



EDUCAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO BUCAL DE DEFICIENTES VISUAIS: uma ação inclusiva¹

Suzana Ferreira Paulino²; Pedro Paulo Procópio³

Faculdade Integrada de Pernambuco (FACIPE), Recife, PE

Faculdade Integrada de Pernambuco, suzana_ferreirao@facipe.edu.br / suzanafpenglish@yahoo.com.br

Faculdade Integrada de Pernambuco, pedro_procopio@facipe.edu.br / pedroprocopio@hotmail.com

Resumo: Um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), apontou que 6,2% da população brasileira sofrem de algum tipo de deficiência. Na Pesquisa Nacional De saúde (PNS) foram considerados quatro tipos de deficiências: auditiva, visual, física e intelectual. Dentre os tipos de deficiência pesquisados, a deficiência visual é a mais comum, acometendo 3,6% dos brasileiros (IBGE-PNS, 2013). Tendo em vista o grande número de brasileiros deficientes visuais e a falta de formação superior que contemple as necessidades dos deficientes visuais, tal público pode ser um desafio aos cirurgiões dentistas, desde a adaptação da clínica odontológica até o correto manejo e condutas a serem tomadas para o tratamento dos mesmos, por essa condição inspirar atenção às situações e limitações destes pacientes. Dessa forma, o objetivo geral deste estudo foi fornecer orientações orais através de palestras e criar um roteiro instrutivo/informativo impresso visível e tátil, em Braille, sobre higienização bucal para uma padronização de procedimentos e inclusão de deficientes visuais. Para alcançá-lo, traçamos os seguintes objetivos específicos: orientar sobre higienização bucal de deficientes visuais; incentivar a higienização bucal em pacientes deficientes visuais; minimizar os índices de problemas de saúde bucal em pacientes deficientes visuais; e padronizar métodos e técnicas de higienização bucal em Braille direcionado a deficientes visuais. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, baseada nos pressupostos teóricos de Ettinger e Kambhu (1992), Sheppard, 2006 e Goulart e Vargas (1998). Como processo, obtivemos a realização de atividades informativas e instrutivas e como produto, a elaboração de um roteiro instrutivo/informativo impresso visível e tátil, em Braille e português, para os deficientes visuais e o público em geral. Ocorreu o desenvolvimento de autonomia na higienização e a compreensão acerca da correta profilaxia.

Palavras-chave: Deficiente visual, Higienização bucal, Inclusão social.

Introdução

As ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) são deficitárias, descontinuadas e possuem um baixo poder de resolubilidade, de maneira que são incapazes de solucionar os principais problemas da população. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente” com o intuito de ofertar à população brasileira saúde bucal integral para resgatar a cidadania da população brasileira. Os três grandes levantamentos nacionais

¹ Este artigo faz parte das atividades de pesquisa desenvolvidas no NUFA (Núcleo de Pós-Graduação da Facipe) e contou com a colaboração do estudante de graduação em Odontologia da Facipe, Luis Henrique Lima Ferreira.

² Doutora em Letras/Linguística pela UFPE – University of Birmingham UK; membro do NUFA (Núcleo de Pós-Graduação da Facipe); docente nos cursos de graduação da Facipe; e-mail: suzanafpenglish@yahoo.com.br. (Orientadora do projeto)

³ Doutor em Comunicação pela UFPE e Pós-Doutorando pela mesma universidade; membro do Núcleo de Pós-Graduação (NUFA), docente e coordenador de Pesquisa e Extensão da FACIPE, e-mail: pedro_procopio@facipe.edu.br / pedroprocopio@hotmail.com.



foram realizados em 1986, 1996 e 2003, e foram relevantes para construir o perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições da oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar, ao Ministério da Saúde e às instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal.

Dentre os principais resultados apresentados, destacam-se os relativos à cárie dentária, usualmente avaliada a partir do índice CPO. Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO (dentição permanente) é sempre referido em relação à idade. Neste sentido, um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. Foram diagnosticadas, como os principais agravos à saúde bucal da população brasileira, a cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, entre outras. Quando se refere à população com alguma deficiência física, os resultados não variam muito.

Um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que 6,2% da população brasileira sofre de algum tipo de deficiência através da Pesquisa Nacional De saúde (PNS) foram considerados quatro tipos de deficiências: auditiva, visual, Física e Intelectual, Dentre os tipos de deficiência pesquisadas, a deficiência visual é a mais comum, acometendo 3,6% dos brasileiros (IBGE-PNS, 2013).

Tendo em vista o grande número de brasileiros deficientes visuais, tal público pode ser um desafio aos cirurgiões dentistas, por essa condição inspirar atenção às situações e limitações destes pacientes, desde a adaptação da clínica odontológica até o correto manejo e condutas a serem tomadas (ETTINGER RL, KAMBHU, 1992).

Segundo a legislação brasileira sobre pessoas com deficiência (2013), o deficiente é aquele que tem impedimentos físicos, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, os quais, lidando com diversas barreiras, podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade com iguais condições com as demais pessoas.

A pessoa carente de visão pode sofrer várias dificuldades, superáveis através do uso de recursos e técnicas especiais criadas para estimular sua autonomia. O ensino de formas alternativas



de realizar as atividades da vida diária (como vestir-se, alimentar-se, realizar a higiene pessoal e etc.) pode favorecer a melhoria da qualidade de vida destes pacientes. O desenvolvimento de técnicas específicas na odontologia para a higienização bucal do deficiente visual é de extrema importância, pois a correta técnica utilizada pode minimizar o aparecimento da doença cárie e de doenças periodontais.

Reiteramos a necessidade de reduzir barreiras na comunicação com tal público, uma vez que é notada a falta de materiais didáticos e informativos em braille voltados a esse grupo. O uso sistema braille no processo educacional é de extrema importância, pois estimula o desenvolvimento do deficiente visual.

Nosso interesse pelo tema surgiu a partir da constatação de não haver muitos trabalhos de inclusão de deficientes visuais na área da Odontologia. Assim, vislumbramos a possibilidade de incluir os deficientes visuais socialmente, na área da saúde bucal, através de uma ação crítico-inclusiva.

Nesta perspectiva, decidimos criar um roteiro instrutivo/informativo impresso, visível e tátil, ou seja, um guia que permita a pessoas sem deficiência lerem as instruções em seu idioma, bem como a deficientes visuais (através do reconhecimento tátil) lerem em braille para que, assim, possamos aproximar o indivíduo das temáticas de higiene e inclui-lo socialmente, com vista a reduzir seus problemas bucais.

Dessa forma, nosso objetivo geral é criar um roteiro instrutivo/informativo impresso visível e tátil em braille de higienização bucal para uma padronização e inclusão de deficientes visuais. Por sua vez, os objetivos específicos são: incentivar a higienização bucal em pacientes deficientes visuais; conhecer dados referentes às principais patologias orais que acometem os deficientes visuais; minimizar os índices de problemas de saúde bucal em pacientes deficientes visuais; e padronizar métodos e técnicas de higienização bucal em braille direcionados a deficientes visuais. Para alcançar os objetivos propostos, nos baseamos nos pressupostos teóricos de Ettinger e Kambhu (1992), Sheppard, 2006 e Goulart e Vargas (1998).

Para ampliar o acesso e facilitar o atendimento das pessoas com deficiência à saúde bucal, faz-se necessária a divulgação de informações seguras e de qualidade na atenção a essa população. Por tais razões, sugerimos a elaboração de um roteiro em Português e em Braille com a finalidade de instituir orientações de higienização bucal às pessoas com deficiência. O desenvolvimento de um



roteiro em braile favorece o entendimento da importância dos dentes e da saúde bucal para esses pacientes. Como também reafirma a importância do sistema braile no desenvolvimento dos deficientes visuais.

Nossa proposta é que o roteiro proposto possa ficar exposto em unidades de saúde, no Programa Saúde da Família (PSF), consultórios odontológicos e centros de especialidade em atendimento a deficientes visuais. Além disso, pretendemos que a população deficiente visual possa receber gratuitamente o roteiro, através de ações promovidas pelo Poder Público.

Deficiência Visual e Saúde Bucal

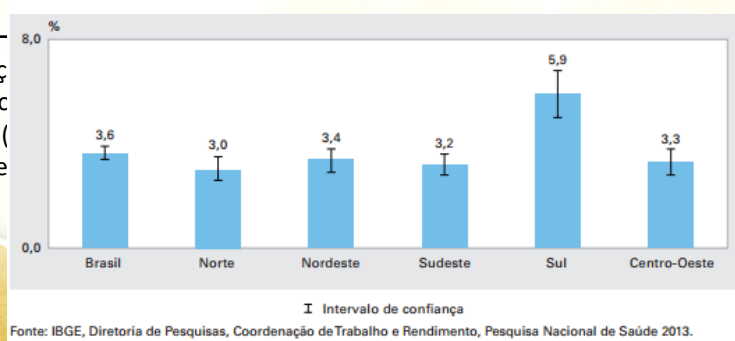
A deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem sua mobilidade, desempenho no trabalho, orientação e capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão⁴.

Segundo estimativas da OMS, existem 38 milhões de deficientes visuais no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual⁵. A prevalência da cegueira varia em 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 exista uma média de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Com vistas a incluir o paciente deficiente visual nas ações de saúde bucal; sensibilizar sobre a importância da higiene bucal em deficientes visuais e estimular a correta higienização bucal;

Segundo o IBGE (2013), existe um grande número de deficientes visuais no Brasil. O gráfico a seguir ilustra essa informação.

Gráfico 1 - Proporção de pessoas com deficiência visual, na população total, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grande Regiões – 2013.



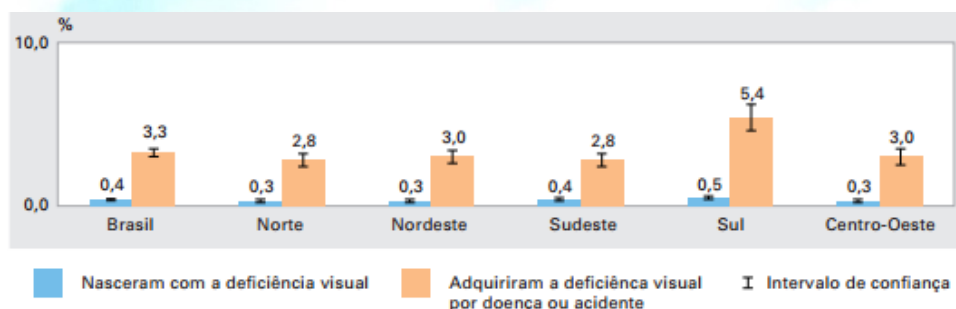
⁴ A adoção dessa classificação em estudos epidemiológicos com valores de acuidade visual ()
⁵ Cabe assinalar que dois te quanto tratada.

e dados estatísticos e ativa, baseada em ser tanto prevenida,



De acordo com os dados do IBGE (2013), o maior índice de pessoas com deficiência visual está na região Sul do Brasil, seguida da região Nordeste. Essa deficiência pode ser congênita ou adquirida, conforme gráfico abaixo.

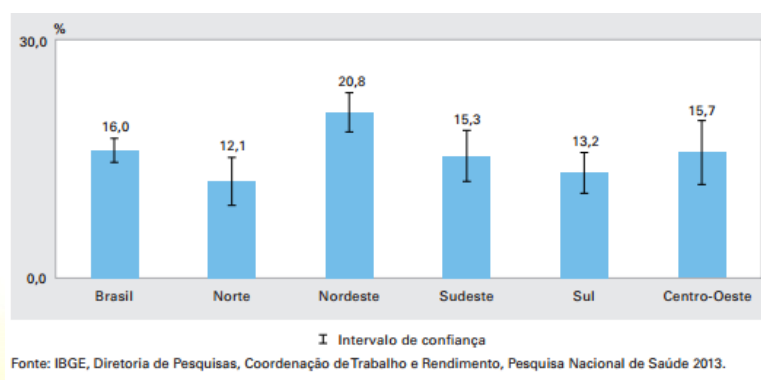
Gráfico 2 - Proporção de pessoas que nasceram com a deficiência visual e proporção de pessoas com deficiência visual adquirida por doença ou acidente, na população total, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

É possível observar que os índices de deficiência adquirida, em muito superam os de deficiência congênita e podem ser em diversos graus de acometimento.

Gráfico 3 - Proporção de pessoas com grau intenso/muito intenso de limitações ou que não conseguem realizar as atividades habituais, na população com deficiência visual, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Quando se trata de grau de limitação visual, a região nordeste se destaca das demais, apresentando 20,8% de índice. As limitações apresentadas nos gráficos acima podem revelar inadequações no que diz respeito à higienização bucal de pessoas privadas de visão. Assim, infere-se que o referido fato seja um grande problema para os cirurgiões-dentistas, isto porque a ausência



da visão interfere diretamente na higienização, uma vez que o paciente não consegue visualizar a eficiência de sua escovação ou do uso do fio dental como também dificuldades motoras, o que implica, conseqüentemente, em acúmulo de placa bacteriana, resultando no aparecimento da doença cárie e de doenças periodontais (RATH, 2001).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promove o direito de acesso à saúde e a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação, firmando princípios importantes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade. Assim, a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência deve incluir a saúde bucal e a assistência odontológica.

Nessa pesquisa, abordamos a deficiência visual como foco de investigação. A visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior (GIL, 2000), assim sua relevância é ímpar para o desempenho das atividades cotidianas de um indivíduo. Isso significa dizer que os deficientes visuais possuem limitações que dificultam a sua qualidade de vida.

Goulart & Vargas (1998) buscaram entender a percepção do deficiente visual sobre a saúde bucal e constataram que para ele, os dentes apenas serviam para comer e falar. Ainda, o único objetivo para manter os dentes saudáveis era para evitar a dor. Os deficientes visuais costumam apresentar pouca habilidade motora para manter uma higiene bucal satisfatória (RATH et al., 2001; BATISTA et al., 2003), razão pela qual necessitam de auxílio para aprender a utilizar corretamente a escova e o fio dental (BROWN, 2008). Por esse motivo, podem apresentar altos índices de cáries e doenças periodontais. Além disso, a condição de saúde bucal desses indivíduos costuma ser negligenciada, seja pelo acesso restrito aos profissionais, seja por limitações inerentes à deficiência (TREJO; MOLARES, 2006).

Rath et al. (2001), Nunes e Lomônaco (2010) afirmam que os deficientes visuais utilizam outros sentidos para adquirirem informação. Portanto devem ser explorados o tato e a audição no momento da orientação aos pacientes. É importante que o deficiente visual se torne independente para realizar sua higiene pessoal (NANDINI, 2003). Para isso, a deve-se utilizar a comunicação verbal constante, durante a fase de instrução sobre higiene bucal. Goulart e Vargas (1998) reforçam a importância de orientar o paciente para reconhecer a presença da placa bacteriana com a língua e conhecer as outras estruturas da boca.

Batista et al. (2003) afirmam que os indivíduos que possuem baixa visão têm uma higiene bucal melhor, comparados aos totalmente cegos. Desse modo, a orientação a esses pacientes deve



ser diferenciada. Nunes e Lomônaco (2010) indicam o uso de materiais lúdico-pedagógicos nesse processo, pois o acesso a materiais gráficos (desenhos e figuras em relevo, por exemplo) em situações de aprendizagem, amplia a possibilidade de conhecimento do mundo para o deficiente visual.

Diante dessa constatação, a existência de um roteiro instrutivo/informativo impresso, em português e em Braille, texturizado, com figuras em autorelevo contribui para dirimir tal problemática e favorecer a inclusão social, ajudando os deficientes visuais a entender o processo da cárie, de desenvolvimento da doença periodontal e as práticas de higiene bucal com o intuito de se estabelecer a educação para a saúde bucal. O conhecimento da anatomia da cavidade bucal e dos dentes favorece uma melhor noção de como realizar a higiene bucal.

Inclusão Social e Roteiro em Braille

A inclusão social é entendida como o processo de adaptação da sociedade para incluir socialmente pessoas com necessidades especiais e estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social é 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 ou pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

A inclusão social está relacionada com a procura de estabilidade social através da cidadania social, ou seja, todos os cidadãos têm os mesmos direitos na sociedade. Já a cidadania social preocupa-se com a implementação do bem-estar das pessoas como cidadãos (SHEPPARD, 2006, p. 22). Aquela se refere ao processo que garante que as pessoas em risco de pobreza e exclusão social acessem às oportunidades e aos recursos necessários para participarem plenamente nas esferas econômica, social e cultural e beneficiem de um nível de vida e bem-estar considerado normal na sociedade em que vivem.



O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, composto por ações ministeriais e do CONADE (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência) permite aos cidadãos brasileiros deficientes a possibilidade de inclusão na sociedade através das diversas esferas como a economia, a educação, a renda e a saúde, entre outros. Contudo, a saúde bucal encontra barreiras a serem superadas, até que os deficientes tenham acesso a um serviço de saúde bucal qualificado e orientado à atenção e ao cuidado a esse público, que é composto por pessoas com deficiência física, visual, auditiva ou intelectual, em maior número, muitas vezes com limitações socioeconômicas.

Uma forma de inclusão dos deficientes visuais é promover o acesso às informações, dentre elas as referentes à saúde de forma geral e à saúde bucal, através do Sistema Braille.

O sistema de escrita em relevo para deficientes visuais, conhecido pelo nome de "Braille", é constituído por 63 sinais formados por pontos a partir do conjunto matricial $\begin{matrix} \bullet & \bullet \\ \bullet & \bullet \end{matrix} = (123456)$. O Braille foi adotado no Brasil, a partir de 1854, com a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, hoje Instituto Benjamin Constant. Esse sistema inventado pelo francês Louis Braille, em 1825, foi utilizado em nosso país, na sua forma original, até a década de 1940 do século XX.

Com a publicação da Grafia Braille para a Língua Portuguesa, o Ministério da Educação, além de reafirmar o compromisso com a formação intelectual, profissional e cultural do cidadão deficiente visual brasileiro, contribui significativamente para a unificação da grafia Braille nos países de língua portuguesa, conforme recomendação da União Mundial de Cegos – UMC e UNESCO (Grafia braille para língua português – Ministério da Educação p. 17). Assim, o uso do sistema braille favorece a inclusão social dos deficientes visuais, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Nesse artigo, o sistema braille servirá para elaborar um roteiro orientacional/informativo para a higienização bucal de deficientes visuais.

Metodologia

Esta pesquisa é bibliográfica, exploratória e de natureza quali-quantitativa. Para a elaboração deste estudo, foram pesquisados dados literários em artigos, teses e dissertações sobre pessoas privadas de visão quanto à saúde bucal, nos quais verificamos as principais dificuldades destes pacientes e as principais patologias que acometem os deficientes visuais.



Buscou-se compreender, junto aos deficientes visuais da associação de apoio pesquisados a compreensão dos mesmos acerca da realidade de ações de atendimento dentário para esse público. Com o desenvolvimento deste projeto, que teve duração de 6 meses, buscou-se, também, compreender as necessidades desse público, bem como a elaboração do roteiro. Solicitou-se o auxílio do Centro de Apoio Pedagógico de Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual de PE (CAPPE), do Instituto de Cegos Antônio Pessoa de Queiroz e da Associação Pernambucana de Cegos (APEC) para a orientação e elaboração do roteiro em Braille, bem como para a captação da amostra. Formam investigados 10 membros desta referida instituição, dos quais 6 conheciam os Sistema Braille. Inicialmente foi feita a pesquisa diagnóstica. Como instrumento de pesquisa foi utilizada a entrevista semi-estruturada.

Foram realizadas palestras sobre a higienização bucal, na associação de apoio ao deficiente visual em Recife. Para este estudo, buscamos ancoragem nos pressupostos teóricos de Ettinger e Kambhu (1992), Sheppard (2006) e Goulart e Vargas (1998), com o objetivo de aprofundar as pesquisas sobre o tema deste artigo para a produção do roteiro proposto.

Como produto da pesquisa, foi elaborado um roteiro impresso, visível e tátil direcionado ao paciente deficiente visual e ao público em geral, ao mesmo tempo, com indicações sobre como o paciente deve proceder para a correta higienização bucal em seu cotidiano, a fim de evitar o surgimento de agentes potencializadores de doenças bucais, como o acúmulo de placa bacteriana e cálculo dentário (tártaro); bem como as doenças como a cárie, e gengivite.

Análise dos dados e Discussão dos resultados

Nesta pesquisa, compreendemos roteiro de acordo com a definição proposta por Hollanda (2016), como um texto com indicações necessárias para realização de um trabalho ou discursão, ou seja, um texto ou guia com instruções e indicação para a realização de uma atividade específica.

A elaboração de um roteiro em português e em Braille tornou acessíveis as informações sobre saúde bucal, tema que é negligenciado pelo Poder Público à sociedade em geral, aos deficientes visuais. Ainda, garante o direito ao atendimento de saúde bucal e o acesso a quem dela necessitar. Quando das palestras e instruções acerca da correta higienização bucal, os participantes da pesquisa indicaram que se faz necessária a atuação de equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, treinados e qualificados para atuar nas ações direcionadas a deficientes visuais. Para tanto, os órgãos federais, estaduais e municipais devem



promover programas e ações, dentro de suas competências, para formar e qualificar tais profissionais.

A análise dos dados coletados indicou que 80% dos investigados afirmaram ter melhorado a qualidade da escovação e reconhecido a importância do fio-dental à higienização bucal após a aplicação deste projeto. Apesar deste alto índice anterior, apenas 50% disseram utilizar constantemente o fio dental. Comparativamente, na pesquisa diagnóstica, apenas 20% afirmaram utilizar este material. Houve um acréscimo no número de usuários, contudo o consideramos ainda baixo. Acreditamos que isso se deva ao baixo poder econômico dos entrevistados.

90% responderam ter aprendido a higienizar a boca corretamente depois das palestras e do roteiro em Braille. Os participantes que não conheciam o Sistema Braille afirmaram pedir a um parente para ler as orientações em português e depois decoraram.

O roteiro em Braille favoreceu o acesso a informações sobre a higienização bucal e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da população beneficiada.

Conclusão

O presente trabalho pode contribuir para com a inclusão social dos deficientes e com o acesso aos direitos humanos e à constituição, garantindo-lhes cidadania e qualidade de vida, através da divulgação de conhecimentos necessários à orientação de deficientes visuais e, indiretamente, das equipes de saúde bucal para instigar o desenvolvimento de uma política nacional real de atenção à saúde bucal das pessoas deficientes.

Consideramos imprescindível o desenvolvimento de ações conjuntas entre o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, quanto à incorporação de disciplinas e conteúdos de reabilitação, e atenção à saúde das pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área da Saúde, especificamente da Odontologia. As instituições de ensino superior devem ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Como propostas de enfrentamento ao problema, sugerem-se a criação de clínicas intra/extramuros, a realização de serviços de atendimento às populações de áreas rurais para se aprender sobre diferentes realidades, bem como sobre a racionalização e simplificação do trabalho, a realização de campanhas de educação em escola, para a prática dos discentes. Deve-se estimular



nos profissionais em formação a criação de um grau de consciência de reconhecimento e prática dos valores ético-morais e bioéticos e respeito às diferenças. Cabe às instituições de ensino superior ações com vistas a incorporar disciplinas e conteúdos de inclusão social e atenção à saúde das pessoas deficientes nos currículos de graduação da área da Saúde de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Sugere-se, ainda, a ampliação do número de vagas e bolsas de estudo e pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa. Além do anteriormente citado, sugerimos o roteiro como material de apoio simples e acessível para incentivar a valorização da autonomia, da individualidade e da independência do deficiente, respeitando suas necessidades de higienização bucal. Por fim, concluímos que houve a inclusão social de deficientes visuais quanto à higienização bucal, pois os investigados relataram ter conquistado maior autonomia e independência.

Referências bibliográficas

BATISTA, C. G. et al. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. **Jornal Brasileiro de Odonto-Psicologia e Odontologia para Pacientes Especiais**, Curitiba, v.1, n.2, p.170-174, mar./abr., 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. **TV Escola: o canal da educação**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência**. 7. ed. 2013 <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/legislacao-brasileira-sobre-pessoas-portadoras-de-deficiencia>

ETTINGER, R. L.; KAMBHU, P. P. Selected issues on care and management of the ageing patient: 2. Prevention and treatment. **Dent Update**. 1992; 19(6):246-54.



III CONEDU

CONGRESSO NACIONAL DE
E D U C A Ç Ã O

GIL, M. (org.) **Deficiência visual**. Brasília: Secretaria de Educação a Distância / MEC, 2000.

GOULART, A. C. F.; VARGAS, A. M. D. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p.107-119, 1998.

HOLLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2016.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: . Acesso em: 5 dez. 2013.

NUNES, S; LOMÔNACO, J. F. B. O aluno cego: preconceitos e potencialidades. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 55-64, jan./jun., 2010. Disponível em: . Acesso em: 19 dez. 2012.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Relatório mundial sobre a deficiência**. World Health Organization, The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPeD, 2012. 334 p.

RATH, I. B. S. et al. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p.183-8, 2001.

TREJO, R. C. M.; MOLARES, P. L. Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual. **Revista ADM**, v. 63, n. 5, p. 195-199, sep./oct., 2006.