauma em dois dentes ou mais elementos (**QUEIROZ; RODRIGUES; CORDEIRO JR. et al., 2014**). De acordo com esta pesquisa 43,3% dos CDs responderam que seus estabelecimentos estão parcialmente aptos para atender pessoas com deficiência física, entretanto quando se avaliaram os itens de acessibilidade presentes, 63,3% não tinham degraus com corrimões, 93,3% rampas com corrimões, diminuindo a procura de pacientes com deficiência física.

Foi, também, realizada uma pesquisa em 89 unidades de saúde de Fortaleza, CE, Brasil onde, (90,4%) não dispõem de estacionamento reservado para pessoas com deficiência física (**ROCHA, 2012**). Tendo uma relevância com esta pesquisa, pois observou-se que (86,7%) dos estabelecimentos não possuem vagas nos estacionamentos disponíveis.

Uma das maiores dificuldades encontradas pelos pacientes com deficiência física é a necessidade de acompanhantes para o atendimento odontológico e, apenas 33,3% dos CDs atendem ou estão aptos a atender este tipo de paciente (**QUEIROZ; RODRIGUES; CORDEIRO JR. et al., 2014**). Dados perfeitamente concordes com esta pesquisa.

Os responsáveis pela maioria dos consultórios visitados durante esta pesquisa (43,3%) afirmaram que o estabelecimento está parcialmente apto para receber pacientes com deficiência física. No resultado da pesquisa (34,8%) relataram que seus estabelecimentos estão parcialmente aptos para atender estes pacientes (**ROCHA, 2012**).

A acessibilidade e deficiência física foram avaliadas, nas áreas internas do Hospital de Sobral-CE-Brasil e, nos seus resultados, observaram rampas de acesso (100%), portas que possuem largura ideal (100%), pisos das rampas não são antiderrapante (100%), rampas e escadas com corrimões (50%) fora do padrão de acordo com a (NBR 9050:2014) (**PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007**). Diferente dos resultados desta pesquisa, metade (50%) dos estabelecimentos odontológicos pesquisados possuem rampas de acesso para pessoas com deficiência física; (63,3%) não tem degraus com corrimões; (93,3%) não tem rampas

com corrimões; (86,7%) não há vagas para deficiente no estacionamento; (86,7%) tem portas largas; (90%) tem corredores largos; (56,7%) o piso do banheiro não é antiderrapante. É realmente lamentável.

Pesquisa foi realizada mostrando que os pacientes especiais estão cada vez mais presentes no cotidiano do CD, sendo comprovado que estes pacientes aumentaram a expectativa de vida com o decorrer dos anos (**SILVA; PAGNONCELLI; WEBER et al., 2005**).

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos pode se concluir que:

1. As clínicas e os consultórios odontológicos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil, ainda necessitam realizar adaptações para acessibilidade dos portadores de deficiência física.
2. Na maioria dos estabelecimentos onde foi realizada a pesquisa há falta de portas e corredores largos e, rampas de acesso.
3. A grande maioria dos CDs está apta a atender estes pacientes.
4. Há necessidade que a vigilância sanitária fiscalize e exija dos estabelecimentos odontológicos a adequação da estrutura física de acordo com as normas da ABNT.

REFERÊNCIAS *

- AMARAL, S. J. L. F.; HOLANDA, A. M. C.; QUIRINO, B. A. M. *et al.*, Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrições permanentes de mobilidade ao SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 7, p.1833-40, nov., 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of persons with special health care needs. *Pediat. Dent.*, v. 28, n. 5, p. 15, 2006.
- ARAÚJO, C. D.; CÂNDIDO, D. R. C.; LEITE, M. F. L. Espaços públicos de lazer: Um olhar sobre a acessibilidade para portadores de necessidades especiais. *Licere*, Belo Horizonte, MG, v. 12, n. 4, p. 564-1680, dez., 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9050 Acessibilidade a edifícios, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. *Normas Brasileira ABNT*, 2004.
- AURÉLIO, B. H. F. *Dicionário Escolar de Língua Portuguesa*. 2ª Ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2011.
- CASTRO, D. R.; OLIVEIRA, C. R. G. A.; ARAUJO, M. I. Estudo de acessibilidade organizacional aos serviços de saúde bucal de um município de pequeno porte do nordeste brasileiro. *Rev. brasil. Ciên. Saúde*, v. 14 n. 4, p. 65-76, 2011.
- ELIAS, P. M; MONTEIRO, C. M. L; CHAVES, R, C., Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciên. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 3, p.1040-50, mai./jun., 2008.

- GODOY, A.; NUNES, P. C.; REIS, A. D. *et al.*, *Cartilha da inclusão dos direitos da pessoa com deficiência*. Belo Horizonte, MG, PUC/MG; 2000.
- MENDES, G. C. A. *et al.*, Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: Um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 11, p. 2905-12, nov., 2012.
- OLIVEIRA, S. L.; ALMEIDA, N. G. L., OLIVEIRA, S. A. M. *et al.*, Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 11, p. 3047-56, nov., 2012.
- PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. E. A.; ALMEIDA, P. C. Acessibilidade e deficiência física: Identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, SP, v. 41, n. 4, p. 581-8, 2007.
- PERES, A. S.; PERES, S. H. C. S.; SILVA, R. H. A. Atendimento a pacientes especiais: Reflexão sobre os aspectos éticos e legais. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, Piracicaba, SP, v. 17, n.1, p. 49-53, 2005.
- PINTO, T. P. V.; TEIXEIRA, H. A.; SANTOS, R. P. *et al.*, Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Faculdade de Medicina de Sobral, Universidade Federal do Ceará*. 1985-2014.
- QUEIROZ, S. D. F.; RODRIGUES, F. L. M. M.; CORDEIRO JUNIOR, A. G. *et al.*, Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de Necessidades Especiais, *Rev. Odontol. UNESP*, v. 43, n. 6, p. 396-401, nov.,/dez., 2014.
- ROCHA, L. Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos Odontológicos em Fortaleza-Ce. *Tese de Mestrado*, Fortaleza—CE-Brasil, nov., 2012.
- SASSAKI, R. K. Pessoas com deficiência e os desafios da inclusão. *Rev. Nac. Reabil*, jul.,/ago., 2004.
- SILVA, O.; PANHOCA, L.; BLANCHMAN, I. Os pacientes portadores de necessidades especiais: Revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, Bauru, v. 23, n. 1, p. 109-16, 2004.
- SILVA, Z. C. da M.; PAGNONCELLI, S. D.; WEBER, J. B. B. *et al.*, Avaliação do perfil dos pacientes com necessidade especiais da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS. *Rev. Odonto Ciência—Fac. Odontol. PUCRS*, Porto Alegre, RS, v. 20, n. 50, p. 313-6, out.,/dez., 2005.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W. W. N. Avaliação da redução do índice de placa e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal em crianças. *Pesq. Odontol.*, São Paulo, SP, v. 16, n. 2, p. 74-169, abr.,/jun., 2002.
- SOUZA, L. F.; CHAVES, L. C. C. Política nacional de saúde bucal: Acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev. Baiana Saúde Púb.*, Salvador, BA, v. 34, n. 2, p. 371-87, abr.,/jun., 2010.
- TOBIAS, J. J. *Legislação comentada para pessoas portadoras de deficiência e sociedade civil organizada*. Brasília, DF, 2003.
- TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A; ALVES, J. B. M. A acessibilidade à informação no espaço digital. *Ciênc. Inform.*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 83-91, set.,/dez., 2002.
- WAGNER, C. L. *et al.*, Acessibilidade de pessoas com deficiência: O olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. *Ciênc. Movim.*, v. 12, n. 23, p. 55-67, 2010/1.

VITTORINO, G. G. *et al.*, Atendimento Odontológico a pacientes com necessidades especiais: treze anos promovendo sorrisos. *Arq. Odontol. Belo Horizonte*, 47 (Sulp 2), p. 12-15, dez., 2011.

ZAITTER, W. M. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Tese de Doutorado, São Paulo (SP): Universidade de São Paulo*; 2009.

* De acordo com as normas da ABNT e da Revista de Odontologia da ATO.

o0o