



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**CAMILA NECCHI MARTINS
MARIANE CAMPOS DUTRA NASCIMENTO**

**LEVANTAMENTO DA PERCEPÇÃO DOS
DEFICIENTES VISUAIS DO LAR ESCOLA
SANTA LUZIA PARA CEGOS QUANTO À
SAÚDE BUCAL**

**Bauru
2007**



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**CAMILA NECCHI MARTINS
MARIANE CAMPOS DUTRA NASCIMENTO**

**LEVANTAMENTO DA PERCEPÇÃO DOS
DEFICIENTES VISUAIS DO LAR ESCOLA
SANTA LUZIA PARA CEGOS QUANTO À
SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
Biológicas como parte dos requisitos para
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia, sob orientação da Prof^ª Dra.
Claudia A. P e P. Sgavioli.

**Bauru
2007**

M3865L

Martins, Camila Necchi.

Levantamento da percepção dos deficientes visuais do lar escola Santa Luzia para cegos quanto à saúde bucal. / Camila Necchi Martins e Mariane Campos Dutra Nascimento. -- 2007.

54 f.

Orientadora: Prof^a. Dra Claudia A P. e P. Sgavioli
Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) -
Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Deficientes visuais 2. Higiene oral 3. Saúde bucal
I. Nascimento, Mariane Campos Dutra
II. Sgavioli, Claudia A P. e P. III. Título.

**CAMILA NECCHI MARTINS
MARIANE CAMPOS DUTRA NASCIMENTO**

**LEVANTAMENTO DA PERCEÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS DO
LAR ESCOLA SANTA LUZIA PARA CEGOS QUANTO À SAÚDE
BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Biológicas como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, sob orientação da Prof^ª. Dra. Claudia A. P e P. Sgavioli.

Banca Examinadora:

USC-Bauru, 2007.

Dedicamos este estudo, a todos os portadores de deficiência visual, em especial, aos queridos amigos do Lar Escola Santa Luzia para Cegos.

Agradecimento a Deus.

Agradecemos a Deus, pela sua presença constante em nossas vidas, sem que nós precisássemos pedir, pelo auxílio nas nossas escolhas e em confortar nas horas difíceis.

Agradecimentos Especiais

Aos nossos pais, por todo amor, carinho e apoio incondicionais.

A toda equipe do Lar Escola Santa Luzia para Cegos, em especial aos deficientes visuais que participaram do projeto, nossa profunda e especial gratidão.

Ao Professor Cláudio José Corradi e a Ana Carolina Oliveira do Núcleo de Informações sobre Deficiência em Bauru (N.I.D. B), situado na Universidade do Sagrado Coração, pela imensa colaboração, principalmente na impressão dos materiais em Braille.

As nossas queridas amigas Alice, Érica, Helize e Yara, pela ajuda constante, carinho e pela certeza de que após esses cinco anos de convivência deixamos de ser colegas para tornarmos amigas, obrigada.

Ao Professor Marcos Húngaro Duarte (Querido Professor Sal), pelo apoio, atenção e carinho com que esclareceu nossas dúvidas e também ao exemplo de valorização e gosto pela pesquisa na Odontologia.

Ao Professor Dr. Luiz Casati Álvares, Professora Márcia Ferreira Vasconcelos Malmstrom e em especial a Professora Dra. Izabel Maria Marchi Carvalho, pela amizade, apoio e atenção em ter cedido espaço nas clínicas de Medicina Bucal para que pudéssemos atender os pacientes deficientes visuais.

Um agradecimento especial a nossa professora orientadora, Dra. Claudia A. P. e P. Sgavioli sempre atenciosa e preocupada com a qualidade de ensino e funcionamento do curso, pela confiança depositada em nós, pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade, cujo amor, incentivo, atenção e dedicação transcenderam em muito as exigências do seu papel e da sua responsabilidade.

Agradecemos ainda, a todos os professores, amigos e funcionários da Universidade do Sagrado Coração que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada.

“Somente com o coração
nós podemos ver com clareza.
O essencial é invisível para os olhos”.

Saint-Exupéry

RESUMO

A precariedade, as limitações e, até mesmo a inexistência de dados sobre deficiência visual no Brasil e no mundo, inclusive sobre saúde bucal destes, objetivou a organização deste trabalho de pesquisa com a, avaliar a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal, assim como conhecer as dificuldades e necessidades destes sobre educação e prevenção em saúde bucal e de adaptação do atendimento odontológico para este grupo. A pesquisa foi realizada através de um questionário de múltipla escolha aplicado a dezesseis deficientes visuais inscritos no Lar Escola Santa Luzia para Cegos, no município de Bauru, com idades entre 13 e 82 anos. Após a aplicação do questionário, foi avaliada a maneira como cada deficiente visual fez sua higiene bucal. Foram realizados, também os levantamentos dos índices CPO-D o índice de placa visível (IHO-S) e palestras sobre prevenção e educação em saúde bucal para os deficientes visuais, funcionários, professores e familiares interessados. Os resultados mostraram que este grupo de deficientes visuais consegue fazer adequadamente sua higiene oral, percebe, pelo tato, a presença de cárie e sabe relacionar os alimentos que são prejudiciais a estrutura dental. A grande maioria não faz uso do fio dental e nem do enxaguatório bucal. Apesar de um índice de placa baixo em torno de 1,43, os indivíduos apresentam elevado índice CPO-D, 13,7. Verificou-se, portanto, a importância de incrementar programas de incentivo a saúde bucal voltado ao deficiente visual assim como o desenvolvimento de métodos de instrução de higiene oral e atendimento odontológico adaptado às necessidades desses.

Palavras-chave: Deficiente visual, Higiene oral, Saúde bucal.

ABSTRACT

The precariousness, the limitations and inclusively the inexistence of the data about visual deficiency in Brazil and around the world, and also about buccal health, objectified, the organization of this research, to evaluate the perception of the visual deficient on buccal health, both to know the difficulties and necessities of them about buccal health prevention and education and the adaptation of the odontological attending to this group. The research was realized through of a multiple-choice questionnaire applied to sixteen visual deficient are between 13 and 82 years-old inscribed in Lar Escola Santa Luzia for Blind People in city of Bauru. Afterwards, was evaluated how each visual deficient did its buccal hygiene. The gathering of the CPOD indices and the visible plate index and also was realized both the conversations about buccal health prevention and education for visual deficient, staffs, teachers and interested families. The results showed that this visual deficient group get to do adequately its oral hygiene, perceives the existence of the cavity through touch and knows to relate the aliments that are prejudicial to dental structure. The great majority use neither dental floss nor mouthrinse. Though an index of plate low, about 1.43, the individuals present high index CPOD, 13.7. Therefore, was verified the importance to develop programs to incentive to buccal health for visual deficient, both the development of oral hygiene instruction methods and odontological attending adapted to necessities that.

Key words: Visual deficiency, Buccal hygiene, Oral health

ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1-Grau de instrução -----	27
Gráfico 2-Uso da escova dental-----	28
Gráfico 3-Uso da pasta dental -----	28
Gráfico 4-Uso do fio dental-----	29
Gráfico 5-Uso do liquido para bochecho -----	29
Gráfico 6-Aprendizagem da limpeza bucal -----	30
Gráfico 7-Finalidade da escovação -----	30
Gráfico 8-Finalidade da pasta dental -----	31
Gráfico 9-Finalidade do fio dental -----	31
Gráfico 10-Influencia da alimentação na saúde dental -----	32
Gráfico 11-Em relação à doença cárie -----	32
Gráfico 12-Quanto à sintomatologia gengival -----	33
Gráfico 13-Em relação à placa bacteriana dentária-----	33
Gráfico 14-Percepção da placa dental -----	34
Gráfico 15-Em relação a visitas ao cirurgião dentista -----	34
Gráfico 16-Necessidades de visitas ao cirurgião dentista-----	35
Gráfico 17-Com quem o deficiente visual vai ao dentista -----	35
Gráfico 18-Local de atendimento dentário-----	36
Gráfico 19-Adaptação de atendimento em consultório dentário ----	36
Gráfico 20-Obtenção de informações sobre saúde bucal -----	37
Gráfico 21-Sobre obtenção de informações em saúde bucal-----	38
Gráfico 22-Quanto a informações sobre saúde bucal -----	38
Gráfico 23-Conhecimento sobre flúor-----	39
Gráfico 24-Resultado Índice CPO-D -----	40
Gráfico 25-Resultado do índice de placa simplificado IHO-S-----	41

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	11-13
2-DESENVOLVIMENTO	
2.1-REVISÃO DE LITERATURA	
2.1.1-O Portador de Deficiência	14-15
2.1.2-Patologias da Cavidade Oral	16-17
2.1.3-Higiene Bucal e Educação em Saúde para o Deficiente Visual	18-19
2.1.4-A Percepção do Deficiente Visual quanto a Saúde Bucal	20-22
2.2-METODOLOGIA	
2.2.1-MATERIAIS E MÉTODOS	23-26
2.2.2-Registro do índice de cárie CPO-D	24-26
2.2.3-Registro do índice de placa visível IHO-S	26
2.3-RESULTADOS	27-41
3 DISCUSSÃO	42-43
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45-47
REFERÊNCIAS CONSULTADAS	48
APÊNDICES	
Apêndice A - Questionário	49-51
Apêndice B - Termo de informe e consentimento	52
Apêndice C - Índice de placa visível	53
ANEXO	
Anexo A - Tabela do Índice CPO-D	54

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a legislação brasileira, a Pessoa Portadora de Deficiência (PPD) é "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 atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano" (BRASIL, 1986). Portanto, a deficiência está relacionada não só à condição individual e intrínseca da pessoa, mas também, à sua relação com o ambiente social, com os padrões socialmente aceitos como referenciais e representativos do que seria a normalidade.

Para a OMS (Organização Mundial da Saúde), existem no mundo cerca de 50 milhões de deficientes visuais, sendo que a maioria são pessoas normais, exceto por não enxergarem, isto é, falam, ouvem e raciocinam normalmente. A deficiência visual inclui dois grupos de condição visual: cegueira e visão subnormal. A cegueira é a ausência de sensação visual, não há claro ou escuro e nem falta de luz, simplesmente porque não existe qualquer sensação ocular. Estudos feitos na entidade Christoffer Blindem Mission alertam que nos próximos anos se não forem tomadas medidas preventivas o número de pessoas com deficiência visual poderá aumentar chegando a 100 milhões de pessoas. Em nível de Brasil a precariedade e até mesmo a inexistência de dados sobre deficiência visual tem dificultado a situação social e profissional dos portadores de deficiência visual; devido ao descaso com estes deficientes. (CACALANO, QUINTELA, 2000).

A doença cárie dental é reconhecidamente um problema de saúde pública mundial. É uma doença infecto-contagiosa multi fatorial que tem sua etiologia intimamente associada à formação da placa bacteriana dental. (FEJERSKOV, KIDD, 2005). A cárie dentária, assim como a doença periodontal, é passível de prevenção. (KRIGER, 1999; PEREIRA, 2003).

O Brasil cumpriu apenas uma das cinco metas da OMS (Organização Mundial da Saúde) relacionadas à cárie e perda dentária (MOYSES, 2000; SB BRASIL, 2007). Mesmo o único resultado positivo alcançado na idade de 12 anos, é precário, pois os desempenhos foram desiguais nesta população. Mais de 80% da população adulta não tem as gengivas saudáveis e 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista. (PINTO, 2000; NARVIA, 2002).

Os dados mostram que, quanto mais se avançam nas faixas etárias, piores os resultados. A OMS esperava encontrar, em 2000, 50% das pessoas da faixa etária de 65 a 74 anos com 20 ou mais dentes na boca. O país alcançou o percentual de apenas 10,23%. Segundo o relatório, o país só atingiu a meta na idade de 12 anos, de índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) menor ou igual a 3 --o resultado alcançado foi de 2,78--, principalmente por causa do desempenho das crianças do Sul e Sudeste. "*Embora as crianças de 12 anos apresentem valores semelhantes aos recomendados pela OMS para o ano de 2000, é relevante sublinhar a ampla variabilidade da distribuição de valores*", diz o relatório. Na região Nordeste, o índice foi de 3,19. Diz o levantamento que há no país 30 milhões de desdentados. (SB BRASIL, 2007).

A etiologia dessas enfermidades já é bem conhecida e medidas preventivas eficazes já estão disponíveis, porém, não estão sendo usadas adequadamente. (CHAVES, 1986; THYLSTRUP, FEJERSKOV, 1995)

Muitos fatores direta ou indiretamente ligados aos problemas de saúde estão relacionados com estilos de vida, conceitos e atitudes culturais em face da saúde e da doença. O vigoroso fortalecimento de atividades de promoção da saúde que estimulam atitudes e práticas sadias constitui a melhor maneira de equacioná-los. Deve-se promover uma cultura de saúde a nível local, utilizando estratégias em acordo com a população alvo. (KUNERT, ALVES, MULLER, OTT, 1990; CACALANO, QUINTELA, 2000).

Um ponto bastante importante antes de qualquer intervenção educativa é conhecer a condição social dos indivíduos, pois as informações precisam ser proporcionais ao nível cultural e de entendimento do sujeito. A atuação do educador deve focar uma pedagogia participativa, aproveitando as experiências, saberes, atitudes e condutas dos indivíduos como ponto de partida para um programa eficaz (TAMIETTI, 1998).

Poucos trabalhos na literatura buscam conhecer a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal (GOULART, VARGAS, 1998) e o conhecimento sobre o assunto (ABREU, 2005).

O direito à saúde, nos termos do art. 196 da CF, pressupõe que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, assim, o risco de adoecer. A população com deficiência visual deve por direito receber, portanto educação que lhe permita o auto cuidado em relação à saúde bucal.

Neste trabalho foi feito um levantamento no Lar Escola Santa Luzia para Cegos na cidade de Bauru, com o objetivo de avaliar a percepção do deficiente visual quanto à sua saúde bucal e saber o que estes indivíduos entendem sobre a cavidade bucal, higiene oral e patologias como a doença cárie.

A cegueira é ausência de sensação visual, não há claro ou escuro, nem falta de luz, simplesmente porque não existe qualquer sensação ocular. A precariedade, as limitações e até mesmo a inexistência de dados sobre deficiência visual no Brasil e no mundo, inclusive sobre saúde bucal deste grupo levou à organização deste trabalho de pesquisa que se propôs a avaliar a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal assim como conhecer as dificuldades e necessidades dos deficientes visuais quanto à utilização de medidas preventivas e quanto à educação em saúde bucal.

Durante o desenvolvimento do projeto estes indivíduos foram motivados para uma correta higiene bucal e conscientizados sobre as doenças da cavidade bucal, cárie, gengivite, periodontite e câncer bucal.

Considerando-se o exposto acima, é de salutar importância estudar-se mais profundamente como se processa a educação da higiene bucal entre indivíduos com deficiências visuais, buscando-se analisar suas características peculiares, bem como analisar se a teoria é validada, na prática, pelo estudo desenvolvido pela presente pesquisa.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1-REVISÃO DE LITERATURA

2.1.1 O Portador de Deficiência

De acordo com Marques (1998) uma pessoa com deficiência está fora dos padrões estabelecidos, gerando um grande preconceito da sociedade. Os deficientes, independente de suas capacidades individuais encontram-se amordaçados na idéia de serem incapacitados e inválidos, fazendo com que seu aproveitamento em qualquer tipo de trabalho não seja proveitoso e que suas possibilidades de realização afetiva, educacional e política sejam diminutas. A classe dominante engloba os deficientes no estereótipo de desvio, portanto, se tem um corpo improdutivo não são eficientes e por fim não adequados a fins maiores. Do mesmo modo é forte a concepção de que os deficientes não podem desempenhar trabalhos que pessoas normais desempenham com sucesso, e que as oportunidades de trabalho dadas aos deficientes representam sempre um ato de caridade por parte do empregador. Desse modo à sociedade criou instituições onde os deficientes têm a viabilidade da reabilitação, não sofrendo privações, uma vez que estão sendo satisfeitas suas necessidades como alimentação, saúde e moradia. No entanto, o que as pessoas não conseguem entender e que o ser humano necessita mais do que um simples suprimento de necessidades básicas de sobrevivência, abrangendo também a realização afetiva, profissional, educacional, de lazer entre outros.

Concordando com o texto acima Saeta (1999), diz que as expectativas dirigidas ao portador de deficiência pelos demais, alteram-se, ou seja, o olhar passa a ter como foco aquilo que destaca como imperfeição, deixando em consequência de ver o indivíduo como um todo, devido a isso o deficiente se vê não correspondendo às expectativas e conseqüentemente se vê inferiorizado criando expectativas sobre si despotencializadas e diferenciadas. Vendo que ainda existe um grande preconceito em relação aos indivíduos deficientes, o autor defende as praticas inclusivas e novas formas de inter relações menos preconceituosas e estigmatizantes, fazendo com que haja um crescimento conjunto na construção de uma sociedade mais humanitária.

Visando esta integração, Elias (1993), diz que a saúde bucal perfeita em controle é importante para o bem estar físico dos deficientes, contribuindo para sua auto-estima e melhora da sua qualidade de vida, defende ainda que para que haja um tratamento dental adequado, além da adequação de um protocolo de atendimento, deve-se criar uma relação de confiança entre paciente e cirurgião dentista.

2.1.2 Patologias da Cavidade Oral

Segundo Pinto (1990) a cárie dental é uma doença infecciosa, crônica, transmissível, de origem bacteriana. Os microorganismos causadores da cárie aderem à placa bacteriana sob condições favoráveis, fermentando açúcares para produzir um ácido o qual tem a capacidade de desmineralizar o esmalte. Em estágios iniciais os processos de desmineralização podem ser revertidos, do contrário, torna-se irreversível e a cárie se instala formando a cavidade cariiosa.

Segundo King apud Pinto (1990), os dentes possuem vários níveis de susceptibilidade, porém Pinto (1990), diz que o processo carioso tem como pré-requisito a presença de microorganismos causadores da carie. O principal, mas não único microorganismo causador da carie é o *streptococcus mutans*. Além do agente bacteriano, para que se forme a cárie dental, necessitamos ainda de um substrato apropriado, hospedeiro susceptível e o tempo de atuação desses elementos. Um grande fator relacionado à cárie dental é o consumo de sacarose e isso se torna problema, pois a conscientização dos indivíduos principalmente as crianças, para a diminuição do consumo da sacarose em sua dieta é difícil, pois seus substitutos ainda não atingiram um grau de aceitação pela população e também são bem mais caros que produtos feitos com sacarose. Sendo assim a não conscientização do indivíduo para a diminuição da sacarose em sua dieta aliada a uma higiene bucal deficitária gera um ambiente propício para a doença cárie.

Outra doença comum da cavidade bucal é a doença periodontal, que é descrita por Pinto (1990), como o conjunto de condições inflamatórias crônicas de caráter bacteriano que começa afetando tecido gengival e na sua progressão acaba por atacar tecidos ósseos. Deve-se diferenciar bem a gengivite, que é uma inflamação reversível da gengiva, da doença periodontal destrutiva ou periodontite, que é a progressão da gengivite criando-se bolsas e deteriorando as estruturas de sustentação dentária (OMS 1984). A ocorrência do desenvolvimento da doença periodontal também é a partir da placa bacteriana, como na doença carie, porém os microorganismos que desenvolvem a doença periodontal elevam o pH da saliva, ao contrário do que ocorre na doença cárie, onde o pH é diminuído. A doença periodontal é associada à idade e higiene oral. Ainda segundo Pinto (1990), com base em diversos estudos, a severidade da doença periodontal aumenta com a idade. Há três métodos para a prevenção da doença periodontal, entre eles estão à

remoção da placa individual, remoção da placa pelo cirurgião dentista e controle da placa por meios quimioterápicos.

Segundo a OMS (1984) a remoção freqüente da placa pelo próprio indivíduo representa uma maior chance para evitar a instalação e progressão da doença periodontal.

Outra doença da cavidade bucal citada também por Pinto (1990) é o câncer bucal, que devido a sua alta letalidade e pelas possibilidades de identificação precoce pelo cirurgião dentista pode ser controlada na população. Leucoplasias e Eritroplasias que são identificadas na cavidade bucal através de ulcerações e hiperplasias que não regredem mediante a tratamento local devem ser vistas como lesões cancerosas. Atualmente o fumo é um dos principais causadores do câncer de boca, chegando a ser responsável por um terço dos cânceres de boca em diversos países desenvolvidos. Por isso deve ser feito sempre o auto-exame de boca, procurando por leucoplasias, eritroplasias e nódulos para que se possa fazer um diagnóstico precoce da lesão.

Com base na descrição das doenças bucais acima, é preciso conscientizar os deficientes visuais para a necessidade de mudança de dieta, a importância da escovação dental diária e também ao uso do fio dental no combate a cárie e a doença periodontal. Porém quanto ao câncer bucal, deve-se orientar pais ou cuidadores para que façam o auto-exame no deficiente visual e também para que as idas ao consultório dentário sejam freqüentes para que se possa sempre fazer um diagnóstico precoce se caso houver alguma lesão cancerizável. Ditterrich (2007), diz que os hábitos de higiene bucal no controle mecânico do biofilme dental devem ser sempre estimulados, pois somente assim o paciente perceberá que a doença periodontal e a cárie dentária são reflexos das suas atividades ou falta de preocupação com a sua higiene e saúde bucal.

2.1.3 Higiene Bucal e Educação em Saúde para o Deficiente Visual.

Segundo Goulart e Vargas (1998), atualmente, o maior ônus da deficiência visual recai sobre os segmentos populacionais marginalizados social e economicamente. Os portadores de deficiências são percebidos como inúteis para assumir um papel social, não estando, na maioria dos casos, inseridos no mercado de trabalho e no sistema educacional. Na verdade, são os grupos sociais que criam normas, padrões, cujas diferenças a sociedade penaliza. A sociedade desempenha um papel na situação de cada indivíduo e as pessoas relacionam, quase sempre, as características físicas à natureza interior de uma pessoa, sua personalidade e capacidade mental. Para este autor, não é de se admirar que as pessoas se sintam tensas e constrangidas em lidar com os deficientes visuais. É necessário que o profissional esteja preparado para atender estes pacientes, pois os pais, após várias tentativas de procura de especialistas que se recusam a atender ao paciente, chegam ao consultório com uma carga emocional bastante afetada. Estes pais têm que conviver com seus próprios conflitos, pois não conseguem entender a razão de ter um filho deficiente. Sentimentos de raiva e medo são bastante comuns.

Abreu *et al.* (2005) confirmam o exposto acima e ainda dizem que as atividades diárias repetitivas, aliados a desmotivação pessoal de companheirismo e trabalho produtivo em indivíduos institucionalizados os tornam mais sujeitos a quadros de tristeza, pensamento de morte, baixa auto-estima e falta de vida sexual, levando-os a desvalorização da vida e à negligência com cuidados pessoais.

Com base no dito acima, deve-se promover a educação em saúde e higiene bucal para os deficientes visuais, já que, segundo Ditterrich (2007) o hábito de higiene bucal realizado pelo paciente exerce importante influência sobre o acúmulo do biofilme dental nas estruturas bucais e no desenvolvimento das doenças periodontais e cárie dentária, então o estabelecimento de hábitos de higiene bucal no controle mecânico caseiro do biofilme dental deve ser uma prática estimulada sempre pelo cirurgião dentista. No entanto a obtenção da colaboração do paciente é bastante trabalhosa devido à dificuldade da técnica aliada à necessidade de alteração de hábito de higiene bucal já adquiridos pelos pacientes. Diz o autor que os indivíduos escovam seus dentes uma vez que a higiene bucal esta associada à higiene pessoal e a aparência. Porém o uso freqüente da

escova não é sinônimo de limpeza, sendo que mais vale qualidade do que freqüência da escovação. Cabe ao dentista selecionar os meios adequados de higiene bucal de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Ainda de acordo com Ditterrich (2007) a educação em saúde tem como objetivo maior uma mudança de atitude do paciente em relação à higiene bucal, e para que se alcance estas mudanças à motivação do paciente e o quesito mais importante. O cirurgião dentista deve-se lembrar sempre que a educação do paciente deve ser realizada a longo prazo, pois em uma sessão de motivação não há resultado de mudança de hábito. Com isso deve-se haver entusiasmo das duas partes, cirurgião dentista e paciente, já que para o sucesso na promoção de saúde bucal é necessário à participação do binômio paciente profissional, pois se o paciente não tiver consciência de que a higienização é importante para si, não adianta educá-lo na maneira de escovar. A motivação pode ser realizada de duas maneiras direta e indireta, sendo que na primeira há um contato estreito entre paciente e profissional, onde o profissional é o principal ator na realização da educação em saúde bucal, já na segunda o cirurgião dentista não terá participação ativa. Como o dito acima, o contato profissional e paciente, principalmente o contato adequado com o deficiente visual é a maneira mais eficaz de se ter sucesso em educação e saúde bucal.

2.1.4 A Percepção do Deficiente Visual quanto à Saúde Bucal.

Anaise (1979) fez um estudo comparativo com adolescentes israelitas cegos, não cegos e parcialmente cegos, com base nos índices Periodontal de Russel (PI) e também no índice de higiene oral simplificado de Vermillion (OHI-S). De acordo com o estudo, o autor encontrou uma situação periodontal melhor no grupo de estudante não cego, sendo que o grupo de visão subnormal obteve resultado melhor que os do grupo de totalmente cegos. Porém mesmo comparando os três grupos o índice não aumentou com a idade. De acordo com o OHI-S os totalmente cegos tiveram resultado entre médio a pobre. Com base nesse trabalho vê-se que o deficiente visual total esta em descrédito na saúde bucal por falta de habilidade e principalmente por não enxergar.

Estudos como de Anaise (1999) se tornam muito importante, já que, segundo Goulart e Vargas (1998), a cegueira afetava, em 1986, 15 milhões de pessoas e as estimativas para o ano 2000 eram de 30 milhões de pessoas. A pessoa é considerada cega quando a acuidade visual não ultrapassa 20/200 na melhor vista, com lentes corretivas, ou quando a acuidade visual é maior que 20/200, mas o campo visual não ultrapassa 20 graus. É preciso se ter em mente os limites e as dificuldades do processo educativo, e que programas educativos têm falhado por não considerarem que as pessoas precisam ter suas necessidades básicas atendidas para se sentirem motivadas a cuidar da sua saúde bucal. Às vezes nem sempre a informação leva a mudança de atitudes e comportamentos, ou porque a informação recebida é contrária à representação do grupo ou por falta de condições financeiras.

Goulart & Vargas (1998) avaliaram o deficiente visual de uma outra forma. A avaliação foi feita com base na percepção do deficiente visual quanto à saúde bucal, para conhecer quais as dificuldades e necessidades desses indivíduos em relação à saúde bucal e também se eles necessitam de cuidados e adaptações no atendimento odontológico. Com base em um formulário com questões abertas eles avaliaram 26 crianças e adolescentes deficientes visuais. O resultado do trabalho permitiu perceber que os deficientes visuais sabem que a saúde bucal é importante, principalmente para se evitar a dor. Quanto ao fio dental foi percebido grande dificuldade em manuseá-lo. Ainda segundo Goulart & Vargas (1998), apesar dos deficientes visuais terem

noções que alimentos com sacarose causam danos aos dentes, terem noção do que é cárie e do que é gengiva, mesmo assim são necessários programas adaptados aos deficientes visuais, pois mesmo com toda essa informação eles apresentam grande dificuldade em realizar uma higiene adequada.

Axelsson & Lindhe *apud* Goulart (1998), concluíram que é possível, por instruções repetidas sobre escovação e profilaxia, estimular os adultos a adotarem hábitos de higiene adequados, promovendo o não aparecimento de sinais de gengivite, periodontite e nem de lesões cariosas. Isso leva a crer que a estimulação da higiene bucal repetida em deficientes visuais possa mudar o quadro de saúde bucal inadequada, já que o tratamento preventivo em criança especial é muito complexo, devido a uma série de fatores, como dieta alimentar, constituídos por alimentos moles e ricos em carboidratos, além da dificuldade de manuseio da escova dental e, em sua maioria, os deficientes e seus pais são resistentes às medidas de prevenção, por não conhecerem os motivos destes procedimentos ou não possuem capacidade para execução dos motivos exigidos. A falta de vivência clínica dos cirurgiões-dentistas, a deficiência de recursos odontológicos, inclusive nos centros hospitalares, para tratamentos preventivos, cirúrgico-restauradores e reabilitadores e a escassez de recursos financeiros contribui, dentre outros fatores, para que sejam adotadas soluções extremas como exodontia múltiplas. Ainda segundo Axelsson e Lindhe *apud* Goulart (1998), até mesmo as pessoas “normais” que tem o benefício de visualizar a escovação e uso correto de soluções bucais fazem menos do que deveriam por sua higiene bucal.

Cacalano & Quintela (2000), além de fazer orientações a alguns portadores de deficiência visual através de palestras e uso de folhetos em Braille sobre saúde bucal, aplicaram nos deficientes visuais o índice IOHS (índice de higiene oral simplificado) antes e depois das palestras educativas. Como resultado obteve-se uma redução em média de 40 a 60% do índice de placa bacteriana, comprovando que palestras e folhetos em Braille educativos são muito eficazes como métodos de orientação e motivação sobre higiene bucal.

Nandine (2003) fez um estudo em 150 crianças com deficiência visual em idade escolar, com o objetivo de torná-las independentes em seu cuidado com a higiene oral. As crianças especiais desafiam a habilidade do cirurgião dentista, sendo assim, quem ensino o deficiente visual em sua higiene bucal requer uma aproximação especial com tempo e paciência. O tato foi o principal meio para fazer com que as crianças primeiramente explorassem as estruturas bucais. Foram

usados também modelos de plástico em forma da cavidade bucal sendo eficazmente instrutivos. Materiais de instrução em saúde bucal foram distribuídos também para que fossem feitos a motivação e o incentivo aos pacientes deficientes visuais a desenvolver e melhorar sua saúde bucal. A escovação monitorada foi feita através de um método especial com música, onde a mudança na musica era a indicação para a mudança da superfície dental que estava sendo escovada. Foi dito as crianças que se deve ter uma seqüência específica de escovação e assegurar que todas as áreas fossem escovadas adequadamente.

Rosetti et al (2005), usaram as mesmas técnicas citadas acima, porem em paciente deficiente visual adulto, que se queixava de não saber fazer a higiene bucal corretamente, gerando mau gosto na boca e halitose. Os autores decidiram por adequar às técnicas de instrução de higiene bucal para este paciente utilizando-se do sentido do tato, ou seja, com a utilização da língua o deficiente visual percebia se havia placa bacteriana nas faces dos dentes. Os resultados foram satisfatórios, com restituição da saúde periodontal e controle de placa bacteriana.

Abreu et al (2005) pesquisou um grupo de deficientes visuais idosos e diz que a inatividade desses pacientes gera desmotivação, o que acarreta na falta de perspectiva social e com a somatória dos dois fatores interage na saúde geral e bucal de tais pacientes. Aplicou-se uma entrevista nesses pacientes para traçar um perfil psicológico e também avaliar a percepção da saúde bucal dos deficientes visuais. Porém, concluiu-se que os entrevistados têm baixa auto-estima, o que contribui para a diminuição da perspectiva de vida diante da motivação da higiene bucal, limitando-se a rotina diária e a aceitação de sua condição de escuridão.

Ainda segundo Rossetti et al (2005), não há patologia bucal específica na deficiência visual, e o tratamento difere apenas na atenção dada ao deficiente visual na primeira visita, em relação aos demais pacientes especiais. Deve-se deixar que ele toque na cadeira, armário, paredes. Foco de luz sinta a vibração do motor, sugador de saliva, sempre explicando o que são, relatando os passos do exame bucal, deixando-o sentir os instrumentos utilizados. A comunicação verbal deve ser grande e abrangente, uma vez que a visão está restrita ou ausente, e lembra que a língua é uma ferramenta útil para sentir a placa e outras estruturas na cavidade bucal. Em alguns casos, a causa da cegueira pode ter afetado a mineralização dentária e que as consultas freqüentes (bimensais) e o tratamento profilático são úteis para familiarização.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Lar Escola Santa Luzia para Cegos, situado na cidade de Bauru.

A metodologia foi desenvolvida por dois operadores.

Foi aplicado um questionário (Apêndice A), previamente submetido à aprovação pelo Comitê de ética da Universidade do Sagrado Coração. Este contém questões sobre saúde bucal e buscou avaliar o quanto e o que os deficientes visuais entendem sobre sua cavidade oral e dos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde bucal. Este instrumento para coleta de dados foi redigido com uma linguagem simples para o fácil entendimento por um indivíduo leigo.

Todos os indivíduos e/ou seus responsáveis que foram admitidos neste estudo foram devidamente informados com relação à pesquisa que foi realizada e que esta não implicará em riscos (CLOTET, 1993). Ainda foi devidamente informado ao paciente que todas e quaisquer informações serão mantidas em total sigilo. Ficaram cientes de que o projeto de pesquisa proposto que utilizou este material foi previamente aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa. Após exauridas todas as dúvidas dos indivíduos foi apresentado um documento em Braille com todas as informações necessárias relacionadas ao estudo, o qual eles leram e concordaram com os termos, sendo assim assinaram e reteram consigo uma cópia (documento Termo de Informe e consentimento anexado ao projeto Apêndice B).

O questionário foi aplicado para 24 deficientes visuais de ambos os sexos, com idade entre 13 e 82 anos. O questionário foi aplicado em forma de entrevista e com material impresso em Braille para que os indivíduos, deficientes visuais, pudessem acompanhar as questões abordadas. No momento da aplicação do questionário, quando necessária, foi solicitada a presença de um membro vidente da Instituição junto ao deficiente.

Após aplicação do questionário foi avaliada também se existe dificuldade para os deficientes visuais realizarem seu auto cuidado bucal. Para essa fase foi feito um trabalho de observação pelos operadores da maneira como cada deficiente vem fazendo sua higiene bucal. Para esta fase foi entregue escova, creme dental e fio dental para todos os participantes.

A partir da observação o tipo de higiene realizada foi classificada como:

Adequada (A)

Inadequada (I)

Foram feitos também levantamento dos índices CPO-D e Índice de Placa visível.

2.2.2 Registro do índice de cárie CPO-D:

O registro do índice de cárie CPO-D foi inicialmente descrito por KLEIN, PALMER, em 1937, e modificado a partir do manual sobre “Índice CPO” preparado pelo Dental Health Center em 1965. A contagem CPO-D de um indivíduo é dada pelo número total de dentes com experiência de cárie, incluindo-se: - dentes cariados, não importando a extensão ou severidade da lesão; - dentes restaurados, pois a restauração constitui indicação de atividade de cárie no passado e, - dentes que foram extraídos por causa de cárie dentária.

As letras da sigla CPO-D indicam: C - dentes cariados; P - dentes perdidos e O - dentes restaurados. A letra final D indica a contagem de dentes e não superfícies cariadas (como no índice CPO-S). O Índice CPO-D de um grupo de pessoas é dado pela média aritmética das contagens CPO-D, isto é, somam-se as contagens CPO-D individuais e divide-se pelo número de pessoas examinadas.

Neste trabalho para o levantamento de CPO-D foram utilizadas fichas apropriadas para levantamento epidemiológico preconizada pela Disciplina de Odontologia Preventiva e Epidemiologia do Curso de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, (Apêndice D). Modificada a partir da ficha adotada pela Faculdade de Odontologia de São Paulo – USP – Bauru. O preenchimento das fichas foi realizado segundo os códigos e critérios de diagnóstico (LOPES; BASTOS, 1982), apresentados na Figura 1.

Código	Critério de exame
0	Espaço vazio
1	Dente permanente cariado
2	Dente permanente restaurado
3	Dente permanente extraído
4	Dente permanente com extração indicada
5	Dente permanente hígido

X	Exclusão
---	----------

FIGURA 1 - Quadro demonstrativo dos códigos utilizados para o registro do CPO-D

0 - Espaço vazio: Registra-se 0 (zero) para o espaço dentário vazio por não haver ainda irrompido o dente permanente, estando ausente o dente decíduo.

1 - Dente permanente cariado: Registra-se 1 quando o dente permanente se apresentou cariado, não importando a extensão ou severidade da lesão de cárie. O código 1 é utilizado apenas uma vez para cada dente, mesmo que este apresente mais de uma lesão de cárie. Um dente restaurado com recidiva de cárie, ou mesmo outras lesões primárias é registrado como cariado. Pelo menos uma das condições é preenchida para registrar o dente como cariado: evidência clínica do esmalte socavado; existência de uma cavidade definida com descoloração ou opacidade ao longo das margens e nas quais a sonda pode ser inserida; cicatrículas e fissuras, nas quais a extremidade da sonda se prende são classificadas como cariadas se existisse presença de dentina amolecida na base da cicatrícula ou fissura; ou se houvesse opacidade ou alteração de cor evidenciando presença de cárie subjacente. Em caso de dúvida o dente não é classificado como cariado.

2 - Dente permanente restaurado: Utiliza-se o código 2 quando o dente está restaurado com material permanente ou temporário, sem levar em conta o tipo de material restaurador, nem a qualidade da restauração.

3 - Dente permanente extraído: Esse código é atribuído apenas quando o dente é extraído por razão de cárie dentária. Algumas vezes o espaço apresenta-se vazio devido à ausência de irrupção do dente permanente. Em caso de dúvida, pergunta-se ao paciente sobre a possível extração do dente e sua causa. É dada preferência ao julgamento clínico, com base no exame da forma do rebordo alveolar, comparação com a situação de dentes homólogos e idade do paciente.

4 - Dente permanente com extração indicada: Esse código é utilizado se a lesão de cárie: provocou destruição da coroa dentária, restando apenas raízes; provocou óbvia exposição pulpar; progrediu de tal forma que o reparo do dente levaria certamente à exposição pulpar.

5 - Dente permanente hígido: Esse código é atribuído quando o dente não possui evidência de cárie, restauração, coroas ou suporte de próteses fixas. Se um dente aparentemente hígido apresenta banda ortodôntica, utiliza-se esse código mesmo com a presença de outros defeitos como fluorose, hipoplasias, fraturas traumáticas.

X - Exclusão: Esse código é utilizado quando o dente: apresenta-se fratura com exposição dentinária; apresenta-se fraturado, tendo sido à parte danificada restaurada com coroa; apresenta restauração com obturação radicular devido a trauma; apresenta-se extremamente hipoplásico ou mal formado; foi removido por outra razão (ex: ortodôntica) que não cárie; apresenta outras anomalias não previstas.

O dente é considerado irrompido quando qualquer parcela de sua coroa esteve exposta na cavidade bucal, ou pode ser exposta afastando-se levemente o tecido gengival com o espelho ou a sonda. Se um dente decíduo estiver presente, e também seu sucessor permanente, será classificado apenas o dente permanente.

2.2.3 Registro do índice de placa visível

Para avaliação e registro do índice de Placa Visível, segundo AINAMO, BAY, 1975, os dentes foram avaliados na porção cervical da coroa e nas faces vestibular e lingual e dados anotados em ficha própria (Apêndice C). No caso de existência de placa visível, o escore 1 foi anotado, enquanto que se não visualizada a placa, o escore 0 foi anotado. Caso o dente em questão não esteja presente na boca, ou seja, impossível de ser avaliado, o escore 9 foi anotado. Dois pontos foram avaliados, na face vestibular, na mesial e central, enquanto que na lingual somente a porção central será avaliada.

Para o índice de placa visível, foram avaliados todos os dentes dos hemiarcos direito.

A realização de levantamentos dos Índices CPOD e de Placa Visível teve o intuito de verificar as condições bucais dos pacientes que compõem a casuística deste trabalho. A avaliação de placa visível por este método foi escolhida pela sua simplicidade e pela facilidade de ser explicada aos deficientes visuais e, em especial a seus pais e cuidadores, para que possam ter noção do estado da saúde bucal do paciente e incentivar melhorias necessárias.

Após o levantamento destes dados foram ministradas palestras educativas sobre o tema promoção e manutenção de saúde bucal, para o grupo de deficientes visuais, assim como para professores, funcionários, cuidadores e familiares interessados.

Os dados coletados a partir do instrumento (questionário) na forma de entrevista foram tabulados e aplicados à análise estatística.

2.2.4 RESULTADOS

- **Resultados do questionário aplicado**

GRÁFICO1 - Grau de instrução

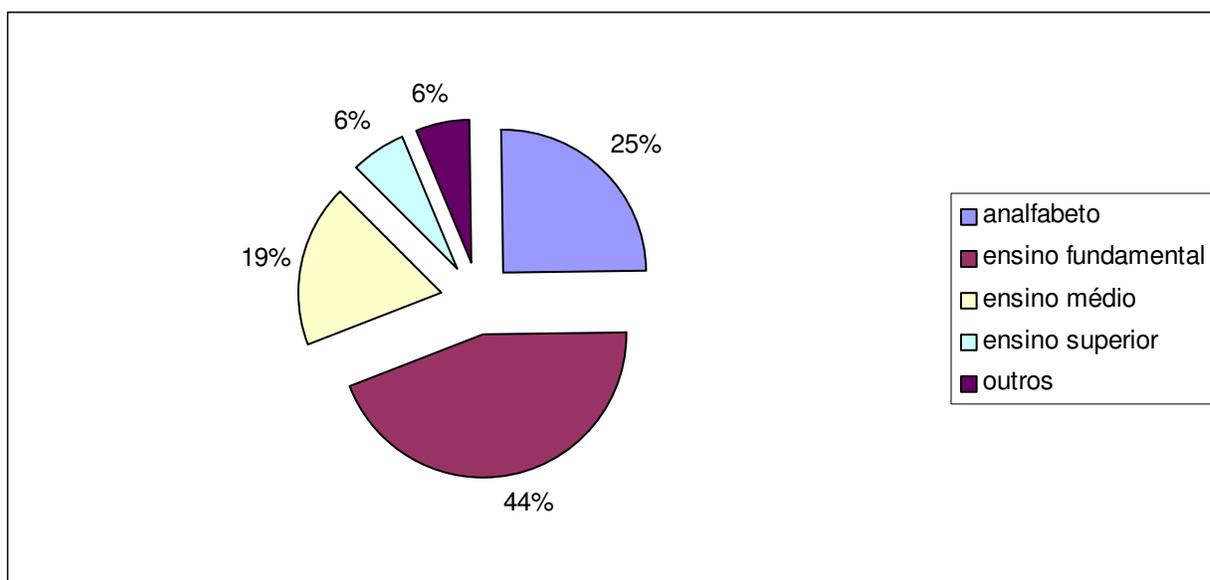


Figura 1- Grau de instrução

A grande maioria dos deficientes visuais que participaram da pesquisa, 40% possuem ensino fundamental completo, seguido de 25% analfabetos, 19% com ensino médio, 6% classificado como outros, que seria o ensino na própria instituição que frequenta, e apenas um indivíduo que corresponde a 6% com ensino superior completo.

GRÁFICO 2 - Uso da escova dental.

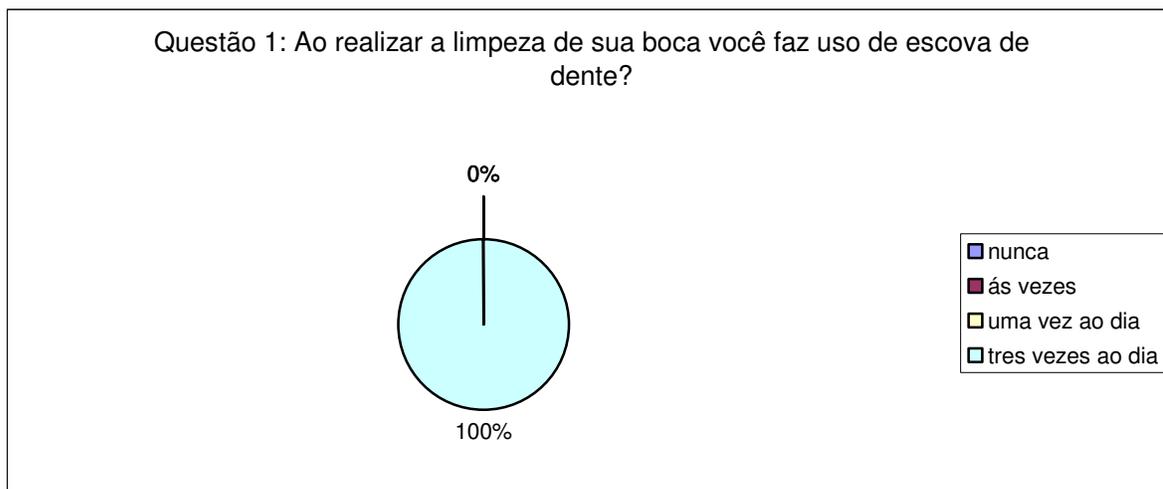


Figura 2 - Uso da escova dental

Na primeira questão do questionário que perguntava sobre a utilização da escova dental durante a limpeza bucal, os deficientes visuais na sua total maioria 100% responderam que a utilizam três vezes ao dia.

GRÁFICO 3 - Uso da pasta dental

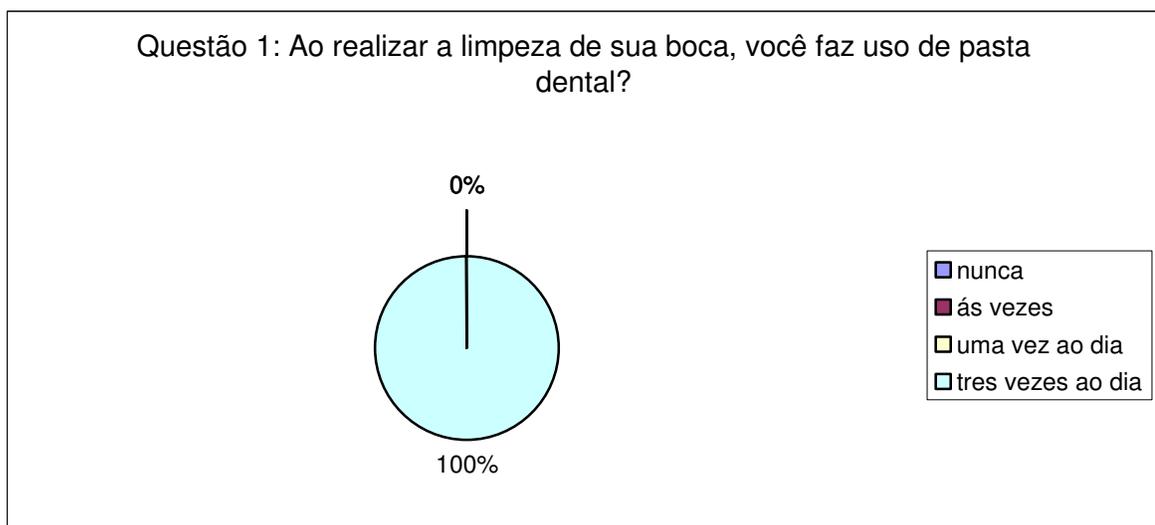


Figura 3 - Uso da pasta dental

Como na questão anterior, na realização de sua higiene bucal diária 100% dos deficientes visuais disseram usar pasta de dente três vezes ao dia.

GRÁFICO 4 - Uso do fio dental

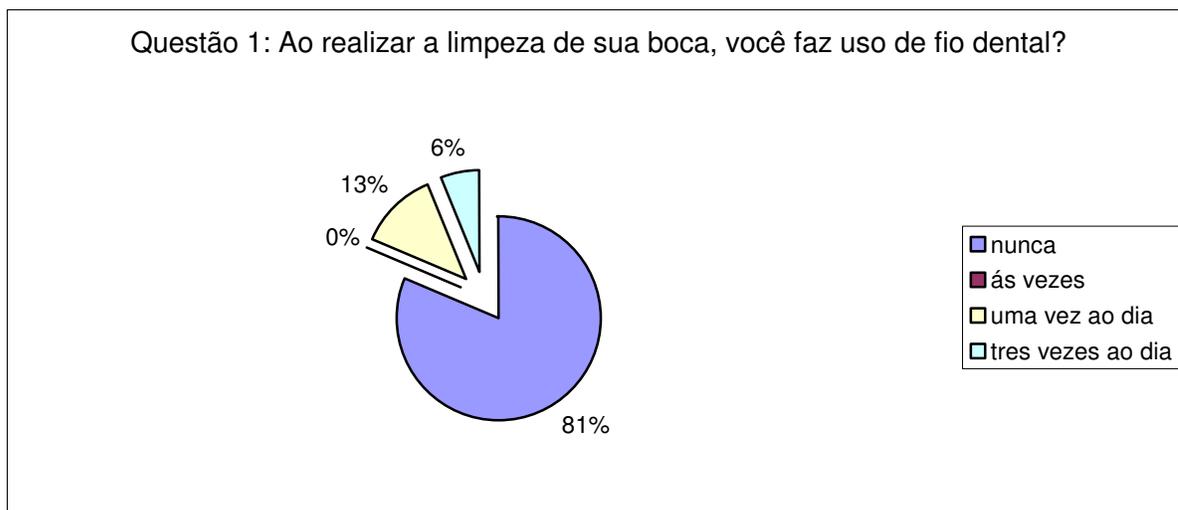


Figura 4- Uso do fio dental.

Quanto ao fio dental, 81% dos deficientes nunca usam, 13% responderam usar uma vez ao dia e 6% usam às vezes, sendo que o uso do fio dental três vezes ao dia não foi citado por nenhum dos participantes

GRÁFICO 5- Uso do liquido para bochecho

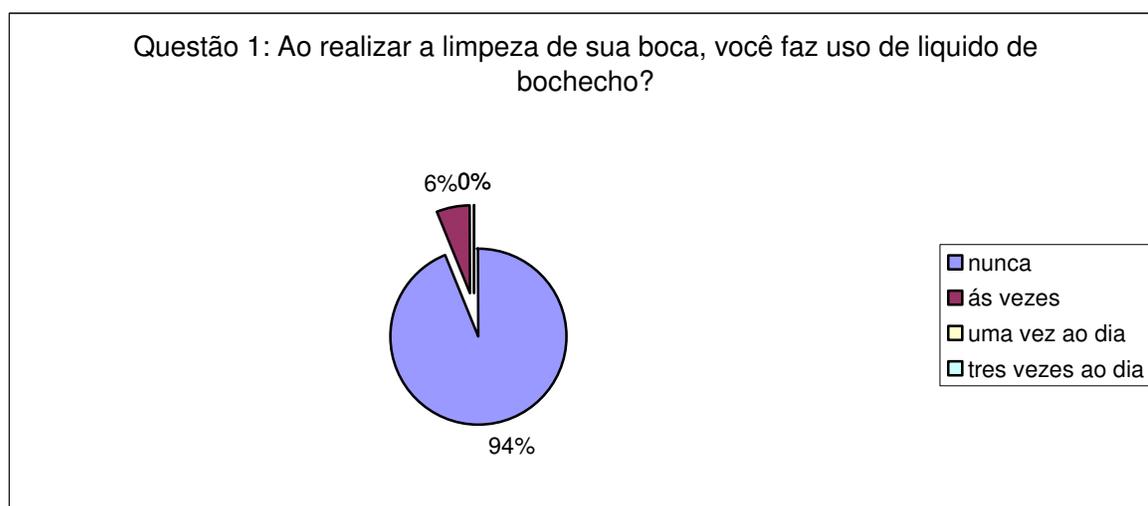


Figura 5- Uso do liquido para bochecho.

O liquido para bochecho após a escovação não é usado em 94% dos deficientes visuais, sendo que 6% responderam usar muito raramente.

GRÁFICO 6- Aprendizagem da limpeza bucal

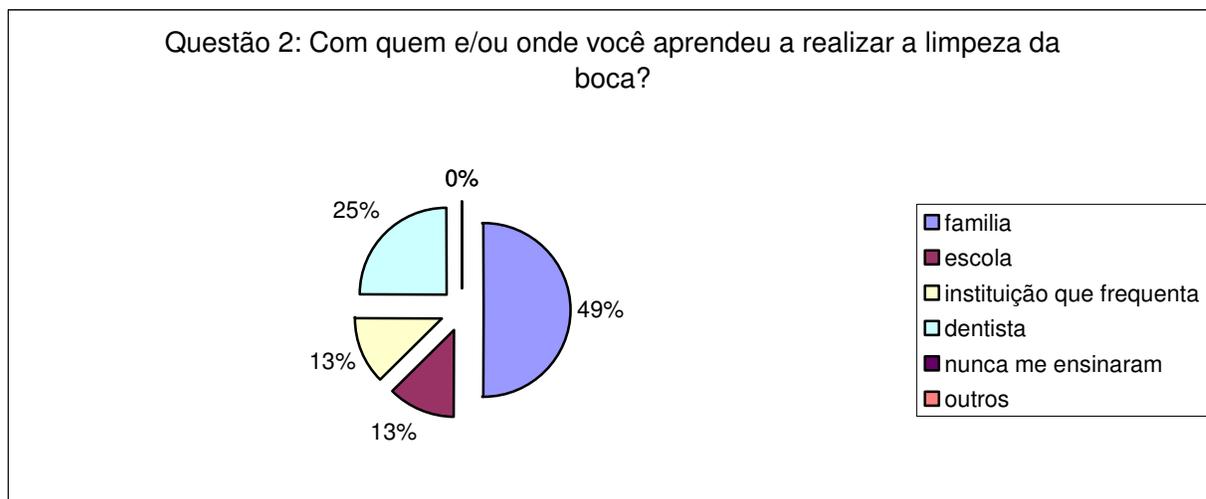


Figura 6- Aprendizagem da limpeza bucal.

Quando a aprendizagem e/ou local onde os deficientes visuais aprenderam a realizar a limpeza da boca, 49% dizem ter sido com os próprios familiares, 25% com o cirurgião dentista, 13% na instituição que frequenta ou na escola em que frequenta ou frequentou, não houve relato de nunca terem aprendido a escovação dental.

GRÁFICO 7- Finalidade da escovação

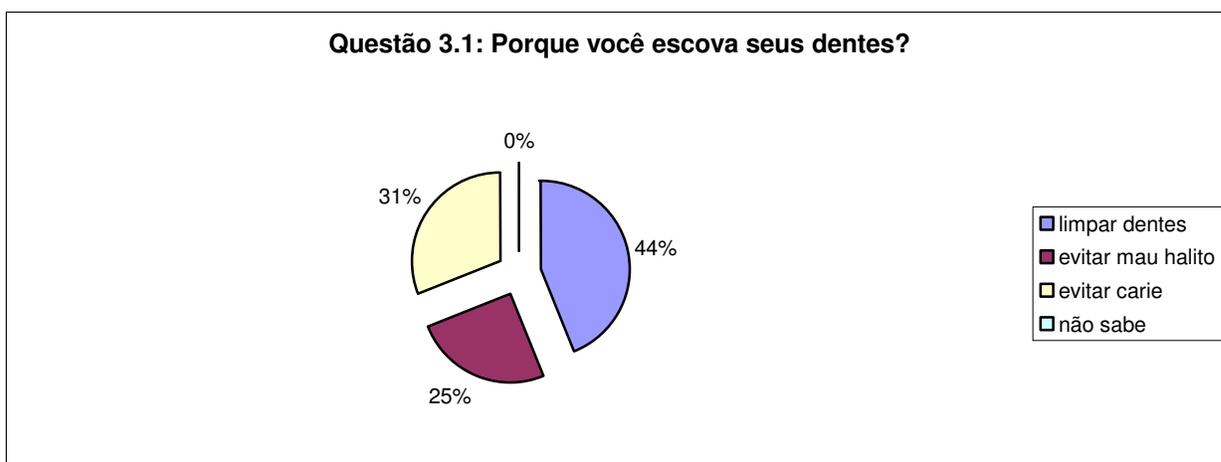


Figura 7- Finalidade da escovação

Quanto à finalidade da escovação, 44% dos deficientes visuais responderam que a escovação serve para limpeza dos dentes, 31% para evitar a doença cárie, 25% para evitar o mau hálito.

GRÁFICO 8- Finalidade do uso da pasta dental.

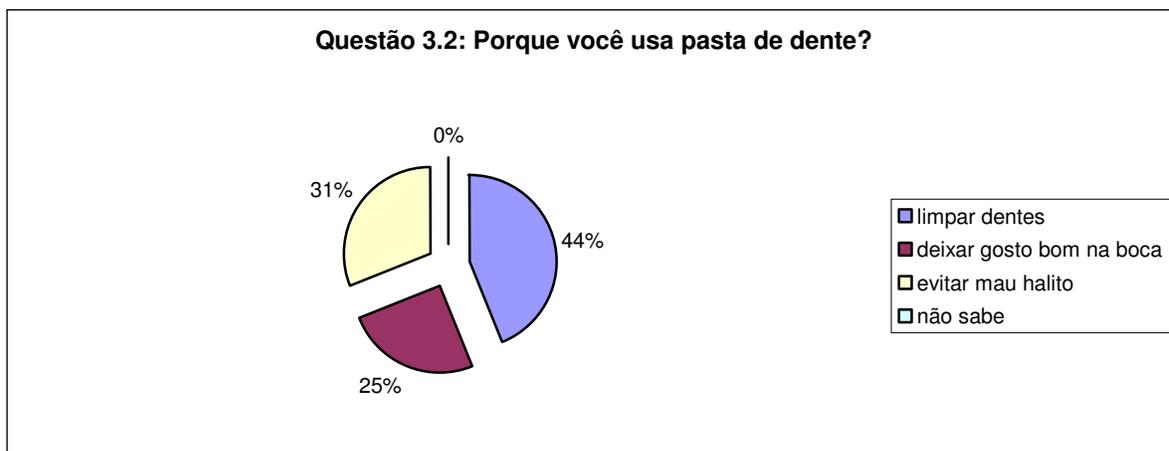


Figura 8- Finalidade do uso da pasta dental.

Quanto à finalidade do uso da pasta dental 44% dos deficientes visuais responderam que seu uso serve para a limpeza dental, enquanto que 31% para evitar halitose e apenas 25% para deixar um gosto agradável na cavidade bucal.

GRÁFICO 9- Finalidade do fio dental.

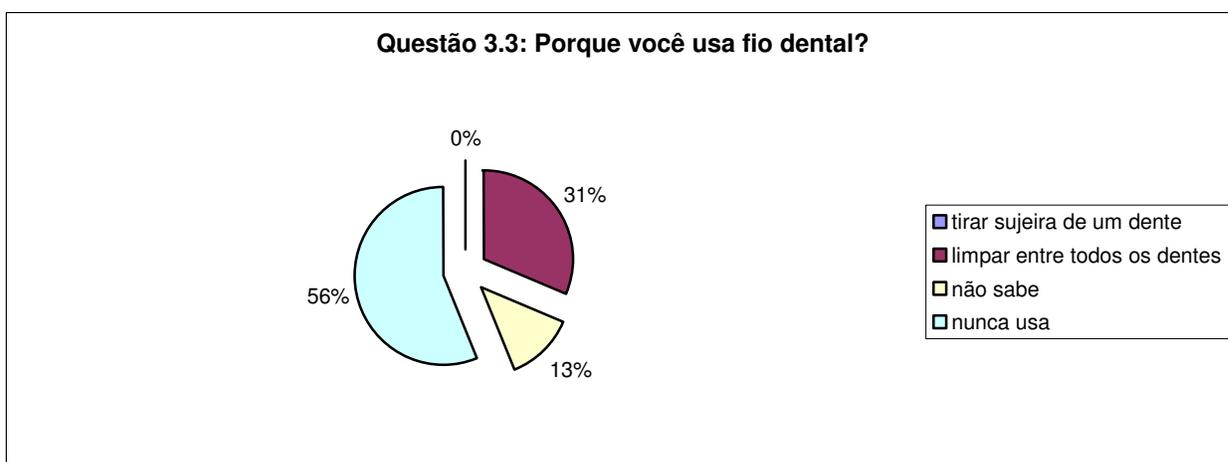


Figura 9- Finalidade do fio dental

Quanto ao uso do fio dental mais da metade dos deficientes visuais entrevistados, 56% responderam não fazer uso, 31% optaram pela alternativa que dizia que o fio dental servia para limpar entre todos os dentes e 13% não tinham conhecimento sobre sua finalidade.

GRÁFICO 10- Influência da alimentação na saúde dental.

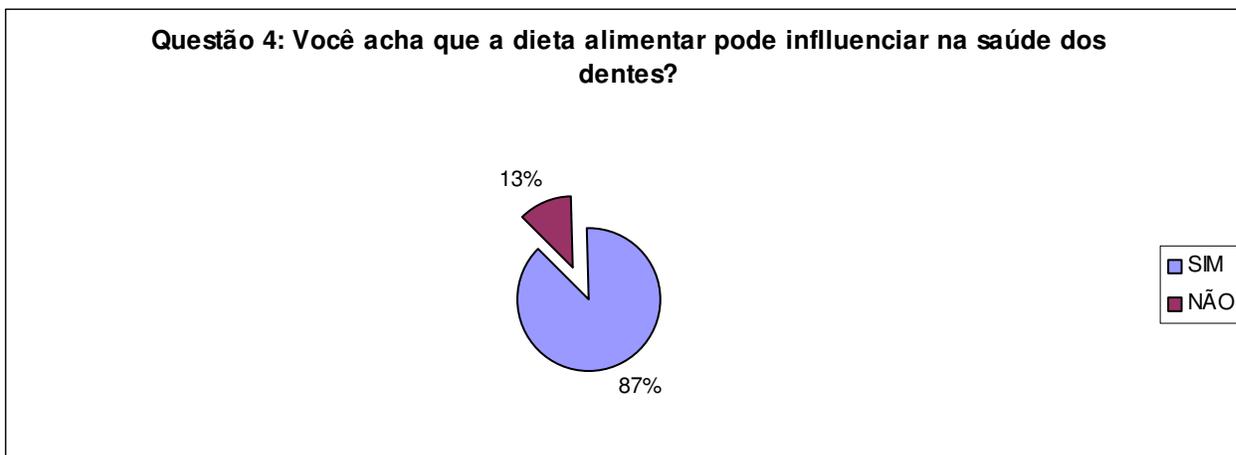


Figura 10- Influência da alimentação na saúde dental.

Quanto à influência da alimentação diária na saúde dental, 87% dos deficientes visuais disseram que a alimentação tem influencia sobre a estrutura dental, contra 13 % que responderam negativamente a questão.

GRÁFICO 11- Em relação à doença cárie

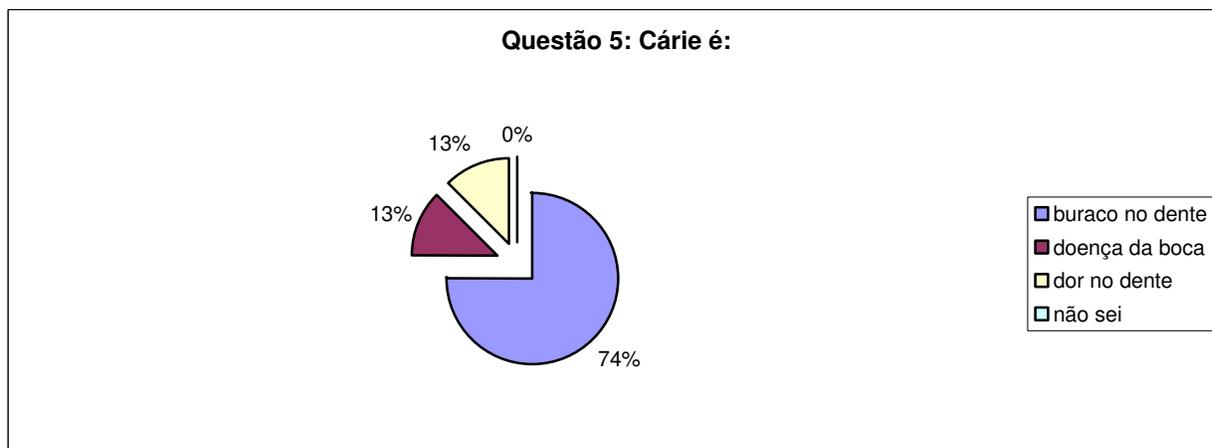


Figura 11- Em relação à doença cárie.

Os deficientes visuais na sua grande maioria 74% relacionam cárie com uma cavidade na superfície dental, enquanto 13% relacionam com dor de dente e 13% com doença da boca. Não houve relato do não conhecimento da doença cárie.

GRÁFICO 12- Quanto à sintomatologia gengival.

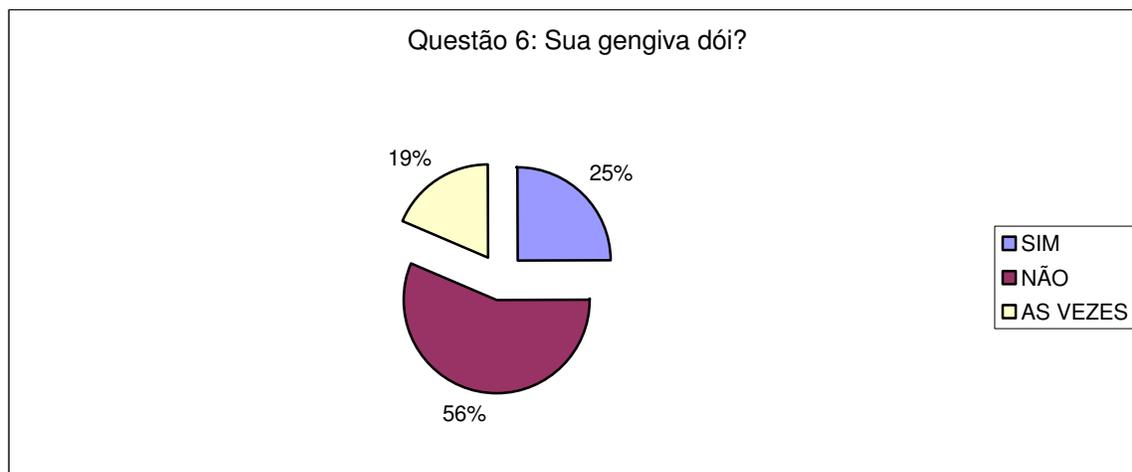


Figura 12- Quanto à sintomatologia gengival.

Quanto à sintomatologia dolorosa gengival, 56% dos entrevistados relataram não sentir dor, enquanto que 19% sentem dor às vezes e 25% dizem sentir dor constantemente na região gengival.

GRÁFICO 13- Em relação à placa dentária bacteriana.

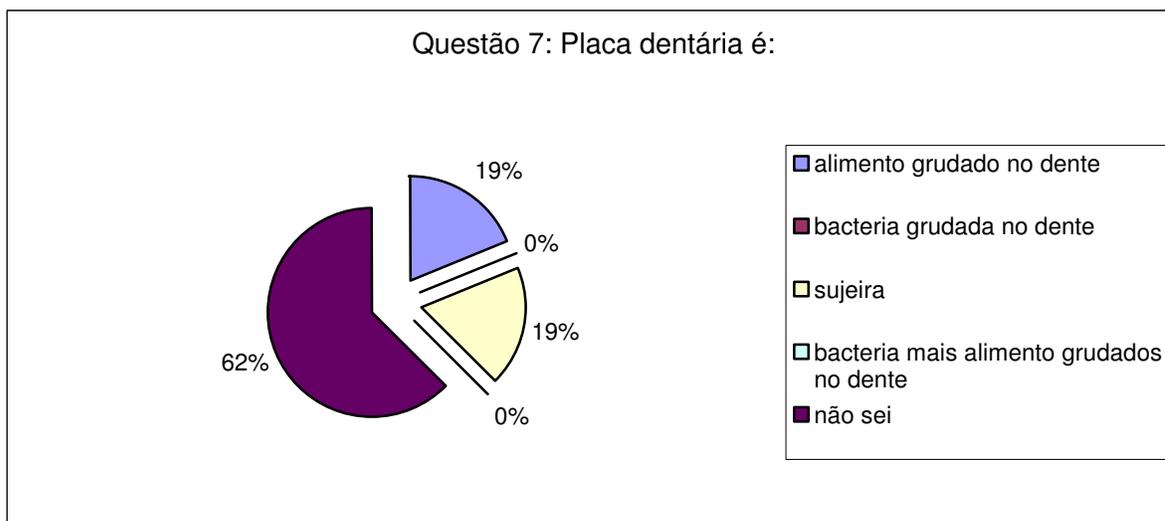


Figura 13- Em relação à placa dentária bacteriana

Os deficientes visuais, em sua maioria 62%, não tem conhecimento sobre placa dentária, já 19% dizem ser alimento aderido à superfície dental e 19% dizem ser bactérias que se aderem à superfície do dente. Nenhum entrevistado relacionou placa bacteriana com bactérias e alimentos aderidos ao dente.

GRÁFICO 14- Percepção da placa dental.

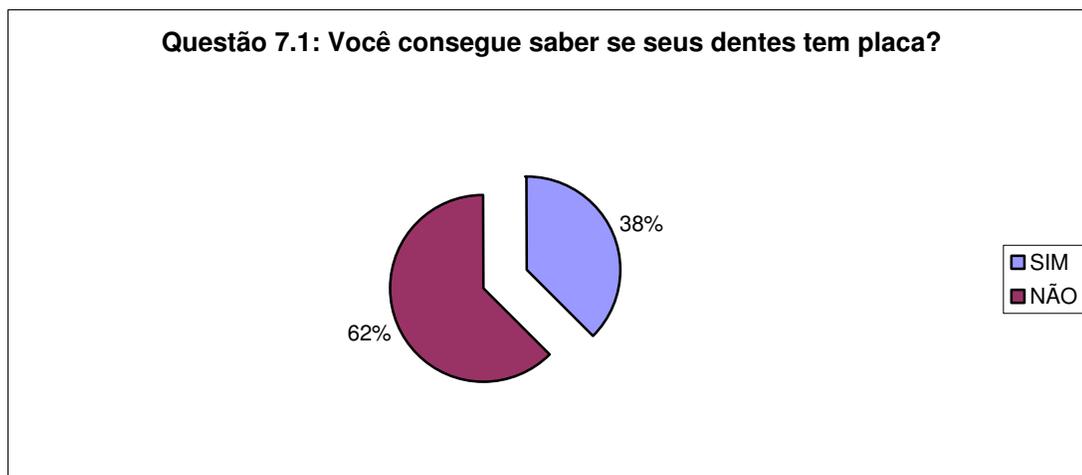


Figura 14- Percepção da placa dental.

A grande maioria 62% dos deficientes visuais, dizem não conseguir sentir a placa bacteriana sobre a superfície dental, já 38% conseguem através do tato e da língua saber se há concentração de placa bacteriana sobre a superfície dental.

GRÁFICO 15- Em relação a visitas ao cirurgião dentista.



Figura 15- Em relação a visitas ao cirurgião dentista.

Todos os deficientes visuais 100%, disseram freqüentar consultórios odontológicos.

GRÁFICO 16- Necessidade de visitas ao cirurgião dentista.

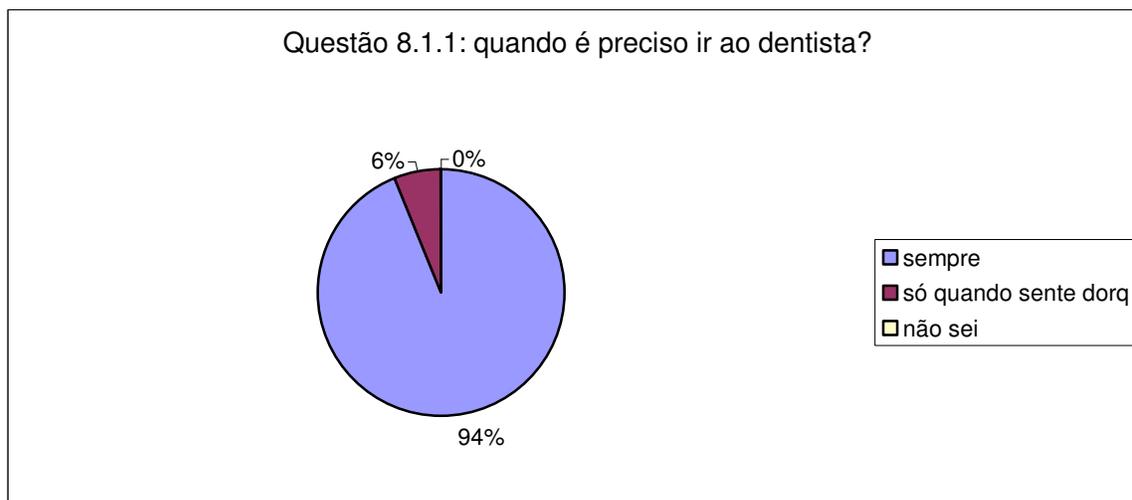


Figura 16- Necessidade de visitas ao cirurgião dentista.

Apenas 6% dos deficientes visuais responderam que apenas freqüentam o cirurgião dentista em ocasiões onde há dor nos dentes, enquanto 94% disseram que as visitas devem ser freqüentes.

GRÁFICO 17- Com quem o deficiente visual vai ao dentista.

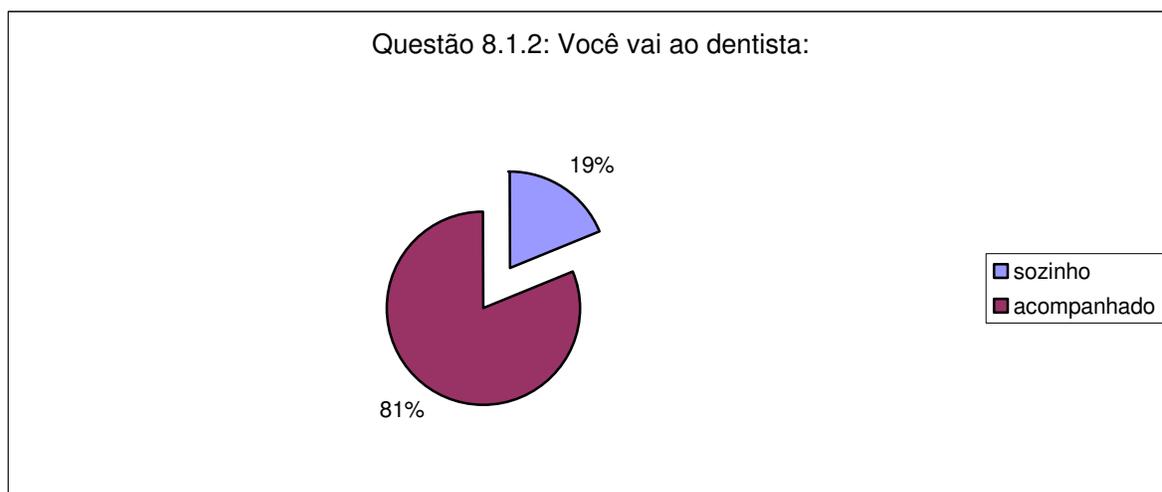


Figura 17- Com quem o deficiente visual vai ao dentista

Os deficientes visuais 81%, dizem ir ao dentista sempre acompanhados, já 19% dos entrevistados responderam irem sozinhos.

GRÁFICO 18- Local de atendimento dentário

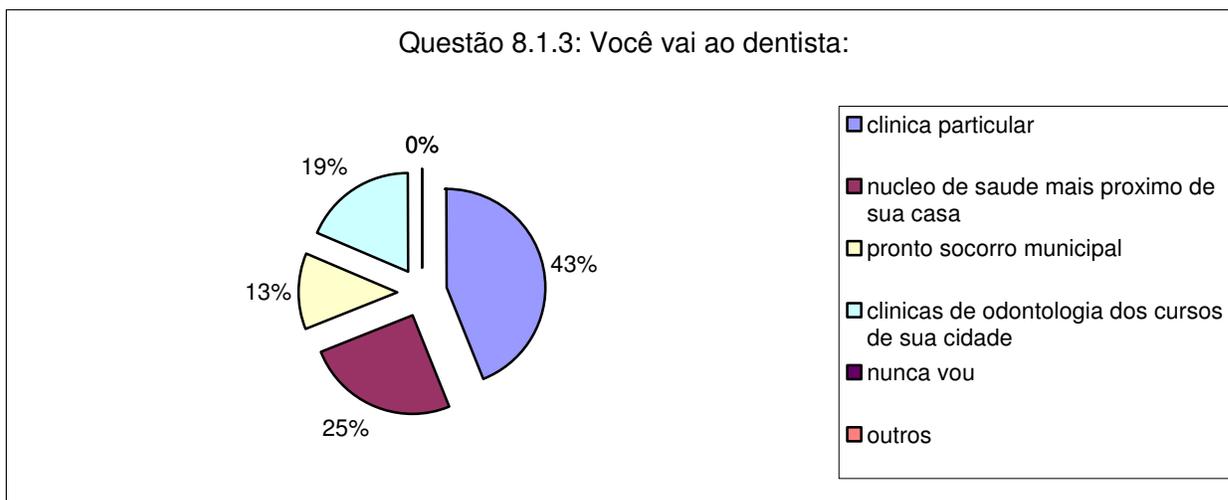


Figura 18- Local de atendimento dentário

A maioria dos deficientes visuais entrevistados 43%, responderam frequentar o cirurgião dentista em clínicas particulares, 25% em núcleos de saúde próximo a sua residência, 19% frequentam clínicas de odontologia das universidades que existem em sua cidade.

GRÁFICO 19- Quando a adaptação do atendimento em consultório dentário

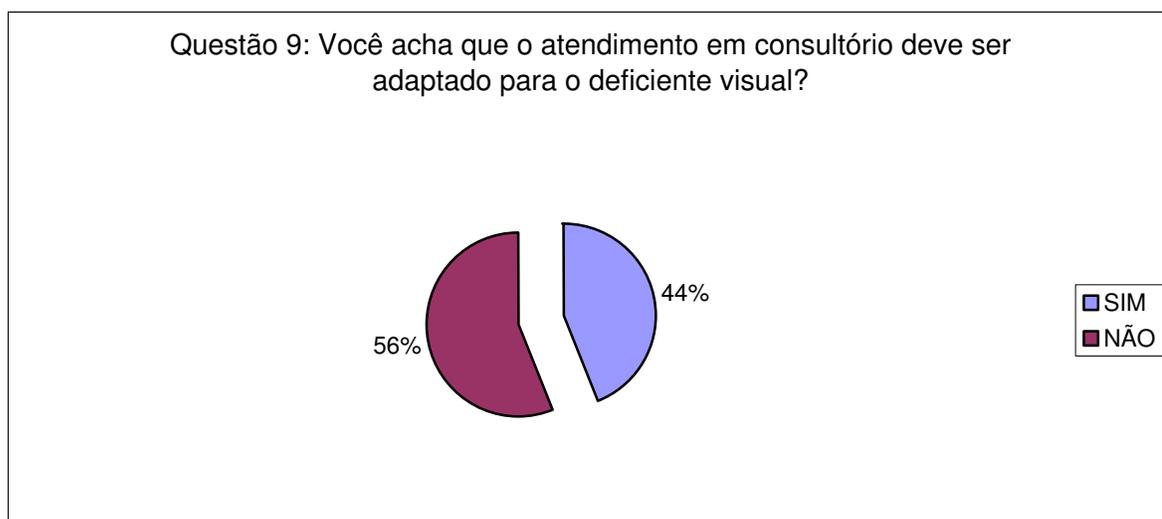


Figura 19- Quando a adaptação do atendimento em consultório dentário

Quanto ao atendimento adaptado, 56% dos deficientes visuais disseram que há necessidades de adaptações tanto do consultório quanto do atendimento direcionado a esse tipo de paciente, enquanto que 44% dizem que não é necessário adaptações

GRÁFICO 20- Quanto à obtenção de informações sobre saúde bucal

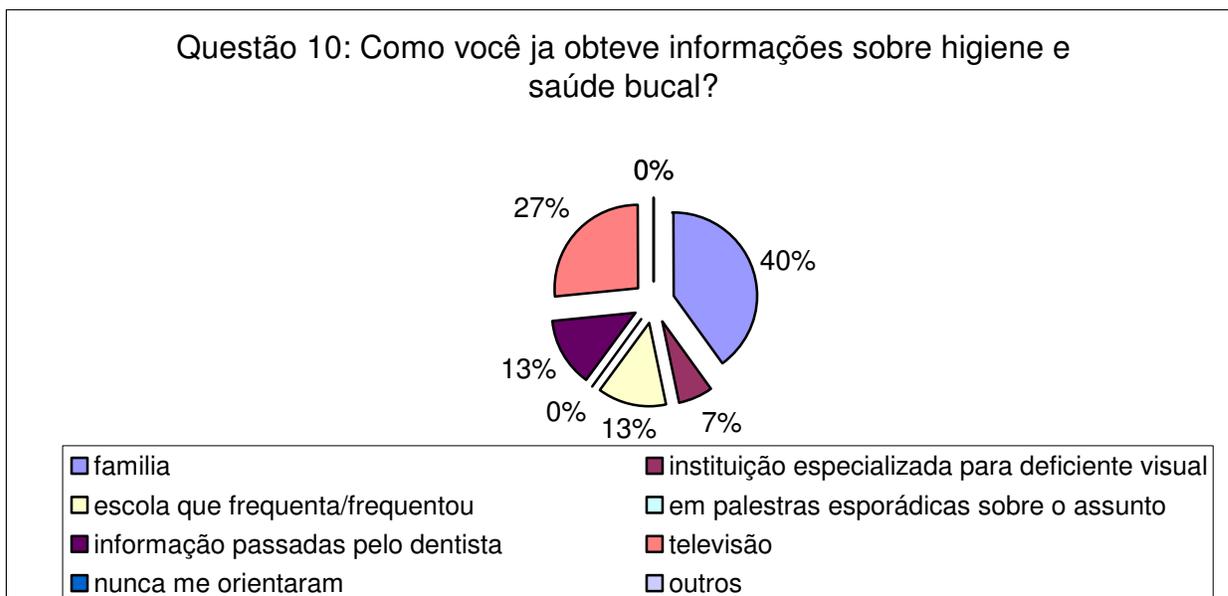


Figura 20- Quanto à obtenção de informações sobre saúde bucal

Os deficientes visuais em sua maioria 40%, responderam ter obtido informações sobre higiene e saúde bucal com familiares, 27% receberam as mesmas informações através de propagandas ou entrevistas que são transmitidas através de meios de comunicação como a televisão, 13% com o cirurgião dentista, 13% com escolas em que frequenta ou frequentou e apenas 7% receberam informações sobre higiene bucal nas instituições especializadas em deficientes visuais. Não houve relato de nunca terem sido orientados sobre este assunto.

GRÁFICO 21- Sobre a obtenção de informações sobre saúde bucal

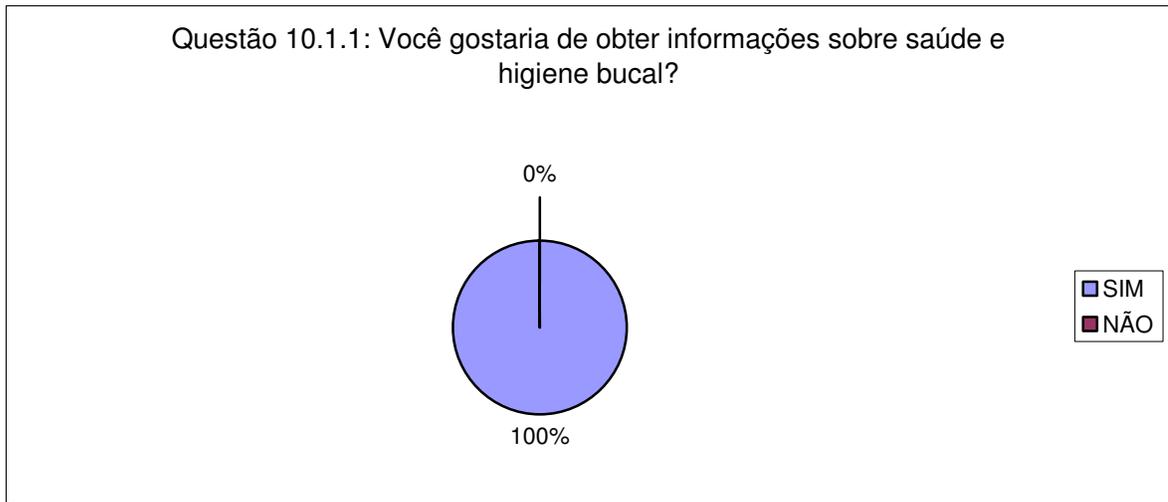


Figura 21- Sobre a obtenção de informações sobre saúde bucal

Todos os deficientes visuais entrevistados se interessaram em receber informações sobre saúde e higiene bucal.

GRÁFICO 22- Quanto às informações sobre saúde bucal

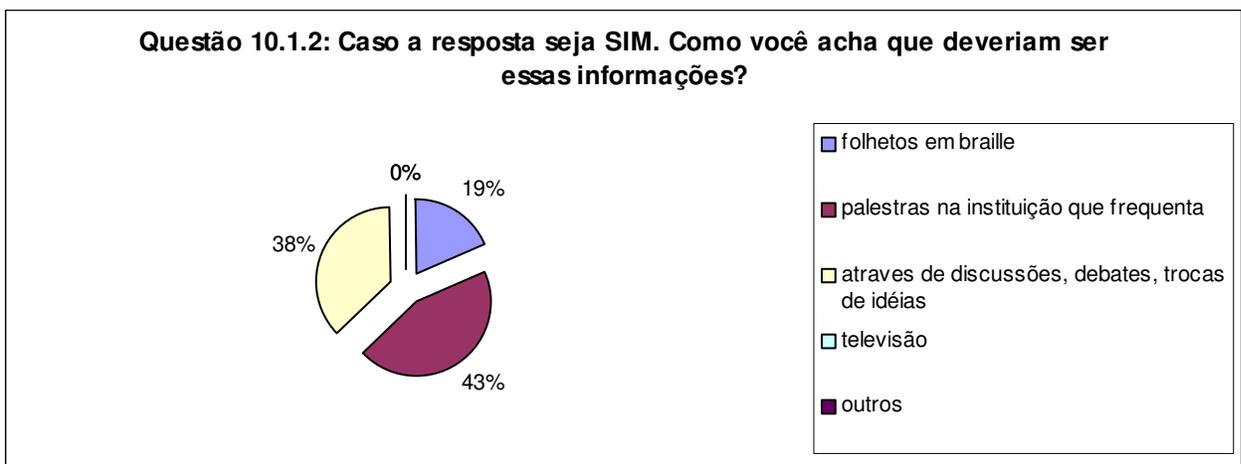


Figura 22 - Quanto às informações sobre saúde bucal

As informações sobre saúde e higiene oral, segundo aos deficientes visuais entrevistados, deveria ser passada através de palestras ministradas na instituição que frequenta 43%, 38% optaram obter informações através de discussões, debates e troca de idéias, enquanto que apenas 19% gostariam

que as informações fossem impressas em folhetos em Braille. Os entrevistados não citaram televisão como meio de passar informações sobre saúde bucal.

GRÁFICO 23- Conhecimento sobre flúor

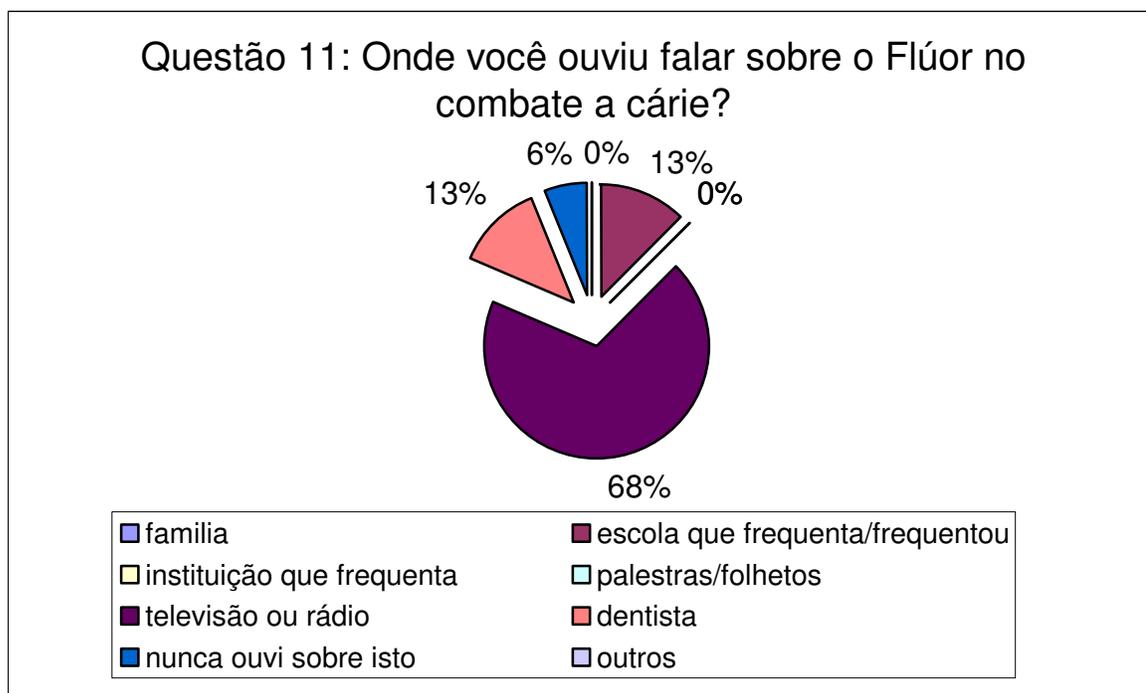


Figura 23- Conhecimento sobre flúor

Em relação ao flúor no combate a carie, 68% dos deficientes visuais disseram ter ouvido informações sobre este assunto através de televisão ou rádio, 13% na escola que frequenta ou frequentou. 13% através de conversas com o cirurgião dentista e apenas 6% dos entrevistados não tem conhecimento sobre o assunto. Não houve relatos de informações obtidas através de palestras e folhetos, instituição que frequenta e família.

- Resultados do Índice CPO-D

GRÁFICO 24: Índice CPO-D

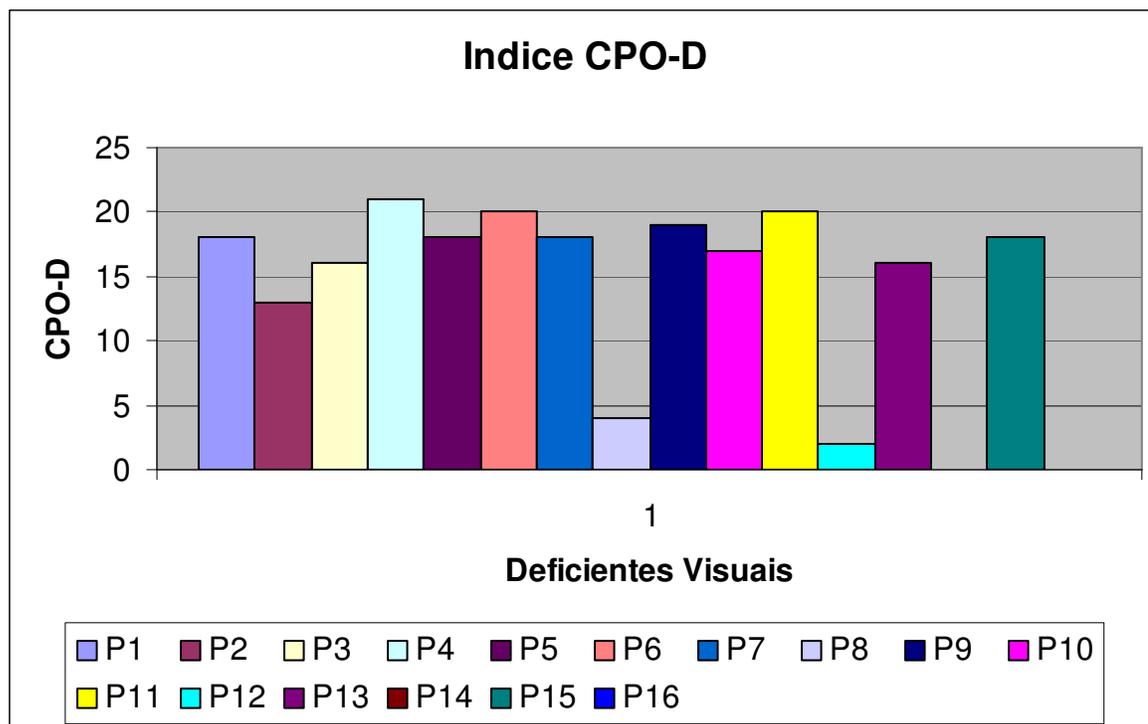


Figura 24: Índice CPO-D

Os dezesseis deficientes visuais possuem Índice CPO-D alto devido a grande perda de elementos dentários, com exceção de dois indivíduos que apresentaram Índice CPO-D inferior a 2 e um indivíduo desdentado. A média do índice CPO-D dos deficientes visuais foi de 13,75.

- Resultado do Índice IHO-S

GRÁFICO 25 – Índice de placa simplificado IHO-S

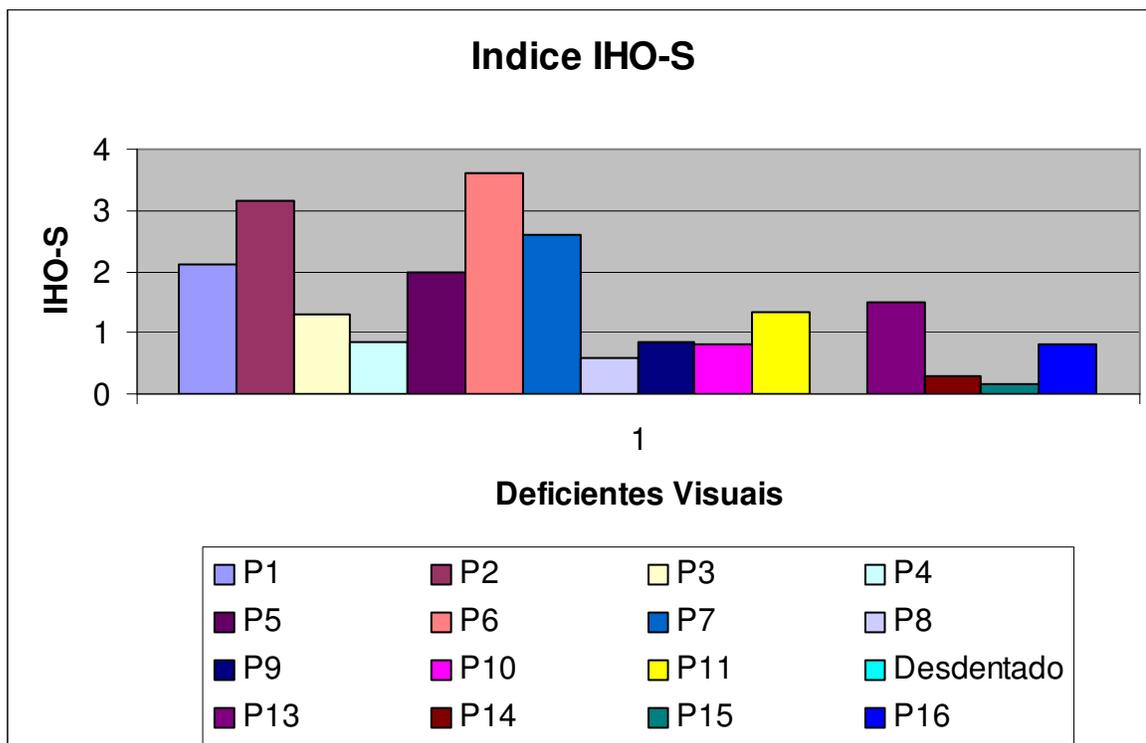


Figura 25 - Índice de placa simplificado IHO-S

Os deficientes visuais apresentaram uma média de Índice IHO-S de 1.46, que é relativamente baixo comparando com o gráfico acima de Índice CPO-D.

3 DISCUSSÃO

Neste trabalho, realizado no Lar Escola Santa Luzia para Cegos, dezesseis deficientes visuais com idades entre 13 e 82 anos participaram da aplicação do questionário de múltipla escolha sobre saúde bucal, índice de placa simplificado IHO-S e índice CPO-D.

Quanto à limpeza bucal, os deficientes relataram o uso da escova e pasta dental três vezes ao dia, poucos mencionaram a associação desta prática ao fio dental e ao enxaguatório bucal.

Durante a escovação supervisionada, foi notada uma boa coordenação motora e a higiene bucal foi considerada adequada na maioria dos deficientes visuais, o que não está de acordo com os trabalhos de Rossetti et al (2005) e Goulart e Vargas (1998), que encontraram dificuldades na realização de uma higiene oral em pacientes com deficiência visual. Porém quanto ao uso do fio dental e enxaguatório bucal, Goulart e Vargas (1998) encontraram os mesmos dados do trabalho atual, ou seja, os deficientes visuais não utilizaram o fio e nem o enxaguatório como complementação de sua higiene bucal diária.

Em relação à cárie dentária os entrevistados a relacionaram com uma cavidade, ou seja, “buraco no dente” e sabem diferenciar os alimentos favoráveis e desfavoráveis a saúde dental, sendo o desfavorável mais citado a sacarose. A grande maioria percebe a cárie dentária através da língua, porém tem dificuldades na percepção da placa dentária, talvez pela falta de informação sobre o assunto. Comparando estes dados com os achados de Goulart e Vargas (1998), percebe-se que está de acordo a associação dos alimentos com sacarose e a cárie dentária entre os grupos analisados, porém há desacordo em relação à associação da cárie já que Goulart e Vargas (1998) diz que a maioria dos deficientes visuais relaciona a cárie dentária a microorganismos ou bactérias e apenas uma minoria a relacionaram com cavidade dental.

Quanto ao cirurgião dentista, todos os deficientes visuais já foram ao consultório dentário, o que concorda Goulart e Vargas (1998), porém durante a entrevista no estudo atual a grande maioria entende que as consultas ao cirurgião dentista devem ser frequentes, o que discorda o estudo de Goulart e Vargas (1998) que diz que os deficientes visuais associam as idas ao consultório dentário só em casos de dor ou desconforto.

Durante as visitas ao Lar Santa Luzia para Cegos, foi observado alegria e grande motivação dos deficientes visuais tanto em suas atividades diárias como coral, computação e artesanato, bem como o interesse em aprender sobre saúde bucal, não apenas para alívio da dor, mas também por questões de conhecimento e também estética bucal, pois foi notado que mesmo não enxergando seus dentes os deficientes visuais sentem-se envergonhados na remoção das próteses e tem noção se seus dentes anteriores estão em más condições. Esse relato discorda totalmente de Abreu et al (2005) que observou que a inatividade dos deficientes visuais institucionalizados levam a uma desmotivação aos cuidados de saúde bucal e também Axelsson e Lindhe apud Goulart (1998) que relata que os deficientes visuais são resistentes as medidas de prevenção por não conhecerem os motivos destes procedimentos ou não possuírem capacidade para execução dos motivos exigidos, o que não foi observado no estudo atual, pelo contrário, houve grande interesse e motivação em aprendizagem de novas maneiras de escovação.

Em se dizendo de adaptação do atendimento em consultório ao paciente deficiente visual Rossetti et al (2005) diz que o tratamento difere apenas na atenção dada ao deficiente visual na primeira visita em relação ao demais pacientes, como o toque na cadeira, o direcionamento do foco de luz as vibrações do motor, o que discorda a pesquisa atual, onde foi perguntado aos deficientes visuais se o atendimento em consultório dentário deveria ser adaptado as suas necessidades, a maioria das respostas foram negativas, enquanto que os entrevistados que responderam positivamente dizem que a adaptação deve ser através da colocação de rampas com corrimão, ausência de degraus, pisos e paredes lisas, ou seja, adaptações para que haja facilidades de acesso e locomoção dentro do consultório dentário.

Com base nestes dados, há de se criar mais programas adaptados ao paciente deficiente visual para que haja eficácia na promoção e prevenção da saúde bucal, pois apesar dos excelentes resultados obtidos neste trabalho, os deficientes visuais ainda se encontram excluídos da sociedade atual.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho concluiu-se que mesmo não enxergando, os deficientes visuais conseguem perceber a importância da cavidade oral, da escovação e preocupam-se sim com a sua saúde e principalmente aparência.

Percebeu-se a necessidade de maiores explicações sobre o uso do fio dental, enxaguardatórios bucais e também maiores informações sobre a origem, formação e malefícios da placa dental bacteriana.

É preciso motivar os deficientes visuais aos cuidados preventivos para que se evitem situações extremas como perda precoce de elementos dentários.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.C.S, et al. Motivação de higiene bucal em deficientes visuais institucionalizados. Rev. Fac. Odont. Lins/UNIMEP, Piracicaba, v.17, n.1, p.7 – 14. 2005.

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J, London, v. 25, n. 4, p. 229-235, dec. 1975.

ANAISE, J.H. Periodontal disease and oral hygiene in a group of blind and sighted Israeli teenagers (14 – 17 years of age). Community Dent. Oral. Epidemiol, v 7, p.353 – 536, aug. 1979.

ANTUNES, J.L.F. Epidemiologia de Saúde Bucal. [S.l]: Ed Koogan, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2003. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23651&janela=1. Acesso em:
11 abr. 2007.

CACALANO, A.C; QUINTELA, R.S. Orientação e motivação sobre higiene bucal, voltada aos deficientes visuais. Revista EAP/APCD, São José dos Campos, v.1, n 2, p. 20-22, jan/jun. 2000.

CHAVES, Mário M. Odontologia social. 3 ed. Bom Retiro: Artes Médicas, 1986. 448p.

CLOTET, J. Por que Bioética. Bioética, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-19, jan/jun. 1993.

FEJERSKOV, O; KIDD, E. Cárie dentária. A doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Editora Santos, 2005. 370p.

GOULART A. C. F, VARGAS A.M.D. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Arq. em Odont, Belo Horizonte, v.34, n. 2, p. 107-119, jul/dez. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 04 abril 2007.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in american indian children. Public. Hlth Bulletin, Washigton. N. 239. 1937. In: PINTO, V. G. Saúde bucal: Odontologia social e preventiva. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 1992.

KRIGER, L. (Coord.) Promoção de Saúde Bucal: ABOPREV 2 ed São Paulo: Artes Médicas, 1999.

KUNERT, I. R; et al Motivação em saúde bucal. RGO, 30, n.6, p.450-456, nov/ dez.1990.

LOPES, E. S.; BASTOS, J. R. M. O índice CPO-D Separata do Departamento Odontologia Social – FOB- USP In: _____. Odontologia Social. Bauru: [s.n.], 1982.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.1, n.1, p.7-17. 2000

NANDINE N.S. New insights into improving the oral health of visually impaired children. J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent, v 21, p. 142-143, 2003.

NARVAI, P. C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2 ed. São Paulo: Editora Livraria Santos, 2002.

NAVARRO, R. S; ESTEVES, G. V; YOUSSEF, M. N. estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. Rev. Odontol. Univ. São Paulo. 10, n.2, p. 153-157, abr/jun.1996.

NORMAN, G. R. ; STREINER, D. L. Biostatistics – the bare essentials. St Louis: Mosby Year Book, 1994. 260 p.

PEREIRA, A. C. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo a saúde. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2003.

PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. 4 ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541p.

ROSETTI, E; SAMPAIO, L.M; ZUZA E.P. Controle de placa bacteriana e instrução de higiene oral adaptados a deficientes visuais – relato de caso. Periodontia em Revista / SOBRAPE, v 15, n 2, p. 28 – 32, jun. 2005.

TAMIETTI, M. B; CASTILHO, L. de; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte: v. 34,, n.1, p. 33-45, jan-jun. 1998.

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. Cariologia Clínica. 2 ed., São Paulo: Editora Santos Ltda., 1995.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

FREITAS, S. F. T. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC, 2001, 126p.

GUEDES-PINTO, Antonio Carlos. Educação do paciente: Odontopediatria. 5 ed. São Paulo: Editora Santos, 1995. p.437-452.

NEWBRUN, E. Cariologia. São Paulo: Editora Santos, 1988.

NISSENGARD, R. J; NEWMAN, M. G. Microbiologia oral e Imunologia. . 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário

QUESTIONÁRIO

Nome (ou iniciais) _____

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de instrução;

() analfabeto

() ensino fundamental

() ensino médio

() ensino superior

() outro _____

1- Ao realizar a limpeza de sua boca, você faz uso de:

Escova de dente: () Nunca () Às vezes () uma vez ao dia () três vezes ao dia

Pasta de dente: () Nunca () Às vezes () uma vez ao dia () três vezes ao dia

Fio dental: () Nunca () Às vezes () uma vez ao dia () três vezes ao dia

Líquido de bochecho: () Nunca () Às vezes () uma vez ao dia () três vezes ao dia

2- Com quem e/ou onde você aprendeu a realizar a limpeza da boca?

() família () escola () instituição que frequenta () dentista () nunca me ensinaram

() outros _____

3- Porque você:

3.1. Escova seus dentes: () limpar os dentes () evitar mau hálito () evitar cárie () não sabe

3.2. Usa pasta de dente: () limpar os dentes () deixar gosto bom na boca () evitar mau hálito () não sabe

3.3. Usa fio dental: () tirar sujeira de um dente () limpar entre todos os dentes () não sabe () nunca usa

4- Você acha que a dieta alimentar pode influenciar na saúde dos dentes?

() SIM () NÃO

4.1 Caso sua resposta seja SIM:

4.1.1 Cite exemplos de alimentos favoráveis à saúde dos dentes:

4.1.2 Cite exemplos de alimentos desfavoráveis à saúde dos dentes:

5- Cárie é: () buraco no dente () doença da boca () dor no dente () não sei

5.1.2 Com quem/ Aonde você aprendeu o que é cárie?

() mãe / pai () escola () instituição () palestras/ folhetos
() rádio / televisão () dentista () outros _____

5.1.3 Na sua opinião a carie é resultado de que? (Pode ser uma ou mais alternativas)

() pouca escovação
() ação de bactérias
() da alimentação errada
() não sei

5.1.4 – Você percebe quando tem cárie em seus dentes? () SIM () NÃO

6- Sua gengiva dói? () SIM () NÃO () ÀS VEZES

7- Placa dentária é: () alimento grudado no dente () bactéria grudada no dente
() sujeira () bactéria mais alimento grudados no dente. () não sei

7.1- Você consegue saber se seus dentes têm placa?

() SIM () NÃO

8- Você já foi ao dentista? () SIM () NÃO

8.1- Quando foi a última vez que esteve em um consultório de dentista?

() um mês () seis meses () um ano () outros () nunca fui

8.1.1- Quando é preciso ir ao dentista? () sempre () só quando sente dor () não sei

8.1.2- Você vai ao dentista () sozinho () acompanhado

8.1.3 – Você vai ao dentista

() clínica particular
() núcleo de saúde mais próximo de sua casa
() pronto-socorro municipal
() clínicas de odontologia dos cursos de sua cidade
() nunca vou
() outros _____

9- Você acha que o atendimento em consultório deve ser adaptado para o deficiente visual?

SIM

NÃO

9.1- Caso a resposta seja Sim; qual a adaptação?

10- Como você já obteve informações sobre higiene e saúde bucal?

família

instituição especializada para deficiente visual

escola que frequenta/ frequentou

em palestras esporádicas sobre o assunto

informações passadas pelo cirurgião dentista

televisão

nunca me orientaram

outros _____

10.1.1- Você gostaria de obter informações sobre saúde e higiene bucal?

SIM

NÃO

10.1.2- Caso a resposta seja SIM, Como você acha que deveriam ser essas informações? (pode ser mais de uma resposta).

folhetos em Braille

palestras na instituição que frequenta

através de discussões, debate, troca de idéias.

através televisão

Outras formas. Quais?

11- Onde você ouviu falar sobre o Flúor no combate a cárie?

família

escola que frequenta/ frequentou

instituição que frequenta

palestras/ folhetos

televisão ou rádio

dentista

nunca ouviu sobre isto

Outros _____

Caso haja algum comentário sobre o questionário ou sobre o tema por ele abordado utilizar o verso desta página. Tudo que você tem a dizer é de nosso grande interesse.

Muito Obrigado

Apêndice B – Termo de Informe e consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Titulo do Projeto: Levantamento da percepção da saúde bucal dos deficientes visuais do Lar Escola Santa Luzia para Cegos.

Endereço: Rua: Irmã Arminda 10-50 – Jardim Brasil CEP: 17011-160

Fone: 2107-7000

Pesquisador Responsável: Dra. Claudia de Almeida Prado Piccino Sgavioli

A proposta deste estudo será fazer um Levantamento dos conhecimentos que o deficiente visual tem sobre a saúde bucal. Para o estudo usaremos um questionário com questões de múltipla escolha, contendo também questões com respostas abertas, para avaliar o conhecimento dos deficientes visuais do Lar Escola Santa Luzia para Cegos quanto à saúde bucal. Serão realizadas palestras educativas para os próprios deficientes visuais, familiares e/ou responsáveis e funcionários da instituição. Posteriormente este trabalho tem também o intuito, baseado nos resultados obtidos, de criar um material relacionado à saúde bucal que seja de interesse do deficiente visual. Devemos salientar que, nosso projeto deverá impreterivelmente passar pela Comissão de Ética da Universidade do Sagrado Coração e que só então, se aprovado, é que será desenvolvido no Lar Escola Santa Luzia para Cegos.

Tais procedimentos compõem a parte de um trabalho desenvolvido junto ao Curso de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, Sp.

Fica claro que não existirão encargos adicionais associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

Eu _____ entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceu-se que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

EU entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetara adversamente meu tratamento na clinica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado

EU certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa _____

Assinatura do responsável pelo participante da pesquisa _____

Data: _____

Eu certifico que expliquei a (o) Senhor (a) _____

Acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados a sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Data: _____

Apêndice C - Índice de Placa Visível

Paciente: _____

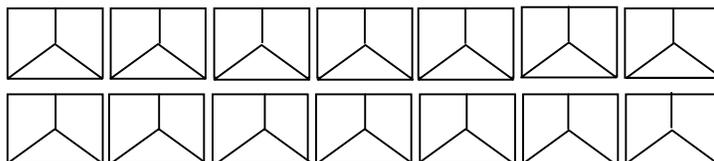
Data: _____

Técnica de higienização bucal:

() ADEQUADA () INADEQUADA

Índice de Placa Visível

17	16	15	14	13	12	11
47	46	45	44	43	42	41



0 = Ausente, 1 = Presente, 9 = Excluído.

IPV = _____ %

