



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS
SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS EM
FORTALEZA-CE**

Lyana Leal Rocha

Fortaleza - Ceará
Novembro, 2012.

LYANA LEAL ROCHA

**ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS
SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS EM
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Fortaleza- CE
2012

R672a Rocha, Lyana Leal.

Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos odontológicos em Fortaleza-CE / Lyana Leal Rocha. - 2012.

79 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain.”

“Coorientação: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer”.

1. Acessibilidade. 2. Deficientes. 3. Odontologia-serviços. I. Título.

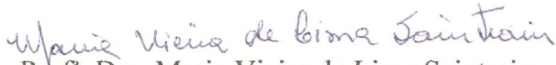
CDU 72.051.6(043.3)


LYANA LEAL ROCHA


**ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS
SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS EM
FORTALEZA-CE**


Grupo de pesquisa: Epidemiologia
Linha de pesquisa: Análise da situação de Saúde
Núcleo temático: Saúde Bucal


BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Orientadora – Universidade de Fortaleza - UNIFOR


Prof^ª. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Coorientadora – Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ


Prof^ª. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Membro Efetivo – Universidade Vale do Acaraú - UVA


Prof^ª. Dra. Marilene Calderaro da Silva Munguba
Membro Efetivo – Universidade de Fortaleza - UNIFOR


Prof^ª. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Membro Suplente – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Aprovação em: 04/12/2012

A Deus,
por estar presente em todos os momentos da
minha vida;
por fortalecer a minha Fé e não me deixar
sucumbir;
por servir de inspiração para alcançar meus
sonhos e
por transpor os obstáculos e galgar mais esta
conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Emílio Alberto Rocha (*in memoriam*) e Maria do Socorro Leal Rocha, pelo exemplo de vida e a retidão com que educaram seus filhos. A vocês minha eterna gratidão.

Ao meu irmão, Fábio Rocha, por tamanha disponibilidade e dedicação durante este período do Mestrado, tornando-se essencial para concretização dessa conquista.

Aos meus irmãos, Alexandre Hélder, Cynthia Leal e Kelma Leal Rocha, e a minha família, pelo amor e apoio compartilhados na realização de mais um sonho.

A minha filha Yana Furtado, por ser a grande razão de minha felicidade. Obrigada por ter a honra de ser sua mãe e por compreender minhas ausências.

Ao meu noivo Fernando Fontes, por me fortalecer nos momentos de angústia e insegurança, motivando-me a seguir adiante e enchendo-me de esperanças.

As minhas orientadoras, professoras Maria Vieira e Anya Pimentel, pela competência, disponibilidade para construirmos um projeto de pesquisa e hoje colhermos seus frutos.

Um agradecimento especial a todos os profissionais (cirurgiões-dentistas, Coordenador de Saúde Bucal das Secretarias Regionais, Agentes Comunitários de Saúde), pelo empenho em colaborar para efetivação deste trabalho. Em especial, cirurgiões-dentistas Yana Terra, Pedro Alves e Luiza Paula; o Coordenador de Odontologia-SER V, Dr. Boanerges, e a Agente Comunitário de Saúde – SER IV, Marília.

A minha eterna gratidão ao Prof^o Vicente Matias Cristino (UNIFOR), a Fausta (Instituto de Educação de Surdos do Estado do Ceará) e, em especial, às Pessoas com deficiência que participaram desta pesquisa, pela credibilidade e pela possibilidade dos resultados serem convertidos em ações sociais inclusivas e melhoria da qualidade de vida.

“Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar as que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras”.

Oração da Serenidade

RESUMO

Introdução: O Estado do Ceará é, atualmente, o terceiro com o maior índice de pessoas com deficiência no Brasil. Contudo, dados e informações acerca da acessibilidade dessas pessoas aos serviços odontológicos são muito limitados, mesmo diante de políticas públicas que garantem a atenção integral e asseguram o acesso a bens e serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência motora, auditiva e visual aos serviços públicos odontológicos do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas da ESF e da pessoa com deficiência. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa e analítica, utilizando-se de questionário estruturado. Tomaram-se como universo da pesquisa 89 cirurgiões-dentistas da ESF e 204 pessoas com deficiência do município de Fortaleza-CE. Os dados foram analisados estatisticamente, por meio do Software SPSS, versão 19.0. **Resultados:** Verificou-se que 43,1% dos usuários não reconhecem seu atendimento como prioritário na UBASF. 52,5% não costuma procurar o serviço odontológico e dos que buscam o serviço (n=97), 76,3% encontram dificuldade para receber atendimento odontológico e 84,5% o fazem em caráter de urgência. Quanto à organização dos serviços odontológicos, verificou-se 45% dos usuários desconhecem os serviços ofertados na unidade. 56,2% CD relataram dificuldade de comunicação com Surdos e 97,8% relataram a falta de Intérpretes nas UBASF. Entretanto, as pessoas com deficiência avaliaram as dimensões de acessibilidade com melhores resultados do que os CD ($p=0,001$). Cerca de 1/3 dos usuários e 43,8% dos CD relataram estrutura física inadequada ao acesso destas pessoas, por grande percentual disporem de portas, corredores, salas de espera e consultórios inacessíveis. Cerca de 60% dos CD apontaram como barreiras geográficas locais sem segurança e dificuldade com transporte, não percebidas como tal pela maioria dos usuários. **Conclusão:** Reconhece-se a ampliação do acesso aos serviços odontológicos em Fortaleza, todavia as condições de acessibilidade das UBASF e em seu entorno não favorecem o acesso de pessoas com deficiência à atenção à saúde bucal, devido às resistências proporcionadas pelas características geográficas, arquitetônicas, organizacionais, culturais e de comunicação, restringindo a procura e utilização desses serviços por este segmento social.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Acessibilidade; Serviços Odontológicos.

ABSTRACT

Introduction: The State of Ceará is the third in the country in the number of disabilities. However, data regarding their accessibility to oral health services are limited, despite public health policies assuring integrated health attention to this population. **Goal:** To evaluate the accessibility of people with physical, hearing and visual disabilities to public dental services in Fortaleza, from the perspective of ESF dentists and person with disabilities. **Methods:** Cross-sectional study with quantitative and analytical approach, using a structured questionnaire. A total of 89 ESF dentists and 204 disabled persons in Fortaleza-CE were investigated. Data were statistically analyzed using the SPSS software, version 19.0. **Results:** It was found that 43.1% of users do not recognize his service as a priority in UBASF. 52.5% do not usually seek dental service and seeking the service (n = 97), 76.3% find it difficult to receive dental care and 84.5% do so on an emergency basis. Regarding the organization of dental services, it was found 45% of users are unaware of the services offered in the unit. CD 56.2% reported difficulty in communicating with Deaf and 97.8% reported a lack of interpreters in UBASF. However, people with disabilities assessed the dimensions of accessibility with better results than CD (p = 0.001). Approximately 1/3 of users and 43.8% of CD reported inadequate physical structure to access these people, a large percentage dispose of doors, hallways, waiting rooms and offices unreachable. About 60% of CD appeared as geographical locations without safety barriers and difficulties with transportation, not perceived as such by most users. **Conclusion:** It is recognized that increased access to dental services in Fortaleza, however the accessibility of their surroundings and UBASF not favor the access of people with disabilities to oral health care due to resistance offered by geographic, architectural, organizational, cultural and communication, restricting demand and use by this social segment.

Keywords: People with Disabilities; Accessibility; Dental Services.

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição quanto ao perfil sociodemográfico dos pesquisados. Fortaleza-CE, 2012...	34
2	Características das pessoas com deficiências entrevistadas. Fortaleza-CE, 2012	36
3	Dados sobre a experiência dos CD's no manejo de pessoas com deficiência. Fortaleza-CE, 2012	37
4	Dados de acessibilidade geográfica, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD e associação entre as variáveis. Fortaleza-CE, 2012	38
5	Dados de acessibilidade arquitetônica, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012	39
6	Dados de acessibilidade organizacional dos serviços odontológicos, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012	40
7	Barreiras de comunicação, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012	41
8	Associações significativas (qui-quadrado) encontradas no estudo entre os usuários. Fortaleza-CE, 2012	42
9	Associações significativas (qui-quadrado) encontradas no estudo entre os usuários. Fortaleza-CE, 2012	43

LISTA DE SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CD	– Cirurgião-dentista
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas
CIF	– Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CPO-D	– Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
ESB	– Equipe de Saúde Bucal
ESF	– Estratégia Saúde da Família
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICES	– Instituto Cearense de Educação de Surdos
LIBRAS	– Língua Brasileira de Sinais
MS	– Ministério da Saúde
NAMI	– Núcleo de Atenção Médica Integrada
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	– Pacientes com Necessidades Especiais
SAC	– Serviço de Assistência a Cegos
SER	– Secretaria Executiva Regional
SPSS	– <i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBASF	– Unidade Básica de Saúde da Família
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Conquistas históricas dos direitos da pessoa com deficiência	18
3.2 Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde.....	21
3.2.1 Acesso/acessibilidade.....	21
3.2.2 Acesso/acessibilidade aos serviços de saúde.....	22
3.3 Atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência	24
4 MÉTODOS	28
4.1 Tipo de estudo.....	28
4.2 Local do estudo	28
4.3 Sujeitos do estudo	30
4.3.1 Definições de pessoas com deficiência e de acessibilidade para o estudo	30
4.4 Amostra do estudo.....	30
4.5 Instrumentos e coleta de dados	31
4.6 Organização e análise dos dados.....	32
4.7 Aspectos éticos.....	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	45
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	61
ANEXO	77

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu a Saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988). Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002), em conformidade com esse ideário democrático, foram assegurados os direitos das Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) nos mais diferentes campos. A partir de então outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89, n.º 8.080/90, n.º 10.048/2000 e n.º 10.098/2000, bem como os Decretos n.º 3.298/99 e n.º 5.296/2004, que dispõem sobre a Política Nacional para a integração da pessoa com deficiência, condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, prioridade de atendimento e promoção da acessibilidade, respectivamente (BRASIL, 1990; BRASIL, 1999; BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das pessoas dos países do terceiro mundo, em tempo de paz, apresentam algum tipo de deficiência, das quais 5% apresentam deficiência mental; 2% física; 1,5% auditiva; 0,5% visual e 1% múltipla (SILVA *et al.*, 2004). No censo 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) concluiu que no Brasil havia 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população) com deficiências, sendo 48,1% de deficientes visuais, 4,1% físicos, 8,3% mentais, 22,9% motores e 16,7% auditivos. Demonstrou-se, também, que o número de pessoas com deficiência aumenta com a idade e que há uma maior quantidade dessas pessoas no nordeste (16,8%) que no sudeste brasileiro (13,1%) (LIMA *et al.*, 2006).

A OMS afirma que a prevalência das deficiências no mundo é de uma pessoa a cada dez e que mais de 2/3 não recebem nenhum tipo de assistência buco-dentária (BRASIL, 1992; SAMPAIO *et al.*, 2004). Segundo o Relatório mundial da OMS sobre a deficiência (2012), mais de um bilhão de pessoas em todo mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre as quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis e apresentam piores perspectivas de saúde comparadas às pessoas sem deficiência. Conforme dados do levantamento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, 11% da população brasileira nunca consultou um dentista; dentre eles, 16,8% são de nordestinos e destes 17,5% cearenses (IBGE, 2010; IPECE, 2010).

Corroborando com esses dados, o Estado do Ceará, atualmente, é o terceiro com o maior índice de pessoas com deficiência no Brasil. De acordo com os dados do IBGE (2010),

o percentual da população residente no Estado com algum tipo de deficiência é de 27,69%, superior aos índices nordestino (26,63%) e nacional (23,92%). A capital do Estado, Fortaleza, possui população de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, em 2000, no seu último levantamento, foram estimados 293 mil pessoas com deficiência, o que significava quase 15% da população.

A incidência de cárie e doença periodontal em pessoas com necessidades especiais é igual ou superior a da população em geral (NUNN *et al.*, 1993; SOUZA FILHO *et al.*, 2010). Segundo Pereira *et al.* (2010), ao avaliar o perfil dos pacientes com deficiência atendidos no Projeto de Extensão do Curso de Odontologia em Canoas-RS, observou-se que aproximadamente 80% dos pacientes apresentavam experiência de cárie. Estes dados confirmam a necessidade de inclusão desse segmento populacional na atenção odontológica, haja vista que sua inclusão significa respeitar as necessidades próprias da sua condição, possibilitá-las o acesso aos serviços públicos de saúde, aos bens culturais e produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico (BRASIL, 2002). Entretanto, para que isto seja possível é preciso que seja implementada a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, assegurando a saúde bucal numa perspectiva de atenção integral (FRANÇA *et al.*, 2008).

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, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (BRASIL, 2006a).

De acordo com a orientação do Caderno de Atenção Básica nº 17- Saúde Bucal, do Ministério da Saúde (MS), as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem ser capazes de acolher, avaliar e prestar assistência odontológica a pacientes com limitações motoras, deficiência visual, auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos e transplantados. Recomenda que estes pacientes só devam ser encaminhados ao atendimento de nível secundário – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e terciário (ambiente hospitalar), nos casos em que as Unidades Básicas de Saúde (UBASF) extrapolem essa capacidade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a).

Portanto, é da responsabilidade da UBASF a garantia do acesso universal aos serviços de saúde a esta população. Sabe-se que a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolubilidade das ações,

viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A UBASF deve se constituir como o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante (BRASIL, 2006b; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Contudo, na Literatura, os dados e informações acerca da acessibilidade dessas pessoas aos serviços odontológicos são muito limitados.

A acessibilidade é entendida como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde, perante as resistências proporcionadas pelo meio, e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços (CASTRO *et al.*, 2011). Pode ser considerada como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características do sistema e dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem barreiras organizacionais e geográficas (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), além de barreiras da estrutura física das UBASF e da dificuldade de comunicação entre profissional – paciente.

Acredita-se que o conhecimento acerca da acessibilidade aos serviços públicos odontológicos oferecidos às pessoas com deficiência motora, visual e auditiva em Fortaleza, sob a ótica dos dentistas da ESF e das pessoas com deficiência, servirá de subsídios para o planejamento das ações em saúde bucal; detectar possíveis falhas e buscar soluções para a melhoria do acesso e da qualidade dos atendimentos odontológicos (PAWSON; TILLEY, 2001). Esta pesquisa tem como escopo avaliar a acessibilidade das pessoas com deficiência à UBASF, mais especificamente à atenção odontológica, investigando a presença ou não de barreiras geográficas, arquitetônicas, organizacionais, culturais, econômicas e de comunicação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência motora, auditiva e visual aos serviços públicos odontológicos do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas da ESF e da pessoa com deficiência.

2.2 Específicos

- Investigar a procura e a utilização dos serviços odontológicos por pessoas com deficiência na UBASF;
- Identificar as características geográficas, arquitetônicas e de comunicação existentes nas UBASF, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas e de pessoas com deficiência;
- Conhecer as características relacionadas à acessibilidade organizacional dos serviços odontológicos, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas e de pessoas com deficiência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para que se possa aprofundar o estudo desta temática, é necessário fazer uma breve contextualização do tema, o que possibilitará a compreensão do estudo, bem como auxiliará no recorte do objeto proposto para investigação nesta pesquisa.

Pessoas com prejuízo ou condição limitante, física, mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional, necessitam de cuidados especiais de saúde e por isso são considerados Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), segundo a Academia Americana de Odontopediatria (2006).

De acordo com a classificação internacional das deficiências (2003), as pessoas com deficiência motora possuem uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes (BRASIL, 2002; OMS, 2003; SILVA *et al.*, 2004). Mas para que essas pessoas, assim como as pessoas com deficiência visual, consigam ter autonomia para deslocar-se nas UBASF é necessário que a estrutura arquitetônica das unidades seja adaptada para tal.

A deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual total ou com baixa visão tem restringido a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID 10). A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde se calculam que existam de 0,6 a 0,9 pessoa cega para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior (BRASIL, 2002; SOUZA FILHO *et al.*, 2010). Porém, mesmo apresentando uma prevalência significativa na

população brasileira, ainda há poucas informações referentes à utilização dos serviços odontológicos por pessoas com este tipo de deficiência.

A deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ser afetadas na sua aprendizagem, no desenvolvimento e na atenção integral à saúde. De acordo com os dados divulgados pelo IBGE (2010), no Brasil existiam 19,5 milhões de pessoas com deficiência em 2009, e, destas, 290 mil com algum tipo de comprometimento auditivo.

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas por essas pessoas. Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade (SILVA *et al.*, 2004). Os surdos mesmo à margem, como são vistos por muitos, eles têm condições de resistência ao colonialismo linguístico e à violência simbólica (SKLIAR, 2003), possibilidades de articulações com seus pares com vistas à superação da exclusão.

“A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (SASSAKI, 1997, p. 3). A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais (BRASIL, 2002). Isto se estende ao Sistema de Saúde que deve ser universal, equânime, integral, capaz de acolher e prestar atenção à saúde de forma humanizada, respeitando as diferenças entre as pessoas.

À medida que o conceito de deficiência foi ampliado, estabeleceu-se uma interação entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental. A deficiência, antes conceituada como incapacidade, passa a ser entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal (SILVA *et al.*, 2004). Segundo Siqueira *et al.* (2009), o modelo médico da deficiência que reconhecia na lesão a primeira causa da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes perde espaço para o modelo social que não ignora o papel das estruturas sociais para a opressão e para a

determinação de várias dificuldades, como barreiras arquitetônicas enfrentadas por essas pessoas nas unidades de saúde.

Porém, o dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área (BRASIL, 2002). A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe desses dados, e não consideram as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população.

As causas, assim como as consequências da deficiência, sejam no nível individual do portador de deficiência ou no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (CUNHA, 1996).

Pessoas com deficiência necessitam, em muitos casos, de um maior apoio do setor saúde, entretanto pouco se sabe sobre a capacidade deste de atender, de forma integral, a esta necessidade. Um dos aspectos importantes desta atenção integral relaciona-se ao acesso desta parcela da população aos serviços de saúde.

3.1 Conquistas históricas dos direitos da pessoa com deficiência

Desde a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 23, Capítulo II, existe uma determinação de que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com deficiências” (BRASIL, 1988). No entanto, instrumentos legais foram necessários para regulamentar os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, tendo como destaque a Lei nº 7.853/89, artigo 2º, Inciso II, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social.

No que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e desenvolvimento de programas de saúde voltados para essas pessoas, desenvolvidos com a participação da sociedade (BRASIL, 1999).

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando as normas de proteção, dispondo sobre a obrigatoriedade de vagas reservadas para veículos de pessoas com deficiência ou que transportem essas pessoas; além de obrigar a instalação de rampas ou dispositivos eletromecânicos de deslocamento vertical para a transposição de desníveis entre cômodos dos estabelecimentos públicos de saúde (BRASIL, 1999; CASTRO *et al.*, 2011).

A Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência serviu de instrumento para orientar ações do setor Saúde voltadas a esse segmento social, adotando o conceito fixado pelo Decreto nº 3. 298/99, que considera “pessoa com deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 1999). Complementar a essa política, em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria nº 1060/2002, com propósitos gerais de proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Uma das grandes contribuições dessa política foi promover uma nova discussão em torno do conceito de deficiência, de limitações e de potencialidade (BRASIL, 2002), contribuindo para reflexão da sociedade em torno dessa temática.

Outros avanços também foram percebidos, referentes ao conjunto dos princípios que regem o SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que destacam o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso à saúde e à integralidade da assistência (art. 7º Incisos I, II, III, IV), ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Em 1991, o MS iniciou o programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1992). Este programa teve como diretrizes o apoio ao desenvolvimento de pesquisas e de estudos epidemiológicos que buscassem o diagnóstico da situação dos serviços de assistência à saúde da pessoa com deficiência e o levantamento das necessidades dessa clientela. Com isso, esperava-se obter dados para planejar, implantar, acompanhar e avaliar a assistência integral à saúde e reabilitação dessas pessoas. Entretanto, mesmo existindo há 20

anos, este programa ainda não foi implantado em sua plenitude no nosso país, apesar de suas diretrizes continuarem atuais (RIBEIRO; PINHEIRO, 2004).

Diante da necessidade de uma maior equidade, estabeleceram-se as Leis nº 10.048/2000, que dá prioridade de atendimento em repartições públicas às pessoas com deficiência; e a de nº 10.098/ 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, garantindo espaços físicos adaptados em repartições públicas e sua adequada manutenção. Essas leis foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004). Entretanto, não está claro para a população se as mesmas estão sendo cumpridas, visto que se observa em relação à estrutura física das unidades de saúde uma inviabilidade das condições de acesso a estas pessoas.

Em 2010, o MS disponibilizou às pessoas com deficiência e a suas famílias, aos conselhos e entidades de defesa, bem como aos profissionais da rede básica de saúde do SUS, a cartilha “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS”. Visando ao fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão. Assim como a melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS (BRASIL, 2010b). Porém, a disseminação dessas informações não é algo sistematizado nas UBASF e a incorporação dessas tecnologias em saúde não tem assegurado o acesso dos profissionais e da população as mesmas.

Apesar das pessoas com deficiência conquistarem políticas que asseguram acesso a bens e serviços de saúde (FRANÇA *et al.*, 2008), a maior parte das UBASF apresenta barreiras visíveis e invisíveis. Constituem-se barreiras visíveis os impedimentos concretos, como a falta de condições físicas e de comunicação que garantam a acessibilidade às pessoas com deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde. As invisíveis compõem a forma como essas pessoas são vistas pela sociedade, ou pelos profissionais de saúde, na maior parte das vezes representada pelas suas deficiências e não pelas suas potencialidades.

3.2 Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde

3.2.1 Acesso/acessibilidade

Acesso é um conceito complexo que varia entre autores e muda ao longo do tempo de acordo com o contexto. A terminologia acessibilidade também é variável. No presente estudo, será priorizado o termo acessibilidade, baseado em Donabedian (1988), que o emprega como – caráter ou qualidade do que é acessível –, definindo-o como um dos aspectos da oferta de serviços de saúde relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, dentre eles, PNE.

Acessibilidade é percebida em duas dimensões: a sócio–organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no acesso e uso dos serviços; e a geográfica, relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo do deslocamento, entre outros (DONABEDIAN, 1988). O conceito de acessibilidade avança para além da entrada nos serviços de saúde, indica o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados; incluindo a adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (CUNHA; VIEIRA-DASILVA, 2010; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Autores como Andersen (1995), preferem o substantivo acesso – ato de ingressar – para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde, sua utilização e à continuidade do tratamento. Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, ou seja, percebem a disponibilidade, as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo o MS (BRASIL, 2006c), o termo acessibilidade é conceituado como o grau de ajuste entre as características dos serviços e as características da população na busca e obtenção da atenção. É um conceito importante porque permite verificar se os serviços

favorecem de fato o acesso do usuário. É influenciada por diversos fatores, denominados como barreiras: geográficas – que representam a localização do estabelecimento, a distância a ser percorrida, os obstáculos a serem transpostos, entre outros; funcionais – horários e dias de atendimento e de agendamento de consultas, capacidade de atendimento de demanda, programas e ações de saúde oferecidas, entre outros; culturais – desrespeito e desconhecimento dos hábitos e costumes da população, destacando-se as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, pessoas com necessidades especiais, entre outros); e econômicas – medicamentos, exames e consultas especializadas não fornecidas, transporte, dentre outros. É de suma importância, portanto, que todas estas dimensões da acessibilidade sejam avaliadas.

Apesar de a Legislação Brasileira assegurar a todos os seus cidadãos o direito ao acesso a bens e serviços de saúde, observa-se que a arquitetura cidadina apresenta obstáculos ao deslocamento das pessoas, impondo a segregação de um estrato específico da sociedade: idosos, obesos, pessoas com deficiências físicas e sensoriais. Portanto, a remoção de barreiras arquitetônicas representa um importante passo para a integração das pessoas com deficiência nas suas atividades. Um mapeamento das vias públicas de um município de médio porte do Ceará apontou inviabilidade nas condições de acesso para pessoas usuárias de cadeira de rodas, muletas e com mobilidade reduzida às unidades básicas de saúde, pela inobservância das normas técnicas (NBR 9050/1994) descritas para o acesso dessas pessoas (ABNT, 2001; VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

No mesmo sentido, em 2009, um estudo descrevia as condições das unidades básicas de saúde, em sete estados brasileiros, em relação às barreiras arquitetônicas. Observou-se que cerca de 60% das unidades foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e pessoas com deficiência, devido à presença de degraus, falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados e salas de espera inadequadas, muitas vezes em decorrência de edificações adaptadas (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Outras inadequações dos serviços de saúde são encontradas como: demora no atendimento, falta de estacionamento, elevadores, cadeiras de rodas e de médicos (CASTRO *et al.*, 2011).

3.2.2 Acesso/acessibilidade aos serviços de saúde

Considerando as iniquidades em relação ao acesso aos serviços de saúde no país, a ESF se insere numa perspectiva de mudança do modelo assistencial a partir da reorganização da atenção primária à saúde. Este modelo assistencial visa garantir o acesso da população ao

sistema de saúde no nível local, atuando no território por meio da adscrição de clientela, do diagnóstico situacional e do planejamento de ações dirigidas aos problemas de saúde, de forma pactuada com a comunidade. Entretanto, ao se avaliar a acessibilidade geográfica à atenção primária, constatou-se que algumas áreas de abrangência das equipes situavam-se afastadas das unidades básicas de saúde, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010). Faz-se necessário, então, uma reflexão, se de fato essa reorganização do modelo assistencial está garantindo o acesso universal, equânime, e, integral às pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção mais alta de atendimentos financiados do próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

Dentre a população investigada na PNAD/1998, poucos não tiveram acesso a um serviço, ao procurar atendimento odontológico (3,7%); o grupo mais numeroso (33%) consultou dentista no período de um ano anterior à entrevista. Entretanto, uma parcela considerável (19%) declarou nunca ter consultado um dentista. A maioria dos atendimentos (69%) ocorreu em serviços particulares, destes quase 14% dos atendimentos odontológicos para o grupo mais pobre da população envolveram algum pagamento; o SUS respondeu por 24% dos atendimentos, enquanto 17% realizaram-se por meio de outros planos de saúde (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Ao compararmos estes dados com a PNAD/2008, percebe-se que em 10 anos cai de 19% para 7,8% o número de brasileiros que nunca foram ao dentista. As pessoas atendidas por problemas odontológicos foram as que melhor avaliaram o serviço, 93,6% consideraram o atendimento “muito bom ou bom”, sendo que 68,8% dos atendimentos por este motivo foram realizados pela rede particular, somente 31,2% foram realizados pelo SUS (IBGE, 2010). O fato da população em geral está procurando mais os serviços odontológicos é um avanço, porém o que deve ser questionado é qual a dificuldade encontrada pela população, em especial por PNE, para o acesso aos serviços odontológicos nas UBASF.

Uma pesquisa realizada em Ontário revelou que 89% dos cirurgiões-dentistas tratam pessoas com deficiência. No entanto, ficou demonstrado que um pequeno percentual de pessoas com deficiência procura por tratamento odontológico, apesar de a maioria delas

acreditar na importância do cuidado com a saúde oral e não encontrar dificuldade de acesso (KONERU; SIGAL, 2009). A problemática do acesso aos serviços de saúde pode variar, nos diferentes locais, mas como justificar a pequena procura por serviços odontológicos dos PNE, visto que suas necessidades odontológicas são iguais ou superiores a da população em geral?

É importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos de saúde. Neste contexto, menciona-se como aspecto relevante o desenvolvimento e a utilização do Braille e da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), porque facilitam a comunicação das pessoas que apresentam deficiência visual e auditiva, nesses serviços de saúde (BRASIL, 2010b). Mediante o Decreto 5626/05, os serviços de saúde devem atender diferencialmente a Comunidade Surda, minoria sociolinguística e cultural, usuária de LIBRAS, possibilitando-os o acesso e a utilização dos serviços odontológicos por esta demanda. Uma das maneiras de melhorar a atenção à saúde bucal dos PNE é organizar os sistemas de saúde, assim como suas ações e serviços nas UBASF, para recebê-los, eliminando barreiras de acesso, sejam elas geográficas, arquitetônicas, de comunicação ou atitudinais.

3.3 Atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência

Na odontologia, o atendimento as pessoas com necessidades especiais como especialidade é considerado novo. Poucos serviços odontológicos aceitam estes pacientes para tratamento, e quando aceito, na maioria das vezes, é de cunho cirúrgico restaurador, realizado sob anestesia geral, com poucas referências a respeito de Ética e legislação disponíveis para consulta (OMS, 2003).

Com a atual Política Nacional de Saúde Bucal, Portaria nº. 599/GM, de 23 de março de 2006, fica prevista a atenção à saúde bucal de indivíduos com necessidades especiais na atenção secundária, – CEO (BRASIL, 2006a). Acredita-se que a implantação dessa política possa de fato garantir maior acesso ao tratamento odontológico dessas pessoas. Neste sentido, o caderno de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal – orienta o cuidador da pessoa com necessidade especial, ao necessitar de tratamento odontológico, conduzi-lo, primeiramente a UBASF, a qual acolhe, avalia e trata ou encaminha para agendamento domiciliar, ou ainda para a atenção secundária – CEO ou terciária, dependendo da sua necessidade de saúde (BRASIL, 2006a). É posto que as equipes de saúde bucal na ESF devem acolher, avaliar e prestar assistência odontológica a pacientes com limitações motoras, visual, auditiva ou de

fala, e estes só deverão ser encaminhados ao atendimento no CEO e ou hospitalar nos casos em que a capacidade da UBASF seja extrapolada (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a).

Em 2010, num estudo de avaliação da saúde bucal nos deficientes visuais matriculados em escola da Associação dos Cegos do Piauí (SOUSA FILHO *et al.*, 2010), concluiu-se que o grupo de deficientes visuais estudados, da mesma forma que a população brasileira com visão normal, apresenta uma condição clínica insatisfatória, com Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) elevado, cujo aumento com o avançar da idade evidencia que a exodontia é o tratamento de escolha nestas populações. Tal fato é demonstrado pela análise da condição de saúde periodontal, em que muitos sextantes foram excluídos. Entretanto, os deficientes visuais estudados apresentaram uma autopercepção boa de sua saúde bucal e acesso adequado aos serviços odontológicos.

Evidencia-se, portanto, um contrassenso entre a realidade de saúde bucal encontrada nestes pacientes e a autoavaliação de sua condição de saúde bucal que os mesmos se referem. Com este estudo, demonstrou-se também que a ausência ou dificuldade de visão não é um fator agravante e preponderante em relação ao índice CPO-D. Embora as pessoas pesquisadas tenham afirmado que não receberam orientações sobre saúde bucal e que existe a necessidade de desenvolvimento de novas formas de ensino que sejam efetivas na motivação e treinamento da habilidade psicomotora para realização de uma higiene bucal adequada pelos deficientes visuais. Ocorre desconhecimento e preconceito por parte do Cirurgião-dentista (CD) frente ao atendimento de paciente com deficiência visual não por conta das características estomatológicas, mas pelas condutas que devem ser particularizadas (CARVALHO *et al.*, 2010).

As maiores necessidades odontológicas de pessoas com deficiência visual estão relacionadas com as suas dificuldades de manutenção de uma higiene bucal adequada, pelo fato de apresentar pouca habilidade motora para realizar uma higiene bucal satisfatória, ou por não receber orientações sobre saúde bucal, pode acumular placas bacteriana dentais, resultando em processo inflamatório gengival e/ou na instalação da cárie dentária (CARVALHO *et al.*, 2010).

Freitas (2011) realizou uma pesquisa para avaliar as percepções de indivíduos surdos sobre a comunicação com profissionais da Odontologia. E concluiu que, assim como os ouvintes, os surdos que procuram o serviço público de saúde odontológica também são os de menor poder aquisitivo. Refere, igualmente, que a maioria dos surdos entrevistados visita o dentista e consideram ser bem atendida no serviço público quando necessitam de atendimento

odontológico, que só deixa a desejar, porque nem os cirurgiões – dentistas, nem os auxiliares de saúde bucal conhecem a Língua de Sinais. Consideram que a presença de intérpretes na UBASF facilitaria a comunicação e o atendimento dos que apresentam surdez em qualquer nível: leve, moderada ou severa. Desta forma, estas pessoas não precisariam, durante o atendimento odontológico, estarem sempre acompanhadas por familiares ou amigos para intermediar a comunicação entre eles e os cirurgiões – dentistas.

Neste contexto, outros estudos detectaram que os CD's procuram manter uma comunicação por meio da escrita, para facilitar a comunicação; ou por meio de linguagem verbal; mas, como a fala é muito rápida, a leitura labial fica comprometida, concluindo que formar e informar os profissionais da odontologia sobre o uso de LIBRAS certamente potencializará a penetração desta profissão no mundo dos surdos, reduzindo as distâncias aferidas (FREIRE *et al.*, 2009; FREITAS *et al.*, 2011). Haja vista, que o conhecimento da escrita da Língua Portuguesa é reduzido na maioria dos surdos e nem todos desenvolvem a habilidade da leitura labial. Pela legislação brasileira, deve ser garantido que o surdo aprenda LIBRAS como sua primeira Língua. É determinante, portanto, o conhecimento sobre o mundo do Surdo, suas identidades e cultura para que a comunicação se estabeleça.

Além das limitações relativas à acessibilidade aos serviços odontológicos por pessoas com deficiência visual e auditiva, pesquisas demográficas mostram que ao entrar no século 21 o número de pessoas com deficiência física aumentou, assim como a procura desses pacientes por tratamento odontológico. Apesar disso, poucos são os CD's que se sentem preparados ou possuem instalações físicas nas UBASF que permitam uma adequada atenção odontológica. O atendimento a pacientes com distúrbios físicos, em especial o motor, visual e auditivo, praticamente em nada difere ao daqueles pacientes que não apresentam condição especial, a não ser pela eliminação de barreiras físicas e/ou de comunicação (COELHO *et al.*, 2005). Este atendimento poderia ser feito na Atenção Básica, mas não se têm dados sobre isso. Na prática, observa-se ainda um número injustificável de encaminhamentos desses pacientes para unidade de referência – CEO.

Fernandes (2009) realizou um estudo qualitativo para verificar o acolhimento no SUS realizado por cirurgiões dentistas dos CEO's a pessoas com necessidades especiais e se esse sistema comporta de forma adequada a demanda que lhe é imposta no município de João Pessoa-PB. Constatou que não há uniformidade de informações acerca do acolhimento e do acesso ao tratamento odontológico dos PNE's, nem tampouco quanto aos aspectos das referências e contrarreferências e o destino destes pacientes dentro do âmbito do sistema

público de saúde bucal. Concluiu que o número de atendimentos pode ser considerado baixo, havendo necessidade de maior divulgação dos serviços ofertados pelos CEO's para maior benefício dessa população. Por outro lado, Sousa (2011) ao averiguar o acesso dos PNE à assistência à saúde bucal, concluiu que 88,8% dos CD's das unidades básicas de saúde de Fortaleza dizem atender estes pacientes e “realizam o tratamento possível”. Porém encaminham para o CEO uma grande parcela desse segmento populacional, por apresentarem casos mais complexos e julgarem o CEO mais resolutivo.

Os resultados comprovam os dados da literatura, apesar da ampla legislação brasileira sobre a prioridade de atendimento nas unidades de saúde a pessoas com deficiência, o cumprimento e a efetividade destas leis no dia a dia ainda merecem questionamentos. As UBASF necessitam propor melhorias na oferta de serviços à sociedade que ofereçam acessibilidade a pessoas com qualquer deficiência, pois só assim estarão exercendo a verdadeira responsabilidade social.

Dentro do protocolo clínico de encaminhamento de pacientes para atendimento nos CEO municipais de Fortaleza, os pacientes que devem ser encaminhados para a especialidade Odontologia para PNE são aqueles que apresentem movimentos involuntários que coloquem em risco sua integridade física; pacientes cuja história médica e condições sistêmicas complexas necessitem de uma atenção especializada; portadores de sofrimento mental; deficiente neurológico “grave”; doenças degenerativas do sistema nervoso central; portadores de síndromes e deformidades crânio-faciais; hipertenso e diabético descompensado, ou seja, pacientes que não apresentam esse perfil devem ser atendidos na UBASF, como pessoas com deficiência visual, auditiva e motora, uma vez que suas características estomatológicas em nada diferem da população em geral. Diante do exposto, justifica-se o interesse de estudar a acessibilidade na atenção básica, relativa a estes pacientes, constituindo objeto deste estudo.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa e analítica, na qual os dados foram coletados no período de janeiro a agosto de 2012. Envolveu na coleta de dados um ponto fixo do tempo retratando uma situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos naquele momento (POLIT *et al.*, 2004). O método quantitativo possibilita tanto a coleta quanto o tratamento das informações serem quantificados, classificados e analisados, estabelecendo relações entre as variáveis em estudo, utilizando-se técnicas estatísticas (DALFOVO *et al.*, 2008).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado, no primeiro momento, nas UBASF do município de Fortaleza, Ceará, nas quais foi entrevistado um CD representando a unidade, e que pertencia a ESF. A entrevista ocorreu tanto durante o horário de trabalho destes profissionais quanto nas “reuniões do núcleo de saúde bucal”, que são encontros mensais da coordenação de saúde bucal da SER com CD’s representantes das UBASF desta respectiva regional.

Fortaleza dispõe de 91 UBASF, entretanto, durante a pesquisa, duas estavam em reforma, tendo sido disponibilizado 89 unidades distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde (SER). Estas funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais, sendo compostas de vários setores, dentre eles, um Distrito de Saúde, responsável pela organização das unidades de saúde, distribuídas conforme dados do IBGE (2010):

- a) SER I – 12 UBASF, identificadas por: Floresta, Lineu Jucá, Fernando Façanha, Carlos Ribeiro, Dr. Paulo de Melo Machado, João Medeiros de Lima, Prof. Rebouças Macambira, Virgílio Távora, Guiomar Arruda, Francisco Domingos da Silva, Casemiro Lima Filho, Quatro-Varas;
- b) SER II – 11 UBASF: Aída Santos e Silva; Frei Tito; Célio Brasil Girão, Flávio Marcílio, Odorico de Moraes, Irmã Hercília Aragão, Miriam Porto Mota, Pio XII, Benedito Artur de Carvalho, Paulo Marcelo, Rigoberto Romero;
- c) SER III – 16 UBASF: Prof. Luis Recamond Capelo, Prof. Clodoaldo Pinto, César Cals, Meton de Alencar, Hermínia Leitão, João XXIII, Santa Liduina, Waldemar de Alcântara,

Humberto Bezerra, Anastácio Magalhães, José Sobreira Amorim, Ivana de Sousa Paes, Francisco Pereira de Almeida, Fernandes Távora, Eliezer Studart, George Benevides;

- d) SER IV – 12 UBASF: Projeto Nascente, Luís Albuquerque Mendes, José Valdevino de Carvalho, Parangaba, Ocelo Pinheiro, Oliveira Pombo, Abel Pinto, Gutemberg Braun, Dr. Luis Costa, Filgueiras Lima, Dr. Roberto Bruno, Maria José Turbay Barreira (interditado para reforma);
- e) SER V – 20 UBASF: Galba Araújo, Dom Lustosa, Luciano Torres de Melo, Abner Cavalcante Brasil, Fernando Diógenes, Zélia Correia, Viviane Benevides, Guarany Mont'alverne, Edmilson Pinheiro, Maciel de Brito, Luiza Távora, Pedro Celestino, José Paracampos, José Walter, Argeu Herbster, Jurandir Picanço, Graciliano Muniz, João Elísio Holanda, Siqueira, Parque São José;
- f) SER VI – 20 UBASF: Prof. João Hipólito, Terezinha Parente, Janival de Almeida, Vicentina Campos, Evandro Ayres de Moura, José Barros de Alencar, Galba de Araújo, Maria de Lourdes Jereissati, César Cals de Oliveira, Pedro Sampaio, Manoel Carlos Gouveia, Alarico Leite, Hélio Goes Ferreira (interditado para reforma), Edmar Fujita, Messejana, Francisco Melo Jaborandi, Mattos Dourado, Prof. Monteiro de Moraes, Waldo Pessoa.

No segundo momento, o estudo foi realizado com pessoas com deficiência em seus domicílios, no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (SER VI) e no Instituto Cearense de Educação de Surdos – ICES (SER II).

O NAMI é uma instituição fundada em 1978, com objetivo de prestar serviços na área da saúde, bem como servir de campo de estágio, pesquisa e intercâmbio científico aos alunos dos Centros de graduação e pós-graduação da Universidade. Integrado ao SUS, coloca-se como uma unidade de referência para as seis Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza. Atende uma grande demanda da população, encaminhadas das unidades de saúde de todas as regionais para os serviços multidisciplinares: Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Educação Física e Laboratórios de análises clínicas.

O ICES é uma Escola bilíngue, fundada em 1961, única instituição pública estadual do Ceará destinada exclusivamente ao atendimento educacional a Pessoa Surda. Tem como missão a formação plena do aluno Surdo, respeitando sua cultura, língua, transformando-o em um ser crítico e participante na sociedade. O Instituto recebe alunos residentes das diversas

regionais, distribuídos nos três turnos. A partir de 2002 introduziu a LIBRAS como primeira Língua da escola, disponibilizando intérpretes nos turnos de atendimento, suprimindo as peculiaridades da deficiência, fato este facilitador no desenvolvimento da pesquisa.

4.3 Sujeitos do estudo

A população do estudo compreendeu o universo de pessoas com deficiência residentes no município de Fortaleza e dos CD's atuantes na ESF.

4.3.1 Definições de pessoas com deficiência e de acessibilidade para o estudo

Constituiu critério de inclusão para a participação neste estudo e para uma maior uniformidade de dados pessoas que apresentem o seguinte perfil, de acordo com a Classificação Internacional das Funcionalidades (BRASIL, 2002): **Deficiência motora:** pessoas com paralisia, má-formação congênita ou adquirida ou amputação de membros, que comprometam sua mobilidade e necessitem de cadeiras de rodas para se deslocar; **Deficiência visual:** cegueira bilateral, parcial ou total; **Deficiência Auditiva:** surdez bilateral, parcial ou total. Essas pessoas devem estar cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), acompanhadas pelas Equipes da ESF de Fortaleza-CE, em suas respectivas regionais de saúde.

Neste estudo, acessibilidade é compreendida como as características da organização da oferta dos serviços de saúde que contribuem para uma maior ou menor utilização desses serviços por parte dos usuários. Decorrente tanto das características dos sistemas e dos serviços de saúde, como das possibilidades dos usuários superarem barreiras organizacionais/funcionais, geográficas, arquitetônicas, culturais, econômicas e de comunicação (BRASIL, 2006c; SILVA JUNIOR *et al.*, 2010; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CASTRO *et al.*, 2011).

Com base em Siqueira *et al.* (2009), foi considerado como barreira para este estudo qualquer entrave que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança e autonomia das pessoas.

4.4 Amostra do estudo

A pesquisa foi realizada em Fortaleza, no Estado do Ceará, município de grande porte, cuja população geral da cidade é de 2,5 milhões de habitantes e população estimada de

pessoas com deficiência de 15% (IBGE, 2010; IPECE, 2010). Por falta de dados de prevalência destas deficiências por SER, para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada uma amostra probabilística de 204 pessoas com deficiência, com erro amostral de 7%; e uma amostra de 89 CD's, escolhidos aleatoriamente, cada um representando uma UBASF.

Perfazendo um total de 293 entrevistados, sendo 89 CD's das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 204 pessoas com deficiência, seja ela motora, auditiva ou visual.

4.5 Instrumentos e coleta de dados

Para coletar os dados foram utilizados questionários estruturados, construídos pelos autores. Para as pessoas com deficiências foi utilizado o questionário – APÊNDICE A – e para os CD's o APÊNDICE B.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora (ROCHA, LL), auxiliada por três colaboradores devidamente orientados e treinados. Estes colaboradores são cirurgiões-dentistas de formação, trabalham na área da Saúde Pública e, dois destes, possuem Residência em Saúde da Família. Previamente à fase de execução da coleta de dados, participaram de uma etapa teórica para se apropriarem do projeto de pesquisa e de uma etapa prática para avaliar o instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos entrevistados (APÊNDICE C) e (APÊNDICE D) antes da participação destes no estudo.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram entrevistados CD's da ESF em suas unidades de saúde, com a finalidade de investigar sobre o acesso geográfico, a estrutura arquitetônica da UBASF e dos consultórios odontológicos; a comunicação entre o profissional e o usuário com deficiência; a estrutura organizacional dos serviços odontológicos na UBASF; identificar a demanda pelo serviço odontológico e fatores que dificultam ou facilitam a sua utilização por parte das pessoas com deficiência motora, auditiva e visual.

A segunda, contou com o apoio dos CD's e dos seus Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificar a população, residente em sua área de abrangência, objeto da pesquisa. As entrevistas ocorreram nos domicílios das pessoas com deficiência por meio de visitas domiciliares com ACS responsável por a microárea, no NAMI, e no ICES.

Ao entrevistar os surdos, solicitou-se a presença de um tradutor/intérprete de LIBRAS ou um membro da família para intermediar a mesma e selecionar somente aqueles que

utilizam os serviços públicos de saúde das UBASF. E as pessoas com deficiência visual foram entrevistadas somente em seus domicílios, haja vista que o Serviço de Assistência a Cegos (SAC), em Fortaleza, disponibiliza de serviços médicos e odontológicos a demanda do Instituto. Oferta além destas ações serviços como: assistência alimentar, educação física e artística, fisioterapia, fonoaudiologia, orientação e mobilidade, psicologia, reabilitação, serviço social e terapia ocupacional.

As variáveis investigadas foram comuns aos dois questionários, basearam-se em dimensões da acessibilidade que influenciam no acesso e na utilização dos serviços de saúde pela população (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SILVA JUNIOR *et al.*, 2010; SIQUEIRA *et al.*, 2009). Compreenderam:

- a) Características geográficas – distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde, tempo e forma de deslocamento (disponibilidade dos meios de transportes), custo financeiro do deslocamento, presença de ladeiras, escadarias e segurança do local na qual a unidade está situada;
- b) Características arquitetônicas da UBASF e dos consultórios odontológicos – presença de rampas, escadas e corrimãos; largura de portas; corredores e espaços dos consultórios odontológicos capazes de receber paciente com cadeira de roda; sanitários adaptados; estacionamento demarcado para pessoas com deficiência; indicativo de circulação interna nos corredores (NBR 9050);
- c) Características organizacionais dos serviços odontológicos – horário de funcionamento das unidades; sistema de marcação de consultas; existência de listas de espera; existência de acolhimento; encaminhamento para outro serviço por meio do sistema de referência; retorno para o serviço de origem com a contrarreferência; tempo de espera para marcação da consulta; tempo de espera para o atendimento; disponibilidade do profissional; comunicação entre CD e usuários com deficiência, comunicação com os demais profissionais da unidade.

4.6 Organização e análise dos dados

Foram organizados e analisados de acordo com os objetivos do estudo, utilizando o programa de estatística *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). O teste do Qui-quadrado de Pearson foi

aplicado para analisar as diferenças entre as ópticas do CD e a da pessoa com deficiência, no que concerne à acessibilidade.

4.7 Aspectos éticos

Durante a realização da pesquisa foi obedecido ao que consta na Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética: a autonomia, a não maleficência, beneficência e justiça.

O procedimento utilizado não acarretou desconforto ou prejuízo ao participante. Todos os benefícios foram proporcionados por meio dos resultados, os quais permitiram a melhoria do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, havendo uma minimização dos danos e riscos morais e físicos por se tratar de uma coleta de dados a partir de uma entrevista.

O princípio da autonomia foi respeitado no momento que foi solicitado aos sujeitos da pesquisa autorização para realização do estudo, quando esses assinaram o TCLE (APÊNDICES C, D). Por não possuir danos previsíveis, foi respeitado o princípio da não maleficência. E os princípios da beneficência e da justiça foram respeitados pela relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa, em especial as pessoas com necessidades especiais, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos.

O projeto de pesquisa foi, primeiramente, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o parecer nº 409/2011 e seguiu suas recomendações (ANEXO).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 293 pessoas, das quais 89 eram CD's e 204 pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência. A idade destes participantes variou de 3 a 97 anos (média de 39,75 anos, DP \pm 22,69) e dos CD's de 25 a 55 anos (média de 35,75 anos, DP \pm 6,29).

O tempo em que as pessoas com deficiência apresentam limitação motora, auditiva ou visual variou de 1 a 69 anos (média de 16,14 anos, DP \pm 13,41). Nesta população sobressaiu o sexo masculino (54,64%), ensino médio incompleto [n=71 (34,8%)], aposentados ou pensionistas do INSS [n=109 (53,4%)], renda familiar de 1 a 2 salários mínimos [n=135 (66,2%)] e residentes com pais ou familiares [n=195 (95,6%)]. Estas pessoas foram entrevistadas dentro n=96 (47 %) e fora de seus domicílios n=108 (53%).

Quanto aos CD's, 67 (75,3%) são do sexo feminino, 63 (70,8%) possuem especialização, 39 (43,8%) dedicam-se exclusivamente a ESF, 40 (44,94%) trabalham tanto na ESF quanto em consultório particular, 60 (67,4%) possuem renda familiar superior a 10 salários mínimos e o tempo médio de atuação na ESF foi de 7,89 anos (DP \pm 3,32).

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição de entrevistados por SER e características sociodemográficas das pessoas com deficiência e dos CD's.

Tabela 1 – Distribuição quanto ao perfil sociodemográfico dos pesquisados. Fortaleza-CE, 2012

Variáveis	Pessoas com deficiência		CD's	
	n	%	n	%
Distribuição por Regional				
SER I	14	6,9	12	14,1
SER II	33	16,2	11	12,9
SER III	11	5,4	16	18,8
SER IV	49	24,0	11	12,9
SER V	41	20,1	20	22,5
SER VI	56	27,5	19	21,3
Total	204	100,0	89	100,0
Sexo				
Masculino	112	54,9	22	24,7
Feminino	92	45,1	67	75,3
Religião				
Católica	132	64,7	69	77,5
Evangélico	40	19,6	10	11,2
Outras	32	15,7	10	11,2
Naturalidade				
Capital	121	59,3	64	71,90
Interior	75	36,8	18	20,2
Outro Estado	8	3,9	7	7,9
Estado civil				
Casado	60	29,4	65	73,0
Continua				

Tabela 1 – Distribuição quanto ao perfil sociodemográfico dos pesquisados. Fortaleza-CE, 2012

Variáveis	Pessoas com deficiência		CD's	
	N	%	n	%
Solteiro	109	53,4	19	21,3
Divorciado	14	6,9	4	4,5
Viúvo	12	5,9	-	-
União estável	9	4,4	1	1,1
Escolaridade				
Nunca frequentou Escola	24	11,8	-	-
Ensino Infantil	5	2,5	-	-
Ens. Fund. Incompleto	62	30,4	-	-
Ens. Fund. Completo	8	3,9	-	-
Ens. Médio Incompleto	71	34,8	-	-
Ens. Médio Completo	25	12,3	-	-
Ens. Superior Incompleto	4	2,0	-	-
Graduação	2	1,0	4*	4,5
Aperfeiçoamento	-	-	1	1,1
Especialização	3	1,5	63	70,8
Residência	-	-	7	7,9
Mestrado	-	-	14	15,7
Renda familiar				
1 a 2 salários mínimos	135	66,2	-	-
3 a 4 salários mínimos	41	20,1	-	-
5 a 6 salários mínimos	24	11,8	-	-
6 a 10 salários mínimos	3	1,5	29	32,6
Mais de 10 salários mínimos	1	0,5	60	67,4

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Cd que apresentam somente a graduação.

Detectou-se maior quantidade de pessoas com deficiência motora [n=104 (51,0%)] neste estudo. Oitenta e oito (43,1%) dos usuários com deficiência não reconhecem seu atendimento como prioritário, a maioria não costuma procurar o serviço odontológico [107 (52,5%)] e dos que buscam o serviço (n=97), 74 (76,3%) encontram dificuldade para receber atendimento odontológico na UBASF e o fazem em caráter de urgência [82 (84,5%)].

Na Tabela 2, apresentam-se características dos usuários, no que diz respeito à deficiência manifestada, dificuldades encontradas no seu cotidiano, a procura e utilização dos serviços odontológicos.

Tabela 2 – Características das pessoas com deficiências entrevistadas. Fortaleza-CE, 2012

Características dos usuários	Pessoas com deficiência	
	n	%
Condição apresentada		
Deficiência motora	104	51,0
Deficiência auditiva	75	36,8
Deficiência visual	25	12,3
Outro membro familiar com deficiência		
Sim	56	27,5
Não	148	72,5
Pessoas com deficiência na comunidade		
Sim	126	62,1
Não	75	36,9
Não sei	2	1,0
A deficiência dificulta as atividades diárias		
Não	49	24,0
Um pouco	47	23,0
Muito	108	52,9
Tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde		
Não	68	33,3
Um pouco	53	26,0
Muito	83	40,7
Costuma ir ao dentista na UBASF		
Sim	97	47,5
Não	107	52,5
Se sim, com que frequência?		
Encaminhado	6	6,2
Mensalmente	4	4,1
Semestralmente	3	3,1
Anualmente	2	2,1
Urgência	82	84,5
Total	97	100
Local de atendimento		
SUS	97	47,5
Privado	48	23,5
Plano	11	5,4
Instituições de Ensino	17	8,3
SUS/Plano/Privado	17	8,3
Nunca procurou	14	6,9
Atendido pelo Cd do serviço público de Fortaleza		
Sim	123	60,3
Não	81	39,7
Se sim, nota do atendimento recebido?		
Ótimo	-	-
Bom	83	69,2
Regular	24	20,0
Ruim	13	10,8
Péssimo	-	-
Total	117	100
Dificuldade para atendimento odontológico na UBASF		
Sim	74	36,3
Não	61	29,9
Às vezes	14	6,9
Nunca procurei	55	27,0

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

Dentre os CD's, 84 (94,4%) reconhecem na sua área de abrangência pessoas com deficiência. Sendo que 79 (88,76%) identificam pessoas com deficiência motora, 60 (67,42%)

com deficiência auditiva, 52 (58,42%) com deficiência visual e 5 (5,6%) não conhecem pessoas com deficiência na sua área. Dos profissionais entrevistados, 46 (51,7%) relatam a procura destes usuários pelo serviço odontológico na UBASF.

Na Tabela 3 estão representadas as variáveis relativas à experiência profissional dos CD's no manejo de pessoas com deficiência.

Tabela 3 – Dados sobre a experiência dos CD's no manejo de pessoas com deficiência. Fortaleza-CE, 2012

Experiência dos Profissionais com Pessoas com deficiência	CD's	
	n	%
Desenvolveu na graduação atendimentos a pessoa com deficiência		
Sim	54	60,7
Não	35	39,3
Tem alguma formação em pacientes com necessidades especiais		
Sim	15	16,9
Não	74	83,1
Cursos de formação sugeridos pelos CD		
Capacitação - manejo clínico PNE*	15	16,9
Aperfeiçoamento PNE	9	10,1
Especialização PNE	11	12,4
Como lidar com Síndromes	2	2,2
Educação permanente	3	3,4
Farmacologia para PNE	3	3,4
LIBRAS	28	31,5
Humanização	2	2,2
Braile	1	1,1
Não responderam	15	16,9
O que entende por acessibilidade?		
Como oferta de serviços/atendimento	29	32,6
Capacidade de ir e vir com autonomia	11	12,4
Estrutura física capaz de receber	23	25,8
Acesso à informação	2	2,2
Acesso à atenção integral	4	4,5
Assegurar direitos a todos	8	9,0
Resolutividade	2	2,2
Facilidades/dificuldades de acesso	5	5,6
Não responderam	5	5,6

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Pacientes com necessidades especiais.

A Tabela 4 apresenta dados relativos à acessibilidade geográfica e o resultado do teste do qui-quadrado, verificando a existência ou não de diferença estatística nas variáveis sob o ponto de vista dos CD's e dos usuários com deficiência.

Tabela 4 – Dados de acessibilidade geográfica, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD e associação entre as variáveis. Fortaleza-CE, 2012

Acessibilidade Geográfica	Pessoas com deficiência		CD's		Valor de p*
	N	%	n	%	
Grande tempo de deslocamento até a UBASF					p=0,001
Sim	60	29,4	36	40,4	
Não	114	55,9	53	59,6	
Não sei	30	14,7	-	-	
Grande distância da UBASF					p=0,001
Sim	44	21,6	25	28,1	
Não	130	63,7	64	71,9	
Não sei	30	14,7	-	-	
Necessidade de acompanhante					p<0,001
Sim	146	71,6	86	96,6	
Não	28	13,7	3	3,4	
Não sei	30	14,7	-	-	
Dificuldade com transporte					p<0,001
Sim	64	31,4	53	59,6	
Não	110	53,9	36	40,4	
Não sei	30	14,7	-	-	
Custo com transporte					p<0,001
Sim	35	17,2	24	27,0	
Não	139	68,1	65	73,0	
Não sei	30	14,7	-	-	
Presença de ladeiras					p<0,001
Sim	24	11,8	34	38,2	
Não	150	73,5	55	61,8	
Não sei	30	14,7	-	-	
Presença de escadarias					p<0,001
Sim	10	4,9	8	9,0	
Não	164	80,4	81	91,0	
Não sei	30	14,7	-	-	
Locais sem segurança					p<0,001
Sim	48	23,5	58	65,2	
Não	126	61,8	31	34,8	
Não sei	30	14,7	-	-	

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Teste qui-quadrado.

Em relação às variáveis geográficas, nove (10,1%) CD's indicaram, de forma espontânea (ao preencherem o item "outros problemas"), a inexistência de calçadas e pavimentação adequadas para circulação de pessoas com deficiência.

Na Tabela 5, demonstram-se os aspectos relacionados à estrutura física das unidades de saúde para receber pessoas com deficiência, destacados pelos CD's e pelos usuários, assim como as diferenças estatísticas entre as opiniões dos pesquisados utilizando o teste qui-quadrado.

Tabela 5 – Dados de acessibilidade arquitetônica, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012

Acessibilidade Arquitetônica	Pessoas com deficiência		CD's		Valor de p*
	n	%	n	%	
Estrutura física adaptada					p<0,001
Sim	94	46,1	19	21,3	
Não	76	37,3	39	43,8	
Parcialmente	-	-	31	34,8	
Não sei	34	16,6	-	-	
Rampas					p=0,001
Sim	111	54,4	57	64,0	
Não	65	31,9	32	36,0	
Não sei	28	13,7	-	-	
Corrimão					p=0,001
Sim	40	19,6	15	16,9	
Não	136	66,7	74	83,1	
Não sei	28	13,7	-	-	
Degraus					p<0,001
Sim	56	27,5	44	49,4	
Não	120	58,8	45	50,6	
Não sei	28	13,7	-	-	p=0,001
Vagas no estacionamento					
Sim	8	3,9	7	7,9	
Não	168	82,4	82	92,1	
Não sei	28	13,7	-	-	
Portas largas					p<0,001
Sim	102	50,0	32	36,0	
Não	74	36,3	57	64,0	
Não sei	28	13,7	-	-	
Corredores largos					p<0,001
Sim	95	46,6	39	43,8	
Não	81	39,7	50	56,2	
Não sei	28	13,7	-	-	
Corredores com orientação					p<0,001
Sim	28	13,7	9	10,1	
Não	148	72,6	80	89,9	
Não sei	28	13,7	-	-	
Orientações em braile na UBASF					p=0,001
Sim	3	1,5	1	1,1	
Não	173	84,8	88	98,9	
Não sei	28	13,7	-	-	
Salas de espera adaptada					p<0,001
Sim	107	52,5	29	32,6	
Não	69	33,8	60	67,4	
Não sei	28	13,7	-	-	
Consultório odontológico adaptado					p<0,001
Sim	109	53,4	33	37,1	
Não	66	32,4	56	62,9	
Não sei	29	14,2	-	-	
Sanitário adaptado					p=0,001
Sim	38	18,6	14	15,7	
Não	138	67,6	75	84,3	
Não sei	28	13,7	-	-	
Cadeira de rodas					p<0,001
Sim	58	28,4	43	48,3	
Não	118	57,8	46	51,7	
Não sei	28	13,7	-	-	

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Teste qui-quadrado.

A Tabela 6 diz respeito à acessibilidade organizacional dos serviços odontológicos, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD, evidenciando o desconhecimento de aproximadamente 45% dos usuários no que diz respeito à sistemática de organização dos serviços odontológicos na UBASF, e as diferenças estatísticas encontradas – teste qui-quadrado.

Tabela 6 – Dados de acessibilidade organizacional dos serviços odontológicos, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012

Acessibilidade Organizacional	Pessoas com deficiência		CD's		Valor de p*
	N	%	n	%	
Pessoas com deficiência têm prioridade de atendimento na UBASF					p<0,001
Sim	99	48,5	75	84,3	
Não	88	43,1	6	6,7	
Parcialmente	17	8,3	8	9,0	
Tipo de prioridade					p<0,001
Visita domiciliar	19	9,3	-	-	
Exames	1	0,5	-	-	
Marcação de consultas	7	3,4	15	16,9	
Atendimento clínico	31	15,2	53	59,5	
Não pega fila	1	0,5	-	-	
Não responderam	145	71,1	21	23,4	
Pessoas com deficiência procuram o serviço odontológico da UBASF					p<0,001
Sim	97	47,5	46	51,7	
Não	107	52,5	43	48,3	
UBASF funciona nos três turnos					p<0,001
Sim	27	13,2	51	57,3	
Não	85	41,7	38	42,7	
Não sei	92	45,1	-	-	
CD participam do acolhimento*					
Sim	-	-	59	66,3	
Não	-	-	30	33,7	
Não sei	-	-	-	-	
Marcação diária de consultas odontológicas					p<0,001
Sim	25	12,3	17	19,1	
Não	87	42,6	72	80,9	
Não sei	92	45,1	-	-	
Existência de lista de espera					p<0,001
Sim	72	35,3	27	30,3	
Não	41	20,1	62	69,7	
Não sei	91	44,6	-	-	
Longo tempo de espera para atendimento					p<0,001
Sim	73	35,8	49	55,1	
Não	40	19,6	40	44,9	
Não sei	91	44,6	-	-	
Encaminhada por meio do sistema de referência					p<0,001
Sim	106	52,0	81	91,0	
Não	6	2,9	8	9,0	
Não sei	92	45,1	-	-	
Retorno à unidade por meio de contrarreferência					p<0,001
Sim	97	47,5	67	75,3	

Tabela 6 – Dados de acessibilidade organizacional dos serviços odontológicos, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012

Acessibilidade Organizacional	Pessoas com deficiência		CD's		Valor de p*
	N	%	n	%	
Não	15	7,4	22	24,7	
Não sei	92	45,1	-	-	
CD suficientes para atender a demanda					p<0,001
Sim	57	27,9	25	28,1	
Não	55	27,0	64	71,9	
Não sei	92	45,1	-	-	
CD capacitados para atender pessoas com deficiência					p<0,001
Sim	83	40,7	41	46,8	
Não	31	15,2	48	53,9	
Não sei	90	44,1	-	-	
CD têm facilidade de comunicar-se com pessoas com deficiência					p<0,001
Sim	50	24,5	17	19,1	
Não	63	30,9	72	80,9	
Não sei	91	44,6	-	-	
Presença de apoio à gestão na UBASF*					
Sim	-	-	46	51,7	
Não	-	-	43	48,3	
Não sei	-	-	-	-	
Intérprete de libras na UBASF					p<0,001
Sim	4	2,0	2	2,2	
Não	108	52,9	87	97,8	
Não sei	92	45,1	-	-	

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Teste qui-quadrado.

*Estas perguntas não foram feitas para as PNE.

A Tabela 7 apresenta dados sobre dificuldade de comunicação entre a pessoa com deficiência e o CD durante o atendimento odontológico.

Tabela 7 – Barreiras de comunicação, sob a ótica da pessoa com deficiência e do CD. Fortaleza-CE, 2012

Comunicação	Pessoas com deficiência		CD's	
	n	%	n	%
Dificuldade entre o CD e pessoa com Deficiência auditiva				
Sim	58	77,3	50	56,2
Não	6	8,0	10	11,2
Parcialmente	6	8,0	29	32,6
Nunca se comunicou	5	6,7	-	-
Tipo de comunicação com Surdos				
Escrita/leitura labial/gestos / mímicas	27	36,0	5	5,6
Família/amigo	47	62,7	82	92,2
Intérprete de LIBRAS	1	1,3	2	2,2
Dificuldade de comunicação entre o CD e a Pessoa Cega				
Sim	2	8,0	12	13,5
Não	20	80,0	55	61,8
Parcialmente	-	-	22	24,7
Nunca se comunicou	3	12,0	-	-
Tipo de comunicação com cegos				
Tato	-	-	1	1,1
Comunicação verbal	25	100	76	85,4
Família/amigos	-	-	12	13,5

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

Nas Tabelas 8 e 9, verificou-se que a avaliação, acerca dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde, varia segundo a condição de deficiência apresentada pelas pessoas, resultando em diferenças estatísticas ao se realizar o teste qui-quadrado.

Tabela 8 – Associações significativas (qui-quadrado) encontradas no estudo entre os usuários. Fortaleza-CE, 2012

Associações	Deficiência motora		Deficiência visual		Deficiência auditiva		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Prioridade de atendimento							p<0,001
Sim	62	59,6	16	64,0	21	28,0	
Não	38	36,5	6	24	44	58,7	
Parcialmente	4	3,8	3	12	10	13,3	
Cirurgiões- dentistas capacitados							p=0,012
Sim	46	44,2	12	48	25	33,3	
Não	8	7,7	3	12	20	26,7	
Não sei	50	48,1	10	40	30	40,0	
CD tem facilidade de comunicação							p<0,001
Sim	33	31,7	9	36	8	10,7	
Não	21	20,2	6	24	36	48,0	
Não sei	50	48,1	10	40	31	41,3	
Perde muito tempo para deslocar-se à UBASF							p<0,001
Sim	48	46,2	7	28	5	6,7	
Não	55	52,9	16	64	43	57,3	
Não sei	1	1,0	2	8	27	36,0	
Domicílios distantes da UBASF							p<0,001
Sim	30	28,8	9	36	5	6,7	
Não	73	70,2	14	56	43	57,3	
Não sei	1	1,0	2	8	27	36	
Precisam de acompanhante							p<0,001
Sim	91	87,5	19	76	36	48	
Não	12	11,5	4	16	12	16	
Não sei	1	1	2	8	27	36	
Dificuldade de transporte							p<0,001
Sim	45	43,3	14	56	5	6,7	
Não	58	55,8	9	36	43	57,3	
Não sei	1	1	2	8	27	36	
Custo com transporte							p<0,001
Sim	27	26	7	28	1	1,3	
Não	76	73,1	16	64	47	62,7	
Não sei	1	1	2	8	27	36	
Ladeiras altas							p<0,001
Sim	13	12,5	8	32	3	4	
Não	90	86,5	15	60	45	60	
Não sei	1	1	2	8	27	36	
Escadarias							p<0,001
Sim	4	3,8	4	16	2	2,7	
Não	99	95,2	19	76	46	61,3	
Não sei	1	1	2	8	27	36	
Segurança							p<0,001
Sim	32	30,8	11	44	5	6,7	
Não	71	68,3	12	48	43	57,3	
Não sei	1	1	2	8	27	36	

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Teste qui-quadrado.

Tabela 9 – Associações significativas (qui-quadrado) encontradas no estudo entre os usuários. Fortaleza-CE, 2012

Associações	Deficiência motora		Deficiência visual		Deficiência auditiva		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Estrutura física da UBASF adaptada							p<0,001
Sim	57	54,8	10	40,0	27	36,0	
Não	43	41,3	10	40,0	23	30,7	
Não sei	1	1,0	2	8,0	5	6,7	
Parcialmente	3	2,9	3	12,0	20	26,7	
Rampas							p<0,001
Sim	67	64,4	16	64,0	28	37,3	
Não	34	32,7	6	24,0	25	33,3	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Corrimão							p<0,001
Sim	26	25,0	8	32,0	6	8,0	
Não	75	72,1	14	56,0	47	62,7	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Degraus							p<0,001
Sim	38	36,5	10	40,0	8	10,7	
Não	63	60,6	12	48,0	45	60,0	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Vagas no estacionamento para PNE							p<0,001
Sim	7	6,7	1	4,0	-	-	
Não	94	90,4	21	84,0	53	70,7	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Portas largas							p<0,001
Sim	62	59,6	11	44,0	29	38,7	
Não	39	37,5	11	44,0	24	32,0	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Corredores largos							p<0,001
Sim	55	52,9	11	44,0	29	38,7	
Não	46	44,2	11	44,0	24	32,0	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Orientação de deslocamento nos corredores da UBASF							p<0,001
Sim	14	13,5	6	25,0	8	10,7	
Não	87	83,7	15	62,5	45	60,0	
Não sei	3	2,9	3	12,5	22	29,3	
Orientações em Braille na UBASF							p<0,001
Sim	3	2,9	-	-	-	-	
Não	98	94,2	22	88,0	53	70,7	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Sala de espera adaptada							p<0,001
Sim	66	63,5	9	36,0	32	42,7	
Não	35	33,7	13	52,0	21	28,0	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Sanitários adaptados							p<0,001
Sim	23	22,1	7	28,0	8	10,7	
Não	78	75,0	15	60,0	45	60,0	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	
Cadeiras de rodas nas UBASF							p<0,001
Sim	36	34,6	10	40,0	12	16,0	
Não	65	62,5	12	48,0	41	54,7	
Não sei	3	2,9	3	12,0	22	29,3	

Fonte: Elaborada pela autora (2012).

*Teste qui-quadrado.

Quando se avaliou as características das pessoas com deficiência entrevistadas dentro e fora (NAMI e INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DOS SURDOS) de seus domicílios, observaram-se diferenças estatísticas. Quanto à escolaridade, os pesquisados fora do domicílio apresentaram maior escolaridade (ensino médio incompleto) $p=0,008$. Relativa ao tipo de deficiência, a maioria (84%) das pessoas com deficiência auditiva foi localizada fora do domicílio ($p=0,001$). No que diz respeito ao convívio com outras pessoas com deficiência na comunidade, apresentou-se maior entre os fora do domicílio, $p=0,038$. Quanto às dificuldades para as atividades diárias e ao acesso aos serviços de saúde, estas se apresentaram maior para os entrevistados no domicílio ($p=0,001$). Da mesma forma a nota do atendimento clínico ($p=0,007$), na qual a maioria dos usuários pesquisados em domicílio classificou como “bom”.

No que se refere à acessibilidade geográfica, observou-se diferença quanto ao quesito segurança da área, no qual os entrevistados no domicílio constataram que a área no entorno da unidade é menos segura ($p=0,008$).

Encontraram-se também diferenças estatísticas na percepção dos entrevistados em domicílio que dizem ter mais facilidade de comunicação com CD's ($p=0,014$) e percebem mais a presença de degraus na UBASF ($p=0,041$).

6 DISCUSSÃO

De acordo com o conhecimento dos autores, esta é a primeira vez que um estudo desta natureza e abrangência é realizado no município de Fortaleza. De acordo com o IPECE (2010), o Ceará consta como terceiro Estado com maior índice de pessoas com deficiência no Brasil, o que, por si só, já justifica a importância do presente estudo. Sabendo que uma das questões que mais dificulta o desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa com deficiência é a falta de dados que as identifiquem, principalmente as de baixa renda e escolaridade, na maioria, sem acesso aos bens e serviços existentes, este estudo mostra-se ainda mais relevante para a comunidade científica e civil.

Um dos achados que mais surpreendeu os autores foi falta de procura, por parte das pessoas com deficiência, aos serviços odontológicos em geral, e a pequena utilização dos serviços odontológicos do SUS, de forma mais específica. Aproximadamente um terço das pessoas com deficiência entrevistadas relatou nunca ter procurado o atendimento odontológico na UBASF e cerca de quarenta por cento delas nunca foram atendidas por CD do serviço público de Fortaleza. A explicação para este fato não é clara, mas pode se basear em aspectos como o perfil sociodemográfico, educacional e cultural das pessoas com deficiência, dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à limitação imposta pela deficiência, barreiras geográficas e arquitetônicas da área e da UBASF, dificuldade de comunicação, a falta de prioridade na atenção dispensada a estas pessoas e o desconhecimento na sistemática dos serviços odontológicos.

Verificou-se, nesta pesquisa, um maior predomínio de pessoas com deficiência do sexo masculino, ensino médio incompleto e baixa renda. Verificou-se também que mais de dez por cento das pessoas com deficiência nunca frequentaram escola, e que mais de 30 por cento não completou o ensino fundamental. Estas características podem se refletir na baixa procura por cuidados odontológicos e nas taxas de utilização dos serviços, haja vista que fatores sociodemográficos, percepção de necessidade, crenças e a importância atribuída à saúde bucal mostram forte influência sobre a utilização dos serviços odontológicos.

Os indivíduos do sexo feminino, com maior grau de escolaridade e melhor condição socioeconômica, são os que mais visitam o CD de forma regular, portanto, têm mais acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (ROHR; BARCELLOS, 2008). Outros estudos mostram que os homens, principalmente os de menor nível de instrução, procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, por entenderem os cuidados como próprios do âmbito feminino,

o horário de funcionamento dos serviços coincidirem com a carga horária de trabalho, suas demandas não serem resolvidas em uma única consulta e por se acharem invulneráveis aos agravos (GOMES R *et al.*, 2007; ALBANO *et al.*, 2010).

Apesar das pessoas com deficiência conquistarem políticas que assegurem acesso a bens e serviços, encontram dificuldades de inclusão nos campos de educação e mercado de trabalho, devido a pouca instrução, à desqualificação e às estratégias de resistência das empresas para contratação destas pessoas (FRANÇA *et al.*, 2008). Estas dificuldades repercutem em outros setores sociais, como o da saúde bucal, por exemplo, caracterizando a necessidade de implementar ações educacionais, atenção à saúde e reabilitação para reintegrá-las a sociedade.

Outro achado interessante foi que, além da baixa procura pelos serviços da UBASF pelas pessoas com deficiência, quando esta ocorre, na maioria das vezes, é em caráter de urgência. Estes achados são corroborados por outros estudos, nos quais mostram que a dor se constitui no estímulo mais forte para buscar ajuda profissional, caracterizando-se como um dos principais motivos para consulta odontológica (COSTA *et al.*, 2008). Sabendo que os problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, e, em geral, são episódios agudos e tratáveis, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias, é possível supor que este seja um dos motivos que levam a maior utilização de serviços de atenção à saúde, quando comparados à utilização de serviços odontológicos (ROHR; BARCELLOS, 2008).

Culturalmente, a falta de hábito com o cuidado com a saúde bucal, exceto, diante de sintomatologia dolorosa, situações de urgências odontológicas, ou quando encaminhados, implicam num menor acesso aos serviços odontológicos. Esta falta de procura dos serviços odontológicos por pessoas com deficiência não se restringe ao município de Fortaleza, como pode ser percebido numa pesquisa realizada na província de Ontário, no Canadá, a qual revelou que apesar de 89% dos CD's tratarem pessoas com deficiência, um pequeno percentual de pessoas com deficiência procura por tratamento odontológico, apesar de a maioria delas acreditar na importância do cuidado com a saúde oral e não encontrar dificuldade de acesso (KONERU; SIGAL, 2009).

Grande percentual dos usuários com deficiência relatou encontrar muita dificuldade para realizar as atividades diárias e para o acesso à unidade de saúde, uma vez que, mais de setenta por cento desta população necessita de um acompanhante para ir ao serviço de saúde. Essas dificuldades podem ser explicadas, de certa forma, pela maior quantidade de pessoas

com deficiência motora encontrada no estudo. Estas, dependendo da condição de mobilidade das ruas e dos espaços sociais, possuem maior ou menor autonomia, e, conseqüentemente, maior acesso e inclusão às ações sociais. Sabe-se que a falta de autonomia é um fator limitante do acesso, o que pode parcialmente explicar a baixa procura destas pessoas pelo serviço (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Apesar das barreiras geográficas e arquitetônicas não terem sido apontadas como os principais fatores limitantes ao acesso pela a maioria das pessoas com deficiência entrevistadas, percebeu-se que aproximadamente um terço destas relatou dispensar grande tempo e ter dificuldade de transporte para deslocar-se à unidade básica de saúde, assim como não observa a adaptação da unidade para o atendimento de suas necessidades (e.g., falta de corrimão, falta de adaptação de portas, corredores, sala de espera e consultórios odontológicos), constituindo-se em restrições à utilização dos serviços de saúde por este segmento social.

A observação destas características é importante, pois se sabe que a acessibilidade geográfica e a acessibilidade arquitetônica constituem-se dimensões de acessibilidade, que são princípios norteadores da organização da atenção primária à saúde e importantes fatores para o efetivo uso dos serviços. Nesta perspectiva, acessibilidade geográfica relaciona-se à distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, engloba a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento (CASTRO *et al.*, 2011; TRAVASSOS; CASTRO, 2008), e acessibilidade arquitetônica que se relaciona a estrutura física do estabelecimento para facilitar o acesso e trânsito de pessoas com deficiência, impedindo-as de exercer o mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

A dificuldade de comunicação relatada pela maioria dos surdos com os CD's durante o atendimento clínico e a falta de intérprete de LIBRAS nas unidades justifica a necessidade da presença de um familiar ou um amigo ouvinte para intermediá-la. Esta realidade vem sendo encontrada em outros estudos, nos quais demonstram que barreiras comunicacionais, ausência de intérpretes na unidade e falta de capacitação dos funcionários para o atendimento dessa população gera um descompasso entre as determinações jurídicas, as expectativas dos pacientes surdos e o que se pode oferecer nas unidades de saúde (IANNI; PEREIRA, 2009). Mediante o Decreto 5626/05, os serviços de saúde devem atender diferencialmente a Comunidade Surda, minoria sociolinguística e cultural, usuária da Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS), possibilitando-os o acesso e a utilização dos serviços odontológicos por esta

demanda. Entretanto, esta não foi a realidade encontrada nas unidades básicas de saúde de Fortaleza, o que impede a adequada atenção a esta Comunidade.

Assim como Freitas (2011), que avaliou as percepções de indivíduos surdos sobre a comunicação com profissionais da odontologia, concluiu-se que são as pessoas com deficiência de menor poder aquisitivo que procuram o serviço público de saúde. Estes pacientes consideram ser bem atendidos quando necessitam de atendimento odontológico. Entretanto os CD's desconhecem a Língua de Sinais e consideram que a presença de intérpretes na UBASF facilitaria a comunicação e o atendimento dos que apresentam surdez em qualquer nível: leve, moderada ou severa. Neste contexto, outros estudos detectaram que os CD's procuram manter uma comunicação por meio da escrita ou de linguagem verbal; mas, como a fala é muito rápida, a leitura labial fica comprometida, indicando que formar e informar os profissionais da odontologia sobre o uso de LIBRAS potencializará a penetração desta profissão no mundo dos surdos, reduzindo as distâncias aferidas (FREIRE *et al.*, 2009; FREITAS *et al.*, 2011).

Merece destaque, também, neste estudo, a diferença encontrada entre o grande número de profissionais que relataram priorizar o atendimento a pessoas com deficiência na unidade, contrapondo-se a um percentual marcante de usuários que não reconhecem esta prioridade ofertada. Um percentual considerável dos usuários com deficiência afirma que, ao procurar por tratamento odontológico, encontram dificuldade para receber atenção à saúde bucal na unidade básica de saúde no município de Fortaleza. Além disso, embora o SUS continue sendo o local preferencial de atendimento para a maioria destes usuários, 23,5% deles utiliza o serviço privado. Este achado, associado ao desconhecimento dos usuários no que diz respeito à sistemática de organização dos serviços odontológicos na UBASF, pode explicar a pouca procura por atenção odontológica, justificando o motivo pelo qual um grande percentual de pessoas com deficiência não procuram o serviço e, conseqüentemente, não sabem responder questões relacionadas à atenção odontológica.

Outros estudos comprovam os avanços nos últimos anos com relação à procura e à utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira, e ao mesmo tempo, ratificam a necessidade de melhorar ainda mais o acesso à saúde bucal no SUS, como demonstrado pela comparação de dados da PNAD/1998 com a PNAD/2008, em que se percebe que, em 10 anos, o número de brasileiros que nunca foi ao dentista cai de 19% para 7,8%. As pessoas atendidas por problemas odontológicos foram as que melhor avaliaram o serviço, 93,6% consideraram o atendimento odontológico “muito bom ou bom”, sendo que 68,8% dos

atendimentos por este motivo foram realizados pela rede particular, somente 31,2% foram realizados pelo SUS (IBGE, 2010).

As dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos e as taxas de utilização destes serviços no SUS tem sido um desafio para odontologia, que se apresentam diferenciadas por várias razões, como acessibilidade geográfica, econômica, cultural, funcional e de comunicação (ROHR; BARCELLOS, 2008). Estas dificuldades foram observadas com maior ênfase pelos CD's, os quais adotaram um posicionamento mais crítico que os usuários ao avaliar as dimensões de acessibilidade sob todos os aspectos.

O maior nível educacional, a maioria destes profissionais com pós-graduação, pode ser um diferencial para compreensão e capacidade de problematizar com maior propriedade o tema. Outro fator que pode explicar este maior criticismo dos CD's em relação às barreiras geográficas, arquitetônicas e organizacionais, quando comparados às pessoas com deficiência, é o nível sociocultural. Este faz com que os primeiros conheçam e entendam que os reais direitos da população com deficiência não estão sendo contemplados em sua plenitude, e, ao contrário da população com deficiência, não se satisfaz com melhorias parciais destes aspectos.

Os dados aqui apresentados mostraram diversidade de opiniões entre os entrevistados (CD's e pessoas com deficiência) que diz respeito à acessibilidade geográfica, com variações maiores quanto à segurança da área e entorno da UBASF e dificuldade dos usuários com o transporte coletivo. A maioria dos CD's apontou essas dificuldades no deslocamento para o serviço de saúde e avaliou de forma mais negativa todas as outras variáveis geográficas. Isto pode ser devido ao fato de algumas áreas de abrangência das equipes da ESF situarem-se em locais distantes das UBASF em Fortaleza, que requerem tempo, transporte, acompanhante e segurança para os usuários, comprometendo a acessibilidade das pessoas.

Estas informações concordam com o que foi constatado por Silva Junior *et al.* (2010) em sua pesquisa junto aos profissionais de saúde em um distrito sanitário no município de Salvador-BA, em que algumas áreas de abrangência cobertas pelas equipes situavam-se afastadas das unidades básicas de saúde, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população. Travassos e Martins (2004) afirmam que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, sugerindo que a correta distribuição espacial dos serviços e dos pacientes deve ser coerente para o uso adequado do serviço de saúde.

Questão levantada no que concerne à condição das calçadas e pavimentação das ruas observada pelos profissionais, mesmo sendo uma minoria, cerca de dez por cento, representa importante observação por serem inadequadas ao deslocamento das pessoas, dificultando ou mesmo impedindo a mobilidade, em especial das pessoas com deficiência visual e das usuárias de cadeira de rodas. Esta realidade é retratada por Vasconcelos e Pagliuca (2006) que, ao mapear vias públicas em cidade do estado do Ceará, apontaram para a insegurança à qual as pessoas com limitações físicas estão expostas no trajeto para as unidades de saúde, visto que as condições de acesso inviabilizam o livre trânsito de pessoas, sobretudo em cadeira de rodas, usuários de muletas e com mobilidade reduzida. Soma-se a isto a falta de semáforos sonoros, pisos táteis e outros artefatos que auxiliariam o deslocamento de pessoas com deficiência.

Os CD's identificaram com maior frequência as barreiras presentes na estrutura física das UBASF, que as tornam inadequadas para promover a atenção a pessoas com deficiência de forma plena. De acordo com estes profissionais, a maioria das unidades em Fortaleza não dispõe de corrimão e não há vagas no estacionamento reservadas para pessoas com deficiência; grande parte dos corredores das unidades não apresenta sinalização para orientar o deslocamento do usuário no interior da unidade, nem disponibilizam informações em Braille que facilitaria o acesso da pessoa com deficiência visual; mais da metade das unidades não possuem sanitários adaptados e cadeira de rodas. A largura das portas e corredores, assim como o tamanho das salas de espera e dos consultórios odontológicos também foram apontados e restringem o acesso de usuários de cadeira de rodas. Estes resultados estão de acordo com os encontrados em outros estudos, constatando-se a inobservância em relação às normas descritas para o acesso de pessoas com deficiência física e indivíduos com mobilidade reduzida às unidades de saúde (VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006). A melhoria da estrutura física das unidades é necessária para garantir a possibilidade de ingresso seguro nos locais onde estão instaladas, aumentando as chances de atendimento, com qualidade e respeito a esta importante parcela de usuários (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Neste aspecto, é importante mencionar e comparar estes achados com outros estudos que descrevem as condições das unidades básicas de saúde em relação às barreiras arquitetônicas. De acordo com Siqueira *et al.* (2009), que avaliaram 240 UBASF em 41 municípios brasileiros, cerca de 60% das unidades foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e pessoas com deficiência, devido à presença de degraus, falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados e salas de espera inadequadas, muitas vezes em

decorrência de edificações adaptadas, que não atende as normatizações para este segmento populacional (SIQUEIRA *et al.*, 2009), e outras inadequações dos serviços de saúde são encontradas como: demora no atendimento, falta de estacionamento, elevadores, cadeiras de rodas e de médicos (CASTRO *et al.*, 2011).

A despeito do modo de organização das ações e serviços odontológicos oferecidos nas UBASF em Fortaleza, os principais obstáculos ao acesso apontados por os CD's dizem respeito à dificuldade na marcação de consultas odontológicas, apesar do acolhimento; assim como o longo tempo de espera para realização de consultas e insuficiência de profissionais para atender a demanda. Mais da metade destes profissionais relatou não se sentir qualificado para atendimento das PNE, pela dificuldade no manejo clínico e na comunicação com estas pessoas. Estes fatos são importantes por repercutirem diretamente no acesso, na qualidade do acolhimento e atendimento, comprometendo, assim, a resolutividade da atenção à saúde bucal. Esses achados estão de acordo com outros estudos, nos quais persistem obstáculos relacionados ao modo de organização dos serviços de saúde. Diante da ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário dentro da rede básica, a acessibilidade sofre grande influência das características organizacionais das unidades, que traduzem os diferentes perfis profissionais e de gestão local (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CASTRO *et al.*, 2011).

Ao mesmo tempo, os profissionais também identificaram fatores positivos, que facilitam o acesso das pessoas ao serviço odontológico em Fortaleza, como: a maioria das unidades funcionarem no terceiro turno; os CD participarem do acolhimento; encaminhamentos para os serviços de referência (CEO) quando necessita de atenção especializada e a garantia de retorno destes pacientes às unidades básicas (contrarreferência). Estes achados culminam com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência (2010), ao determinar o aprimoramento nos processos de acolhimento, atenção, referência e contrarreferência, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter melhor acesso às unidades de saúde, comprovando que também existem avanços na atenção a estas pessoas.

A institucionalização de práticas mais articuladas, com clareza quanto às rotinas para o atendimento e encaminhamentos dos usuários na rede, pode repercutir positivamente nos resultados da acessibilidade (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Todavia, estas informações devem ser do conhecimento dos usuários, pela divulgação das ações promovidas

pelo SUS, as quais devem ter visibilidade e provavelmente não estão chegando à população de Fortaleza, que precisa se apropriar dos seus Direitos enquanto Cidadão.

Outro achado interessante, da presente pesquisa, foi observar que a percepção das pessoas com deficiência com relação às características geográficas, arquitetônicas e de comunicação é influenciada pelo tipo de deficiência apresentada. Constatou-se, por exemplo, que as barreiras de comunicação foram mais ressaltadas pela comunidade surda, que avaliaram com os piores resultados a capacidade dos profissionais em atendê-los, provavelmente pela dificuldade em se comunicar com eles, confirmando a existência desta barreira.

Enquanto que, para aqueles com deficiência motora, o tempo com deslocamento e as barreiras físicas da UBASF foram as que mais se sobressaíram, provavelmente devido a sua limitação de mobilidade e dificuldade em se deslocar de cadeira de rodas nesses espaços, o que representa ainda uma das grandes barreiras enfrentadas no cotidiano destes usuários.

Ao passo que, pessoas com deficiência visual, percebem maior dificuldade no trajeto para a UBASF e na falta de segurança na área e entorno da unidade, por encontrarem obstáculos que dificultam o seu acesso aos serviços. Fica claro que as necessidades deste grupo de pessoas não podem ser vistas de forma homogênea, que estas possuem peculiaridades e necessidades específicas que dependem das limitações e potencialidades de cada deficiência.

Diferença de percepção também foi observada entre os usuários entrevistados no seu domicílio e fora dele. Verificou-se no domicílio um maior número de pessoas com deficiência motora e que relataram mais facilidade de comunicação com os profissionais. E fora do domicílio um maior número de pessoas com deficiência auditiva e que relataram um maior convívio com outras pessoas com deficiência, em sua comunidade e nos diferentes espaços sociais. Tais dados podem ser entendidos, visto que as pessoas usuárias de cadeiras de rodas, de muletas, com mobilidade reduzida ou com deficiência visual têm menor autonomia em relação ao deslocamento por dependerem do nível de acessibilidade em seu entorno. Para que estas possam deslocar-se com independência pelas vias públicas em Fortaleza é necessário que a cidade esteja dentro das normas técnicas preconizadas para acessibilidade (NBR 9050/1994).

É relevante dizer que os surdos demonstraram maior insatisfação que as pessoas com deficiência motora e visual em relação a vários aspectos estudados nesta pesquisa, como por

exemplo, a capacidade dos CD em atendê-los e a prioridade de atendimento. Isto pode dever-se a maior inserção destes na comunidade em geral e, conseqüentemente, maior acesso à informação e reconhecimento do descumprimento de seus direitos.

Vale ressaltar que os resultados desta pesquisa foram além do objetivo proposto, pois levantaram questões importantes para reflexão e investigações adicionais, relacionadas à formação e experiência profissional, ao significado de acessibilidade e ao conhecimento da área de abrangência que está sob a responsabilidade dos CD's. Os profissionais reconheceram fragilidades em sua formação profissional, uma vez que a maioria vivenciou poucas (ou nenhuma) atividades e/ou atendimentos às pessoas com deficiência no curso de graduação, apresentando um pequeno percentual de CD's que se acharam preparados para oferecer uma adequada atenção odontológica a estes pacientes.

Verifica-se, também, que estes profissionais reconhecem a necessidade de capacitação para melhorar o manejo clínico no atendimento a essas pessoas, assim como, 31,5% dos CD apontou a necessidade de curso de Libras para melhorar a comunicação com a comunidade Surda, indicando sensibilidade para a acessibilidade comunicacional. Embora, Coelho *et al.* (2005) enfatizem que o atendimento a pacientes com distúrbios físicos, em especial o motor, visual e auditivo, praticamente em nada difere ao daqueles pacientes que não apresentam condição especial, a não ser pela eliminação de barreiras físicas e/ou de comunicação, os profissionais entrevistados indicam a necessidade de treinamento específico para esta população.

Os CD's apresentaram uma visão restrita do significado de acessibilidade, ao limitá-la à oferta de serviços, de atendimentos e estrutura física. Apesar de estes fatores serem importantes para o adequado acesso da população aos serviços de saúde, é importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos de saúde e outras questões relevantes.

Autores conceituam-na como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde, perante as resistências proporcionadas pelo meio, e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços. É compreendida como as características da organização da oferta dos serviços de saúde que contribuem para uma maior ou menor utilização desses serviços por parte dos usuários. Decorrente tanto das características dos sistemas e dos serviços de saúde, como das possibilidades dos usuários superarem barreiras organizacionais/funcionais,

geográficas, arquitetônicas, culturais, econômicas e de comunicação (BRASIL, 2006c; CASTRO *et al.*, 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SILVA JUNIOR *et al.*, 2010).

Observou-se que 100% dos CD's não souberam relatar a prevalência de pessoas com deficiência na área de abrangência da sua equipe, sob sua responsabilidade sanitária, contrariando um dos pilares do processo de trabalho do CD na ESF. Uma vez que o cuidado em saúde exige o relacionamento com os usuários, o conhecimento do território, a gestão participativa dos serviços, a resposta às demandas da população se faz necessária. A ampliação do acesso às ações e práticas de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, por meio de medidas de caráter individual e coletivo devem ser baseada no vínculo a partir de uma comunidade adscrita a um território (BRASIL, 2006b), território este que deve ser conhecido pelo CD para que este possa desenvolver suas atividades plenamente. Embora a maioria dos CD's diga assistir usuários com deficiência motora, auditiva e visual na UBASF, o desconhecimento destes em relação ao território e os usuários com necessidades especiais nele inseridos compromete a atenção integral à saúde desses.

CONCLUSÃO

Reconhece-se uma ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos no município de Fortaleza, nos últimos anos. Isto se deve à implantação da ESF/ESB, a reorganização do modelo assistencial na Atenção Básica e a maior oferta e disponibilidade efetiva dos serviços de saúde. Todavia, as condições de acessibilidade das UBASF e em seu entorno não favorecem o acesso de pessoas com deficiência motora, auditiva e visual a estes serviços, sejam pelas resistências proporcionadas pelas características geográficas em que a unidade de saúde está localizada, relacionada à distância, tempo de locomoção e custo com deslocamento, seja pelas características dos serviços. Evoluíram quantitativamente as ESB, mas persistiram obstáculos presentes na estrutura arquitetônica das unidades, como ausências de corrimão, de vagas no estacionamento, de corredores com sinalização, de sanitários adaptados e de cadeira de rodas, restringindo o acesso deste segmento social.

Um fator de destaque desta pesquisa foi a pequena procura e a utilização dos serviços odontológicos por pessoas com deficiência na UBASF, que pode ser entendido tanto por a dificuldade destas em superar barreiras culturais na busca e obtenção de atenção à saúde bucal, quanto por a necessidade imperativa de reorientação dos serviços odontológicos. Esta perpassa pela organização, no que diz respeito à marcação de consultas odontológicas, ao acolhimento, ao tempo de espera para realização de consultas, a qualificação de profissionais para atender esta demanda; pela visualização das ações e serviços ofertados pelo SUS a esta população; pelo enfrentamento da barreira de comunicação, caracterizada pelo desconhecimento da Língua de Sinais pelos CD's e ausência de intérpretes na UBASF; pelas reformas que devem ser realizadas nas unidades, tornando-as acessíveis.

Diante do exposto, ressalta-se a urgência na realização de ações voltadas para melhoria da acessibilidade aos serviços odontológicos no âmbito municipal, com intuito de promover efetivamente a inclusão, resgatar a cidadania e possibilitar a atenção integral às pessoas com deficiência.

Por fim, o estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido a partir da perspectiva dos cirurgiões-dentistas da ESF e do usuário com deficiência assistido pelo serviço de saúde do município. Desta forma, faz-se necessário investigar essa temática a partir da realidade da população com deficiência não coberta pela ESF em Fortaleza ou não usuária dos serviços públicos de saúde, avaliando como as variáveis estudadas se comportam e interagem entre si.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B.; BASÍLIO, M.; NEVES, J. Desafios para inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. Ipatinga: Revista de Enfermagem Integrada. **Unileste-MG**, v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of Persons with special health care needs. **Pediatric Dentistry**, v. 28, n. 5, p. 15, 2006.

ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior** v. 36, p. 1-10, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9.050:1994. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário, e equipamento urbano**. Rio de Janeiro, 2001.

BARROS, A.; BERTOLDI, A. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. Portaria SAS 306/92. **Atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no Sistema de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Decreto 3.298/99. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Portaria GM 1.060/02. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Decreto 5.296/04. **Prioridade de atendimento às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e promoção da acessibilidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 5626/05 que regulamenta a Lei n° 10436 de 24 de abril de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n° 17, Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Portaria GM 648/06. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humanizadas. Documento Base**. 3. ed. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Lei nº 8080/90. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1032/ GM, de 05 de maio de 2010. **Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais**. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010b.

CARVALHO, A.; FIGUEIRA, L.; UTUMI, E.; OLIVEIRA, C.; SILVA, L.; PEDRON, I. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. **Robrac**, v. 19, n. 49, ago. 2010.

CASTRO, S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.; CESAR, C. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

COELHO, B.; PEREIRA, C.; FUZIAMA, C.; DUARTE, F.; GUEDES, F.; MARTINS, N.; TOLEDO, R.; ASSUNÇÃO JÚNIOR, J.; RAITZ, R. Detalhes arquitetônicos para o atendimento odontológico a deficientes físicos: medidas simples que conquistam espaço no mercado de trabalho. **Robrac**, v. 14, n. 38, p. 47-51, dez. 2005.

COSTA, I.; MACIEL, S.; CAVALCANTI, A. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimentos por pacientes idosos em Campina Grande-PB. **Revista Odontologia Clínico Científica**, Recife, v. 7, n. 4, p. 331-335, out./dez. 2008.

CUNHA, A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

CUNHA, E. **Programa de Ação Mundial para as pessoas com deficiência**. Brasília: CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência BR, 1996.

DALFOVO, M. S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p. 01- 13, Sem II. 2008.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de La salud**: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Biblioteca de La Salud; 1988.

FERNANDES, I. **Acolhimento a portadores de necessidades especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas no município de João Pessoa – PB**. 2009. 81f. Monografia (Graduação) – Curso de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

FRANÇA, I.; PAGLIUCA, L.; BAPTISTA, R. Policies for inclusion of disabled people: limits and possibilities. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 112-6, 2008.

FREIRE, D. et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 889-897, abr. 2009.

FREITAS, D.; ANTUNES, S.; CALDEIRA, A.; SILVEIRA, M. D. Odontologia Inclusiva. Percepções de indivíduos surdos sobre a comunicação com profissionais da Odontologia. EFDeportes.com. **Revista digital**, Buenos Aires, ano 16, n. 155, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.; ARAUJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

IANNI, A.; PEREIRA, P. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, p.89- 92, apr/june. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD, 1998**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

_____. **Censo Demográfico 2000**. Deficiência. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19042011censo.shtm>>.

_____. **Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde, fatores de risco e proteção à saúde. PNAD, 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Perfil Básico Municipal**. Fortaleza: IPECE, 2010.

KONERU, A.; SIGAL, M. Access to Dental Care for Persons with Developmental Disabilities in Ontario. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 75, n. 2, mar. 2009.

LIMA, V.; ARRUDA, F.; GUERRA, K. **A temática da acessibilidade às pessoas com deficiência no sistema de transporte público urbano de Fortaleza**. 2006.

NUNN, J.; GORDON, P.; CARMICHAEL, C. Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children. **Community Dental Health**, v. 10, p. 389-96, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF**. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre a deficiência/ World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos.- São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic evaluation bloodlines. **American Journal of Evaluation**, v. 22, p. 317- 324, 2001.

PEREIRA, L. et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatós**, v. 16, n. 31, jul./dez. 2010.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, E.; PINHEIRO, P. A Prevalência de Deficientes na População do Parque Antônio Vieira – Juazeiro do Norte-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 3-7, 2004.

ROHR, R.; BARCELLOS, A. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 3, p. 37-41, 2008.

SAMPAIO, E.; CESAR, F.; MARTINS, M. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. **RBPS**, v. 17, n. 3, p. 127-134, 2004.

SASSAKI, R. **Inclusão. Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA JUNIOR, E.; MEDINA, M.; AQUINO, R.; FONSECA, A.; VILASBOAS, A. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, (Supl. 1): S49- S60, nov. 2010.

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. 109-116, 2004.

SIQUEIRA, F.; FACCHINI, L.; SILVEIRA, D.; PICCINI, R.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da diferença; e se o outro não estivesse aí?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SOUSA, P. **Acesso do paciente à clínica odontológica do SUS: A ótica do Cirurgião – dentista**. 2011. Monografia (Pós-Graduação) – Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública- Fortaleza, 2011.

SOUZA FILHO, M.; NOGUEIRA, S.; MARTINS, M. Avaliação da saúde bucal de deficientes visuais em Teresina-PI. **Arquivos de Odontologia**, v. 45, n. 2. abr./jun. 2010.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária- equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organizações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002, p. 207-245.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, (Sup. 2):S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VASCONCELOS, L.; PAGLIUCA, L. Mapeamento da Acessibilidade do Portador de Limitação Física a Serviços Básicos de Saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 494-500, dez. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista aplicada a pessoas com deficiência motora, auditiva ou visual

UNIDADE DE SAÚDE _____

SER _____ DATA _____

ENTREVISTADOR _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Gênero: Fem. () Masc. ()

3. Religião: () Católica () Evangélica () Outra _____

4. Naturalidade: () Capital () Interior () Outra

5. Estado civil:

() Casado

() Solteiro

() Divorciado

() Viúvo

() União estável

() Outro

6. Você mora com quem?

() pais/ familiares

() instituição

() sozinho

7. Profissão/ocupação _____

8. Qual o seu nível de escolaridade?

() Pós-graduação

() Grau superior completo

() Grau superior incompleto

() Nível médio completo

() Nível médio incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

- Ensino infantil
 Nunca frequentou a escola

9. Qual a renda familiar? (de todos que moram na residência)

- 1 - 2 salários mínimos
 2 - 3 salários mínimos
 3 - 4 salários mínimos
 de 4 a 10 salários mínimos
 mais de 10 salários mínimos

10. Indique o tipo de condição que você tem:

- Deficiência motora
 Deficiência visual
 Deficiência auditiva
 outra _____

11. Há quanto tempo? _____

12. Existe mais alguém na sua família com necessidade especial?

- Sim
 Não

13. Existe alguém na sua comunidade com necessidade especial?

- Sim
 Não
 Não sei.

14. De 0 a 10, indique o quanto essa condição que você apresenta dificulta suas atividades diárias: _____

15. De 0 a 10, indique o quanto essa condição que você apresenta dificulta seu acesso aos serviços de saúde: _____

16. Você costuma ir ao dentista?

- Sim. Se sim, com que frequência?
 Só em emergência semestralmente
 Só quando é encaminhado anualmente
 mensalmente não sei dizer
 Não

17. Onde você procura atendimento odontológico?

- SUS nunca procurei
 Privado

- Tanto no SUS quanto no Privado
- Plano de saúde _____
- Curso de Odontologia _____

18. Você já foi atendido por CD em algum serviço público do município de Fortaleza?

- Sim
- Não

Qual a nota que você dá ao atendimento recebido? _____

19. Você encontra dificuldade para ter atendimento odontológico nas UBASF?

- Sim
- Não
- Às vezes
- Nunca procurei

ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

20. Os itens abaixo estão relacionados às condições de acesso para se deslocar até a UBASF. Gostaria que me dissesse o que você encontra no seu dia a dia:

Sim Não Parcialmente **Não sabe responder**

- perde-se muito tempo para se deslocar até a UBASF.
- a unidade de saúde é distante do local onde reside.
- precisa de acompanhante.
- dificuldade de transporte.
- custo alto do transporte para chegar ao local de atendimento.
- presença de ladeiras altas para chegar a UBASF.
- presença de escadarias para chegar a UBASF.
- presença de vielas, becos e/ ou locais sem segurança que dificultam chegar a UBASF.
- Outros _____

ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DA UBASF E DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS

- horários de funcionamento da UBASF- funcionando nos turnos manhã e tarde/noite
- dentistas participam do acolhimento das pessoas que procuram os serviços, escutam suas queixas e procuram resolvê-las.
- marcação de consultas todos os dias
- existência de lista de espera
- longo tempo de espera para o atendimento
- encaminhamento para especialidades (CEO)
- garantia de retorno do paciente para atenção odontológica na UBASF
- dentistas suficientes para atender a população da área
- dentistas capazes de atender pessoas com deficiência
- sente-se respeitada
- facilidade de comunicação com o dentista
- presença do “apoio à gestão” na UBASF
- presença de profissional(is) na UBASF que se comunique(m) por meio de LIBRAS, facilitando a atenção às pessoas com deficiência auditiva.

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO - Somente para pessoas com deficiência auditiva e visual

25. Você tem dificuldade de se comunicar com o dentista?

- Sim
- Não
- Parcialmente

26. Como ocorre a comunicação entre o dentista e a pessoa com deficiência auditiva na UBASF?

- por meio de intérprete
- por meio da escrita
- comunicação verbal/leitura labial
- gestos/ mímicas
- por meio de LIBRAS
- há sempre membro da família/ amigo para intermediar a comunicação
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

27. Como ocorre a comunicação entre o dentista e a pessoa com deficiência auditiva no Consultório particular/plano de saúde?

- por meio de intérprete
- por meio da escrita
- comunicação verbal/leitura labial
- gestos/ mímicas
- por meio de LIBRAS
- há sempre membro da família/ amigo para intermediar a comunicação
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

28. Como ocorre a comunicação entre o dentista e a pessoa com deficiência visual na UBASF?

- familiariza o paciente com a Unidade, deixando-o explorar o ambiente
- por meio do tato
- comunicação verbal
- por meio de BRAILE
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

29. Como ocorre a comunicação entre o dentista e a pessoa com deficiência visual no Consultório particular/plano de saúde?

- familiariza o paciente com a Unidade, deixando-o explorar o ambiente
- por meio do tato
- comunicação verbal
- por meio de BRAILE
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

APÊNDICE B – Entrevista aplicada aos CD's da ESF

UNIDADE DE SAÚDE _____ EQUIPE _____

SER _____ DATA _____

ENTREVISTADOR _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Gênero: () Feminino () Masculino

3. Religião: () Católica () Protestante () Outra _____

4. Naturalidade: () Capital () Interior () Outra _____

5. Estado civil:

() Casado

() Solteiro

() Divorciado

() Viúvo

() União Estável

() Outro

6. Profissão/ocupação _____

7. Escolaridade:

() Graduação

() Aperfeiçoamento

() Especialização

() Residência

() Mestrado

() Doutorado

8. Além da UBASF, onde mais você trabalha:

() Outro posto de saúde () Só na ESF

() Consultório particular

() Plano de saúde

() Hospital

() Professor na área

() Outro: _____

9. Qual a renda familiar? (de todos que moram na residência)

() 1 - 2 salários mínimos

() 2 - 3 salários mínimos

() 3 - 4 salários mínimos

() de 4 a 10 salários mínimos

() mais de 10 salários mínimos

10. Tempo de atuação na ESF: _____

11. Durante a graduação, você desenvolveu atividades ou realizou atendimentos a pessoas com deficiência (PD)?

() SIM () NÃO

12. Você tem alguma formação em atendimento a pessoas com necessidades especiais que lhe ajude durante o atendimento odontológico?

13. Em sua opinião, que atividades e/ou cursos de formação lhe ajudaria(m) no manejo com as pessoas com deficiência?

14. O que você entende por acessibilidade?

15. Que tipos de deficiência há na população assistida por sua equipe?

() Deficientes motores

() Deficientes auditivos

() Deficientes visuais

() Há os três tipos de deficiência

() não há pessoas com estas deficiências

16. Você sabe estimar o número de pessoas com deficiência na área de abrangência de sua equipe?

() Sim, quantos? _____

() Não

17. Pessoas com deficiência costumam procurar a UBASF para atendimento odontológico?

() Sim

() Não

() Parcialmente.

ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

18. Os itens abaixo estão relacionados às condições de acesso para se deslocar até a UBASF. Gostaria que me dissesse o que você encontra no seu dia a dia:

Sim Não Parcialmente

- perde-se muito tempo para se deslocar até a UBASF.
- a unidade de saúde é distante dos domicílios das pessoas.
- pessoas com deficiência precisam de acompanhante para chegar a UBASF.
- dificuldade de transporte.
- custo alto do transporte para chegar ao local de atendimento.
- presença de ladeiras altas para chegar a UBASF.
- presença de escadarias para chegar a UBASF.
- presença de vielas, becos e/ ou locais sem segurança que dificultam chegar a UBASF.
- Outros _____

ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DA UBASF E DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS

19. Você acha que a estrutura física da UBASF está adaptada para receber pessoas com deficiência?

- Sim
- Não
- Parcialmente

20. Os itens abaixo estão relacionados à estrutura física das UBASF. Gostaria que me dissesse o que você encontra no seu dia a dia:

Sim Não

- rampas
- corrimão
- degraus
- vagas para deficientes no estacionamento
- portas largas
- corredores largos

corredores com setas indicativas para orientar o deslocamento das pessoas dentro da UBASF

placas/setas indicativas em Braille para orientar o deslocamento das pessoas com deficiência visual

sala de espera com espaço para cadeiras de rodas

consultórios odontológicos com espaço para cadeiras de rodas

sanitários adaptados às pessoas com deficiência

cadeira de roda na UBASF

Outros _____

ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

21. É dado algum tipo de prioridade de atendimento a pessoas com deficiência?

Sim, qual? _____

Não

Parcialmente _____

22. Os itens abaixo são relacionados à forma como os serviços odontológicos estão organizados na UBASF. Gostaria que me dissesse o que você encontra no seu dia a dia:

Sim Não Parcialmente

horários de funcionamento da UBASF – funcionando nos três turnos

dentistas participam do acolhimento das pessoas que procuram os serviços, escutam suas queixas e procuram resolvê-las

marcação de consultas todos os dias

existência de lista de espera

longo tempo de espera para o atendimento

encaminhamento para especialidades (CEO)

garantia de retorno do paciente para atenção odontológica na UBASF

dentistas suficientes para atender a população da área

dentistas capazes de atender pessoas com deficiência

facilidade de comunicação com pessoas com deficiência

presença do “apoio à gestão” na UBASF

presença de profissional(is) na UBASF que se comuniquem por meio de LIBRAS, facilitando a atenção às pessoas com deficiência auditiva.

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO - entre dentistas e pessoas com deficiência auditiva e visual

23. Você tem dificuldade de se comunicar com pessoas com deficiência auditiva?

- Sim
- Não
- Parcialmente

24. Como ocorre a comunicação entre você e a pessoa com deficiência auditiva no consultório odontológico?

- por meio de intérprete
- por meio da escrita
- comunicação verbal/leitura labial
- gestos/ mímicas
- por meio de LIBRAS
- há sempre membro da família/ amigo para intermediar a comunicação
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

25. Você tem dificuldade de se comunicar com pessoas com deficiência visual?

- Sim
- Não
- Parcialmente

26. Como ocorre a comunicação entre você e a pessoa com deficiência visual no consultório odontológico?

- familiariza o paciente com a Unidade, deixando-o explorar o ambiente
- por meio do tato
- comunicação verbal
- por meio de BRAILE
- há sempre membro da família/ amigo para intermediar a comunicação
- não há comunicação
- não há atendimento para pessoas com essa deficiência

APÊNDICE C – Termo de consentimento informado para pessoas com deficiência em Fortaleza-CE

“Acessibilidade das Pessoas com Deficiência aos Serviços Públicos Odontológicos em Fortaleza, Ceará”.

Você está convidado (a) a participar de uma pesquisa. Caso aceite, favor assine esse termo de consentimento e responda as perguntas que se seguem. Você receberá esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de sua participação. Sua participação é voluntária, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição e muito menos com o seu vínculo empregatício neste, ou em qualquer outra unidade de saúde. O título do trabalho é **“Acessibilidade das Pessoas com Deficiência aos Serviços Públicos Odontológicos em Fortaleza, Ceará”** e tem o objetivo avaliar a acessibilidade aos serviços públicos odontológicos por pessoas com deficiência motora, auditiva e visual, sob a ótica dos CD's da ESF e de pessoas com estas deficiências. Para isso, será realizada uma entrevista, em que todas as informações são confidenciais. Não existem riscos e desconfortos para você e nem haverá nenhum tipo de gasto nem pagamento para sua participação na pesquisa. Gostaria de destacar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa. Em caso de maiores esclarecimentos, entre, por gentileza, em contato com a orientadora desta pesquisa, prof. Dra. Maria Vieira Saintrain, Mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade de Fortaleza, ou diretamente com a pesquisadora:

Nome: Lyana Leal Rocha

Endereço: Avenida Washington Soares, 1321 – Bairro Edson Queiroz, CEP: 60. 811 – 905.
Fone: 3477- 3122 (COETICA)/ Mestrado em Saúde Coletiva – Bloco S. Fone: (85) 3477-3280.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – Av. Washington Soares 1321, Cep 60.811- 341, Fortaleza- CE ou coetica@unifor.br.

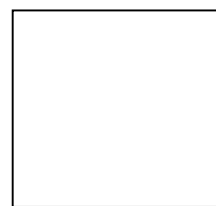
Modelo do Consentimento Pós-esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D – Termo de consentimento informado para os CD's da ESF

“Acessibilidade das Pessoas com Deficiência aos Serviços Públicos Odontológicos em Fortaleza, Ceará”.

Caro Profissional,

Você está convidado (a) a participar de uma pesquisa. Caso aceite, favor assine esse termo de consentimento e responda as perguntas que se seguem. Você receberá esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de sua participação. Sua participação é voluntária, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição e muito menos com o seu vínculo empregatício neste, ou em qualquer outra unidade de saúde. O título do trabalho é **“Acessibilidade das Pessoas com Deficiência aos Serviços Públicos Odontológicos em Fortaleza, Ceará”** e tem o objetivo avaliar a acessibilidade aos serviços públicos odontológicos por pessoas com deficiência motora, auditiva e visual, sob a ótica dos Cirurgiões-Dentistas e de pessoas com estas deficiências. Para isso, será realizada uma entrevista, em que todas as informações são confidenciais. Não existem riscos e desconfortos para você e nem haverá nenhum tipo de gasto nem pagamento para sua participação na pesquisa. Gostaria de destacar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa. Em caso de maiores esclarecimentos, entre, por gentileza, em contato com a orientadora desta pesquisa, prof. Dra. Maria Vieira Saintrain, Mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade de Fortaleza, ou diretamente com a pesquisadora:

Nome: Lyana Leal Rocha

Endereço: Avenida Washington Soares, 1321 – Bairro Edson Queiroz, CEP: 60. 811 – 905.
Fone: 3477- 3122 (COETICA)/ Mestrado em Saúde Coletiva – Bloco S. Fone: (85) 3477-3280.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – Av. Washington Soares 1321, Cep 60.811- 341, Fortaleza-CE ou coetica@unifor.br.

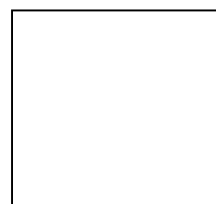
Modelo do Consentimento Pós-esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

ANEXO



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 409/2011

Projeto de Pesquisa: Acessibilidade aos Serviços Públicos Odontológicos as Pessoas com Deficiência em Fortaleza-Ce.

Pesquisador Responsável: Lyana Leal Rocha

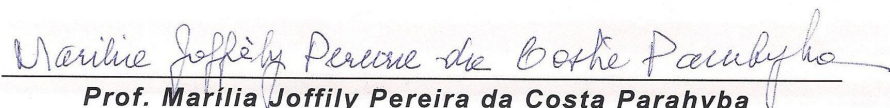
Data de apresentação ao COÉTICA: 08/11/11

Registro no COÉTICA: 11-530

CAAE: 0534.0.037.037-11

Parecer: Aprovado na data 06/01/12

Obs.: O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.


Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA