



ciência plural

O CONHECIMENTO DE DEFICIENTES VISUAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

The knowledge of the visually impaired about oral health

Luiz Paulo de Amorim Monteiro • Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: luizpauloam@hotmail.com

Rodolfo Macedo Pereira • Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: rdf.mp2@gmail.com

Anna Crislainy da Costa Monteiro • Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: annacrislainy@hotmail.com

Iris do Céu Clara Costa • Professora Titular do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: irisdoceu@live.com

Autor responsável pela correspondência:

Luiz Paulo de Amorim Monteiro. Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: luizpauloam@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A visão é uma das principais maneiras de interagir com o mundo. Em função desse déficit, os deficientes visuais desenvolvem mecanismo compensatório noutros sentidos como olfato, tato, audição e propriocepção. **Objetivo:** Investigar o nível de conhecimento em saúde bucal de 33 deficientes visuais matriculados no Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte (IERC-RN), conhecendo experiências que essas pessoas vivenciaram durante atendimento odontológico. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, quanti-qualitativo usando entrevista. O material textual obtido pelas perguntas abertas gerou um corpus processado pelo Software IRAMUTEQ. Nesse contexto, o IRAMUTEQ categorizou o corpus através da classificação hierárquica descendente em seis classes distintas. Nas classes emergiram temas como acessibilidade, nervosismo e ansiedade no atendimento odontológico. A análise de similitude e a nuvem de palavras, também geradas pelo software possibilitaram perceber as principais expressões utilizadas, suas dificuldades, além de conexões com a saúde bucal e o ambiente odontológico. **Resultados:** As respostas das perguntas fechadas revelaram que a maioria dos entrevistados acredita que os dentes não duram para sempre, 90,09% escovam os dentes duas ou mais vezes por dia, utilizando principalmente escova e pasta, deixando o fio dental em segundo plano. Equívocos no conhecimento poderão ser superados pelo acesso a informação, criação de materiais educativos direcionados a essa clientela para enfrentamento das suas ansiedades e estímulo ao autocuidado. **Conclusão:** Paralelamente, a equipe de saúde bucal deve se preparar/capacitar para o atendimento desse segmento, pois pacientes com necessidades especiais exige habilidades diferenciadas, muita sensibilidade e conhecimento profissional adequado.

Palavras-chave: Pessoas com deficiências visuais. Odontologia preventiva. Saúde bucal.

ABSTRACT

Introduction: Eyesight is one of the main ways of interacting with the world. Due to this deficiency, visually impaired people develop compensatory mechanisms in other forms such as olfaction, tact, hearing and proprioception. **Aim:** This work investigated the level of knowledge in dental care from 33 visually impaired enrolled at Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte (IERC-RN) and understood experiences these people had during dental treatment. **Methods:** It is a transversal, quantitative-qualitative study that used interviews. The data collected from the open questions provided a corpus processed by IRAMUTEQ software. Thus, this software categorized the data through hierarchical classification descending on six separate classes. In the classes, questions such as accessibility, nervousness, and anxiety emerged. The analysis of similitude and the cloud of words, both generated by the software, made possible to perceive the main expressions used, difficulties, as well as the connections with dental care and the dental treatment office. **Results:** The answer to the closed questions revealed that most of the interviewees believe teeth do not last forever; 90% brush their teeth twice or more times a day using specifically a toothbrush and toothpaste; they use dental floss as a secondary procedure. Misconceptions might be surpassed by having them accessing information, creation of educational material directed to this clientele to face their anxieties and stimulating their self-dental care. **Conclusion:** Simultaneously, the dental care team must be prepared for the assistance to this clientele for patients with special needs demand different skills, much sensitiveness and adequate professional knowledge.

Key words: Visually Impaired Persons. Preventive dentistry. Oral health.

Introdução

A democratização da sociedade possibilitou um avanço na área dos direitos humanos. Tendo em vista essa perspectiva, percebeu-se a necessidade de criação de espaços sociais que valorizam e respeitam as diferenças e o convívio da diversidade. Ao longo da história, pacientes portadores de alguma síndrome ou deficiência recebiam atenção inferior, ocupando assim um lugar sem destaque na sociedade, sendo marginalizados e excluídos do mercado de trabalho¹.

A literatura mostra que no decorrer da história aconteceram diversas mudanças de paradigma em relação às pessoas com necessidades especiais. “O paradigma da Institucionalização” relatava que as pessoas deficientes eram consideradas improdutivas, e com isso deveriam ser mantidas em lugares isolados, longe das outras pessoas. Todavia, devido às diversas críticas oriundas das mais diversas partes da sociedade, foi estabelecido o segundo paradigma: “O Paradigma de Serviços”. A partir de então começou a se pensar que os deficientes tem o direito de convívio com os demais cidadãos da sociedade. Contudo, para que isso seja possível deve-se realizar uma adequação na atitude dessas pessoas, fazendo com que os “diferentes” sejam capazes de conviver com os demais membros dessa sociedade².

Com o avanço das ideias ao longo do tempo foi estabelecido um novo conceito, “O paradigma de Suporte”, o qual afirma que independente da limitação, o deficiente deve ser integrado à vida em sociedade o mais rápido possível. Para que isso se torne realidade é necessária uma mudança não só por parte dos que têm limitações, mas também de todas as pessoas, fazendo com que possam desfrutar do convívio na diversidade. Assim, podemos fazer uma breve diferença entre inclusão e integração. A integração responsabiliza a pessoa com deficiência pela sua exclusão, e cabe somente a ela adaptar-se para conviver de forma integrada na sociedade. Já a inclusão denota uma mudança de comportamento e pensamento por parte dos dois lados²⁻³.

No decorrer dos anos percebeu-se a necessidade da criação de políticas públicas de inclusão que fossem efetivas e duradouras, valorizando assim o processo de inclusão e minimizando a exclusão¹. Essas políticas são ainda embrionárias, e ainda não atendem a demanda total, consistindo basicamente em captação de mais recursos, alteração na legislação vigente e o uso das mais diversas mídias (Internet, televisão, jornais e revistas). Dessa forma, cabe a nós cidadãos a responsabilidade de lutar para dar a essas pessoas os mesmos direitos que as pessoas comuns: Educação, saúde e condições dignas de trabalho⁴.

Assim, para que possamos falar em educação de pacientes especiais, que representa um enfoque da educação inclusiva, precisamos reconhecer os principais problemas que atingem esse grupo. Para contemplar essa temática, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) no Brasil, homologou em 2001 a especialização de Odontologia para pacientes Especiais (Resolução 22/2001), possibilitando assim o atendimento de pacientes com os mais diversos tipos de comprometimento (Intelectual, físico, comportamental e social)⁵.

Por sua vez e em complementação, o avanço da odontologia preventiva provocou mudanças na forma de pensar e atuar dos profissionais da área. Sendo assim, ocorreu a mudança de paradigma, associando a odontologia curativa a procedimentos educativos e preventivos, estimulando o autocuidado. O paciente tornou-se protagonista no que diz respeito a sua saúde bucal, sendo de extrema importância sua motivação para que ele possa atingir níveis de conscientização e educação que tragam mais saúde e qualidade de vida.

Nesse contexto, a deficiência visual é considerada uma deficiência física, na qual esses indivíduos apresentam cegueira ou uma baixa capacidade de visão⁶. Segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷ realizado em 2010, 23,9% da população brasileira são portadores de deficiência visual, seja ela total ou parcial. A visão é uma das principais maneiras de interagir com o mundo e no caso dos deficientes visuais ocorre um desenvolvimento de outros sentidos como estímulos olfativos, táteis e de propriocepção.

A educação entra nesse escopo como um dos principais fatores que promovem a saúde da população como um todo, incluindo aquelas pessoas com deficiência visual, que foram alvo desse estudo. Prova disso é que diversos recursos didáticos foram criados para auxiliar na educação especial dos deficientes visuais, tais como: o livro Braille, o Sorobã (maquina de calcular), o livro falado e a informática⁸. O campo da informática é muito amplo, apresentando desde sistemas de ampliação de imagens para pessoas com baixa capacidade de visão⁹, até sintetizadores de voz para pacientes com cegueira total¹⁰. As ferramentas que surgiram com o advento da internet foram de extrema importância para os pacientes com deficiência visual, uma vez que ocasionou um aumento da autoestima e da sensação de inclusão.

No que diz respeito à saúde bucal, a qualidade da escovação é de fundamental importância para o paciente, tendo o biofilme dentário como o principal fator etiológico da cárie e da doença periodontal. E, apesar da deficiência visual não ter ligação direta na saúde bucal, esses pacientes apresentam dificuldades em detectar sinais clínicos das doenças bucais em estágios iniciais, uma vez que elas são

reconhecidas por meio da visão¹¹. Ao mesmo tempo todo cidadão deficiente ou não tem direito a informação e a conhecer métodos que lhe ajudem a ter hábitos saudáveis. Portanto, é importante conhecer o que as pessoas sabem para poder orientá-las no devido tempo.

Assim, a educação em saúde bucal entra nesse escopo com o objetivo de que a população modifique seu comportamento em relação à prevenção, promoção e recuperação da saúde¹². Nesse sentido, a educação em saúde deve abranger e integrar os aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais, sendo capazes de proporcionar uma visão dinâmica de todo o processo saúde-doença. Todavia, precisamos ter em mente os limites e as dificuldades do processo educacional, uma vez que alguns programas não têm obtido sucesso por não considerarem que as pessoas precisam ter as suas necessidades básicas atendidas para se sentirem motivadas a cuidar da sua saúde bucal⁸.

Diante do exposto, este trabalho analisou o conhecimento em saúde bucal dos deficientes visuais matriculados no Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte (IERC-RN), conhecendo experiências que essas pessoas vivenciaram durante o atendimento odontológico.

Metodologia

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, observacional de corte transversal. A pesquisa foi realizada no Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte (IERC-RN) situado em Natal-RN, Brasil. Foi fundado em 16 de julho de 1952, sendo uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública municipal e estadual com registro no Conselho Nacional de Assistência Social.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com o número do parecer 1.142.621/2015. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem submetidos ao procedimento de coleta de dados. No que diz respeito aos menores de idade, os pais ou responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Menores. O voluntário ficou livre para desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Nesse estudo a amostragem foi não probabilística (intencional) e a seleção da amostra foi feita pelo critério de saturação ou redundância. A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e

informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado¹³. Dessa maneira, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido.

O critério de saturação é um processo de validação objetiva em pesquisas que é impossível ou desnecessário o tratamento probabilístico da amostra. Nas amostras não probabilísticas (intencionais), tal definição é feita a partir da experiência do pesquisador no campo de pesquisa¹⁴.

Assim, a partir do critério de saturação percebeu-se que uma amostra de 33 sujeitos foi suficiente para alcançar os objetivos da pesquisa. Os critérios de inclusão do presente estudo foram: ser deficiente visual, ser aluno regularmente matriculado no IERC-RN, ter experiência anterior de tratamento odontológico e ter idade acima de 10 anos, sendo capazes de relatar sozinhos suas experiências e vivências no consultório odontológico.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado da dissertação “Educação em saúde bucal em portadores de necessidades especiais: um estudo de caso em deficientes visuais”^{8(p.71-73)}. Esse questionário é composto por 16 questões, sendo 14 objetivas e 02 discursivas. Ainda nesse sentido, algumas questões objetivas tinham mais de uma opção de escolha pelo participante, fazendo com que a soma das respostas ultrapasse 100% nas tabelas. Esse questionário é dividido em três partes: conhecimento popular sobre saúde bucal, percepção da saúde bucal e práticas cotidianas para saúde bucal.

Os participantes presentes na instituição no momento da coleta foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram e contemplaram os critérios de inclusão foram recrutados para responder o questionário. Juntamos os participantes de uma única vez em uma sala para facilitar a comunicação com o pesquisador, de modo que nada pudesse distraí-los e que pudéssemos otimizar o momento de explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As perguntas do questionário foram lidas para os participantes da pesquisa e o pesquisador foi o responsável por gravar as respostas e posteriormente transcrevê-las.

Um banco de dados foi elaborado a partir das respostas fechadas dos questionários, que posteriormente foram analisados por meio da estatística descritiva. Foram conferidos valores absolutos e percentuais para cada variável analisada.

A partir das informações coletadas das duas perguntas discursivas do instrumento de coleta de dados, elaborou-se um corpus textual que foi processado pelo software IRAMUTEQ. Inicialmente o software dividiu o corpus textual em 32 Unidades de contexto iniciais (UCI), posteriormente ocorreu mais uma subdivisão, gerando assim 142 Unidades de contexto elementares (UCE), e dessa totalidade, o IRAMUTEQ selecionou 105 unidades com aproveitamento de 73,94% das palavras. Essas informações obtidas serviram como base para compreender as experiências vivenciadas no consultório odontológico pelos deficientes visuais do IERC-RN, como também as principais dificuldades encontradas durante o atendimento. Assim, foi possível compreender o que este grupo social pensa ou como se posiciona sobre o tema estudado.

O IRAMUTEQ é um software desenvolvido na língua francesa que significa interface de “*R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*”. Ele propõe realizar o processamento de dados textuais, identificando os núcleos estruturadores do discurso e separando-os em classes temáticas, conforme sua relevância. Trata-se de um programa gratuito que oferece rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diversos recursos técnicos de análise lexical que organiza os dados em gráficos de fácil compreensão (análise da classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras).

O método de Classificação Hierárquica Descendente levou em consideração as palavras que obtiveram qui-quadrado (χ^2) maior ou igual a 3,84 e significância $< 0,05$, como também a associação das classes às variáveis fixas do estudo: idade, sexo, situação visual e cegueira de nascença.

Resultados

A média de idade da amostra foi de 28 anos e 10 meses, sendo composta por 02 crianças (de 10 a 12 anos), 07 adolescentes (de 13 a 17 anos), 07 adultos jovens (de 18 a 25 anos), 08 adultos (de 26 a 35 anos), 08 adultos de meia idade (de 36 a 59 anos) e 01 idoso (60 anos ou mais). Destes, 22 eram do sexo masculino (66,6%) e 11 do sexo feminino (33,3%). A maioria foi composta por indivíduos cegos (78,7%) e apenas 21,2% apresentaram baixa acuidade visual. Ainda nesse escopo, as causas que ocasionaram a perda da visão total ou parcial nesses indivíduos são as mais diversas possíveis, sendo as mais prevalentes: problemas de nascença (24,2%), retinose pigmentar (15,1%) e glaucoma (12,1%).

No que diz respeito às perguntas objetivas, estas foram divididas em três grupos: 1) “Conhecimento popular sobre a saúde bucal”, 2) “Percepção da saúde bucal” e 3) “Práticas cotidianas para higiene oral”.

A descrição da pergunta 1 mostra que os problemas bucais que os participantes do estudo conhecem são vários e estão descritos a seguir. Nesse sentido, a cárie dentária foi o problema bucal mais citado por 32 participantes (96,96%), dentre todos os outros, o que é corroborado pelos achados de Fernandes et al.¹⁵ e Cericato⁸. Foram citados ainda por ordem decrescente afta (84,84%), tártaro (69,69%), dor de dente (54,54%), sangramento (42,42%), problema na gengiva (33,33%), sapinho (21,21%), obturação (9,09%), canal (6,06%) e outros (15,15%). Os participantes podiam escolher mais de uma resposta.

Na pergunta 2 foram agrupadas as respostas sobre o conhecimento e as práticas dessa população relativa à cárie dentária. Para a pergunta “o que é cárie?”, as respostas dente estragado (75,75%) e falta de higiene/cuidado (57,57%) foram as mais citadas, seguidas de doença causada por bactéria (39,39%) e falta de tratamento (12,12%). Já para a pergunta “O que fazer pra não ter cárie?”, as respostas ter higiene/escovar (90,90%) e cuidar da alimentação/doces (54,54%) foram as mais prevalentes, seguida de usar flúor (42,42%) e ir ao dentista/tratar (24,24%). Também para a pergunta 2 os participantes podiam escolher mais de uma resposta.

Em relação aos fatores atribuídos a origem da cárie dentária e o que fazer para não tê-la, percebe-se que a maioria das respostas está relacionada ao autocuidado, dessa forma, atribuindo-se a responsabilidade da saúde e/ou da doença ao próprio indivíduo. Assim, a instrução dessas pessoas com métodos de educação em saúde bucal é de extrema importância para se estabelecer um ganho significativo em saúde bucal e estimular o cuidado pessoal.

No que diz respeito à durabilidade dos dentes podemos observar as respostas dos deficientes visuais entrevistados. Nesse sentido, pouco mais da metade acredita que os dentes não duram pra sempre (54,54%) “Eles estragam e caem (45,45%), bem como duram algum tempo (9,09%)”. Em oposição a essa ideia, 45,45% das pessoas acreditam que os dentes duram por toda a vida principalmente se cuidar, se tratar e se for ao dentista.

Nesse sentido, percebe-se que a prática odontológica curativa e mutiladora ainda persiste no imaginário dessas pessoas, fazendo com que a maioria dos entrevistados acredite que os dentes não

duram para sempre. No entanto, os estudos realizados por Cericato⁸ e Fernandes et al.¹⁵, mostraram a perspectiva positiva das pessoas em manterem os dentes saudáveis por toda a vida, assim, quebrando o paradigma de que a perda dental seja algo natural com o passar dos anos, e demonstrando que esse tema pode variar bastante dependendo da população a ser estudada.

Diante do exposto, percebe-se que há maior necessidade de esclarecer para esses indivíduos a respeito do processo saúde-doença, tendo em vista que a limitação visual faz com que não ocorra a identificação dos problemas bucais em seus estágios iniciais. Dessa forma, percebe-se que o problema se instala, progride e leva à perda dentária. Assim, é extremamente importante salientar que o quanto antes for procurado o dentista e diagnosticado o problema, menores serão as sequelas.

Com relação à importância de ter os dentes saudáveis, os principais fatores citados foram: para ter/melhorar a saúde (87,87%); para evitar mau hálito e para ter uma boa estética (57,57%) além de evitar a dor (21,21%). Já a percepção da placa dental por esses sujeitos ocorre predominantemente pela percepção tátil da língua (63,63%). Quando questionados a respeito da opinião de como estaria a saúde bucal deles, a maioria acredita que está boa (48,48%), 21,21% julgam que está ruim e apenas 3,03% afirmam que está muito boa. No que diz respeito aos materiais informativos em saúde bucal para deficientes visuais, uma ampla maioria (72,72%) sugere que deveria haver uma maior quantidade (Tabela 1).

Tabela 1: Percepção da saúde bucal pelos deficientes visuais do IERC-RN. Natal/RN. Brasil, 2015.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	n	%
Porque é importante ter os dentes saudáveis?*	Para ter/melhorar a saúde	29	87,87
	Evitar mau hálito	19	57,57
	Estética	19	57,57
	Evitar dor	7	21,21
Como você percebe a placa dental na sua boca?	Pela língua	21	63,63
	Com a unha	5	15,15
	Pelo hálito	3	9,09
	Outros	3	9,09
	Não sabe	1	3,03
Em sua opinião como está a saúde da sua boca?	Boa	16	48,48
	Regular	9	27,27
	Ruim	7	21,21
	Muito boa	1	3,03
Você sente falta de livros ou outros materiais específicos para auxiliar na educação sobre a saúde bucal?	Sim	24	72,72
	Não	9	27,27

* Os participantes podiam escolher mais de uma resposta.

Nesse sentido, percebe-se que a maioria das pessoas associa a importância de se ter os dentes saudáveis com uma melhora na saúde e por extensão, na qualidade de vida, deixando a estética em segundo plano. Um estudo semelhante feito por Goulart e Vargas¹⁶ em crianças e adolescentes com deficiência visual, mostrou que eles também consideraram importante manter os dentes saudáveis. Esse estudo ainda reforçou que 69% dos indivíduos percebem o biofilme dentário através da língua. Tal fato assemelha-se ao encontrado neste estudo, no qual 63% dos participantes também citaram essa mesma resposta. Diante disso, mostrou-se a necessidade de criar estratégias que ensinem o deficiente visual a utilizar o tato na identificação desse biofilme, bem como na sua remoção.

No que diz respeito à opinião dos entrevistados em relação à saúde da boca deles próprios, apenas 21,21% julga estar ruim. No trabalho de Souza Filho et al.¹⁷, obteve-se resultado parecido, no qual 83,20% dos entrevistados acreditam estarem com uma saúde bucal excelente, boa ou regular e apenas 16,80% ruim ou péssima. Apesar disso, alguns autores afirmam não haver mudanças na auto percepção da saúde bucal dos deficientes visuais e das pessoas videntes, tendo em vista que a maioria apresenta uma visão positiva das suas condições de saúde bucal, apesar das condições clínicas apresentarem-se insatisfatórias¹⁸⁻¹⁹ e nem sempre coincidentes com a autopercepção.

Outro fator que merece destaque é que a maioria dos entrevistados relatou não existir muitos materiais didáticos que auxiliem na educação em saúde bucal, orientação de higienização e dieta. Dessa maneira, com uma quantidade adequada de materiais seria possível estabelecer um maior entendimento do processo saúde-doença e por consequência disso um maior ganho na qualidade de vida dessas pessoas.

Na Tabela 2 foram agrupadas as respostas obtidas em relação aos hábitos de higiene oral da população em estudo. Observando-se os resultados agrupados nessa tabela podemos perceber que 72,72% afirmaram escovar os dentes mais que duas vezes por dia, e apenas 3,03% higienizam apenas uma vez ao dia.

Sobre os materiais utilizados na limpeza dos dentes, o uso de escova e creme dental foi unânime para todos os sujeitos da pesquisa, todavia um pouco mais da metade afirmou utilizar o fio dental (57,57%). Isso ocorre devido ao uso adequado do fio dental exigir mais destreza e necessitar um tempo maior por parte dos deficientes visuais quando comparado à escova e a pasta. Ainda no presente estudo, percebeu-se que 90,09% dos participantes da pesquisa afirmaram escovar os dentes duas vezes por dia ou mais.

Quanto à pessoa com quem aprendeu a escovar os dentes, a resposta pai/mãe/familiares foi a mais citada (75,75%), seguida de dentista (12,12%) e professores da escola (9,09%), o que contrasta com o

estudo de Cericato⁸, no qual 39,58% afirmaram terem aprendido com o dentista e apenas 16,67% com os familiares. Dessa forma, segundo Vargas e Goulart¹⁶, devemos ter uma atenção diferenciada em relação aos pais e cuidadores dos deficientes visuais, tendo em vista que eles podem atuar como grandes aliados no processo de educação em saúde bucal e da prevenção de doenças dessas pessoas.

Com relação à procura pelo dentista, as respostas tiveram frequências muito próximas. Assim, 36,36% dos entrevistados responderam ocasionalmente, seguidos por quando tem algum problema dental (33,33%) e regularmente a cada 6 meses (30,30%). Nesse sentido, 69,70% afirmaram procurarem ocasionalmente ou apenas quando apresentam algum problema dental. A baixa procura pelo atendimento odontológico se deve provavelmente a baixa condição financeira, pelo pouco tempo disponível ou por que as pessoas julgam apresentar problemas para serem solucionados com maior importância do que os de origem bucal²⁰.

Tabela 2: Hábitos de higiene oral dos deficientes visuais do IERC-RN. Natal/RN. Brasil, 2015.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	n	%
Com que frequência você escova seus dentes?	Mais que duas vezes por dia	24	72,72
	Dois vezes por dia	6	18,18
	Uma vez por dia	3	9,09
O que você utiliza para limpar seus dentes?*	Escova dental	33	100,00
	Pasta dental	33	100,00
	Fio dental	19	57,57
	Solução para bochechos	9	27,27
Quem lhe ensinou a escovar os dentes?	Pai/mãe/familiares	25	75,75
	Dentista	4	12,12
	Professores da escola	3	9,09
	Ninguém nunca ensinou	1	3,03
Com que frequência você costuma visitar o dentista?	Ocasionalmente	12	36,36
	Quando tem algum problema dental	11	33,33
	Regularmente a cada 6 meses	10	30,30
Que tratamentos você realizou na sua última visita ao dentista?*	Limpeza	19	57,57
	Revisão dos dentes	17	51,51
	Restauração de um ou mais dentes	14	42,42
	Extração de dente(s)	13	39,39
	Passa flúor nos dentes	4	12,12
	Tratamento de canal/dor de dente	4	12,12
	Raspagem	3	9,09
	Coroa/prótese	3	9,09
	Tratamento ortodôntico	2	6,06
	Clareamento	1	3,03
	Tratamento na gengiva	1	3,03

No que diz respeito aos procedimentos realizados durante a última visita ao dentista, limpeza apresentou uma maior prevalência (57,57%), seguidos de revisão dos dentes (51,51%), restauração de um ou mais dentes (42,42%) e extração (39,39%).

ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

No processamento dos dados foram encontradas 5.025 ocorrências de palavras, sendo 1.142 de formas distintas. Ainda nessa temática, 399 palavras apareceram uma única vez. O corpus foi identificado com a separação de 32 unidades de contexto iniciais (UCI), que posteriormente foi dividido em 142 unidades de contexto elementares (UCE), e dessa totalidade, 105 unidades (equivalente a 73.94% do total de palavras) foram selecionadas através de classificação hierárquica descendente (CHD), originando assim 6 classes distintas, denominadas pelo pesquisador com os seguintes títulos: “Dificuldades encontradas para o atendimento odontológico”, “Experiência positiva do atendimento odontológico”, “Experiência negativa do atendimento odontológico”, “Paciente nervoso/ansioso”, “Paciente tranquilo” e “Paciente colaborativo”.

O conteúdo apresentado na CHD se agrupou no primeiro momento e em seguida se dividiu de maneira a formar seis classes distintas. Dessa maneira, cada classe apresenta um vocabulário semelhante entre si e uma linguagem diferente das outras. O conjunto de todas as classes deu origem a um dendograma.

Tendo por base o dendograma (Figura 1) podemos observar que o material textual deu origem a seis diferentes classes. Inicialmente o corpus foi dividido em dois eixos, originando em um deles a classe 6 (lado direito). Em seguida o outro eixo foi dividido mais uma vez, agora originando as Classes 1 e 5 (lado esquerdo). Por fim, ocorreu mais uma ramificação, criando assim a classe 2 em oposição as classes 3 e 4.

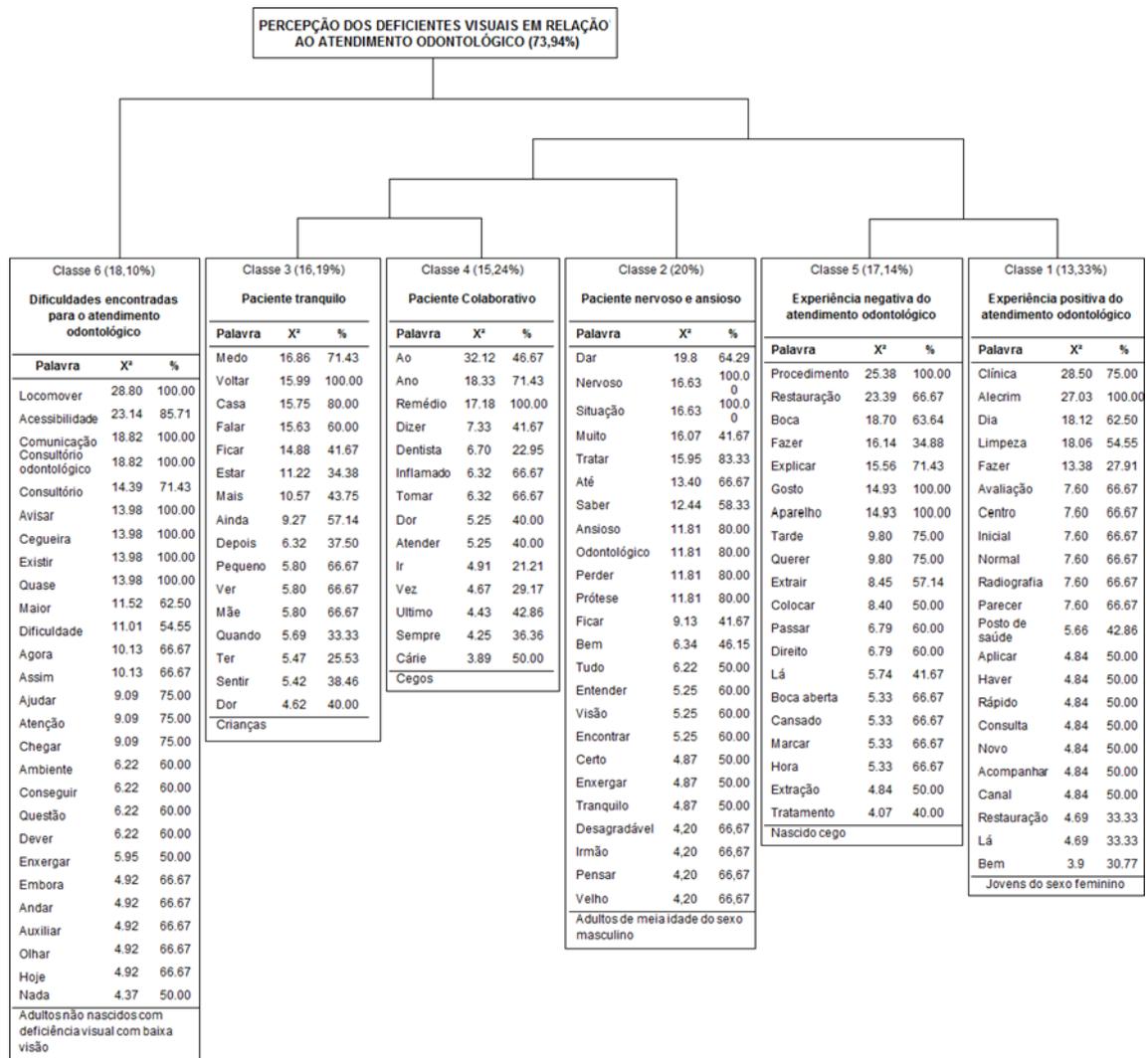


Figura 1: Dendograma obtido a partir da CHD do corpus “Percepção dos deficientes visuais em relação ao atendimento odontológico”. Natal-RN, Brasil, 2015

A classe 6 denominada “**Dificuldades Encontradas para o atendimento odontológico**” foi composta principalmente por adultos não nascidos com deficiência visual e com baixa visão, sendo responsável por 18.1% das UCEs, o que configura 19 dos 105 segmentos de texto. As principais palavras que foram atribuídas a essa classe foram: locomover, acessibilidade, comunicação, dificuldade, avisar, entre outras.

O conteúdo abordado por essa classe diz respeito às principais barreiras que interferem no atendimento odontológico, o que pode ser ilustrado pelas unidades de texto a seguir:

“... acredito que faltou certa comunicação na hora em que entrei na sala, ele deveria ter olhado um pouco mais pra mim, uma vez que quando a gente chega na cadeira odontológica eles só olham pra nossa boca”.

“... as dificuldades que já encontrei no consultório odontológico foram por causa da acessibilidade, das escadas, na clínica que eu fui não existia um planejamento de ambiente com acessibilidade. Isso não deixa que nós façamos as coisas por nós mesmos, ainda bem que estava acompanhado pelo meu pai.”

“... e acabavam esquecendo que eu não podia enxergar, e que não tinha a mesma facilidade deles para me locomover naquele ambiente”.

Nesse sentido, O'Donnell²¹, realizou um estudo com pacientes especiais na Inglaterra e propôs que as barreiras ao tratamento odontológico dessas pessoas podem ser relacionadas ao que ele chamou de “recursos disponíveis”. Assim, a necessidade desses recursos abrange vários níveis, desde a locomoção até o consultório, a falta de rampas, consultórios em andares superiores que não possuem elevador e problemas de acesso à própria cadeira do dentista.

Dessa maneira, de acordo com a perspectiva inclusiva, seria importante o atendimento dos deficientes visuais na clínica regular junto às pessoas sem deficiência. Isso seria possível com a adoção de medidas simples de acessibilidade e da capacitação do profissional para a interação com esses pacientes.

Conforme a Figura 1, a classe 1 é a menor de todas e representou 13.1% das UCE, sendo constituída de 14 dos 105 segmentos de texto. Essa classe foi denominada “**Experiência positiva do atendimento odontológico**” e reuniu basicamente jovens do sexo feminino. Teve como principais palavras: avaliação, inicial, normal, limpeza, entre outras.

A temática abordada por essa classe levou em consideração os relatos dos pacientes a respeito das consultas odontológicas, no qual foi observado certo grau de satisfação por parte dos deficientes visuais. É o que vemos nos seguintes trechos de falas:

“Foi uma experiência normal como qualquer outra. Dai procurei uma clinica do centro para fazer uma avaliação dos meus dentes. Nesse dia a dentista aplicou flúor e fez uma limpeza bem rápida...”.

“... após tudo isso ele começou a fazer a abordagem inicial, da última vez eu fui à faculdade de odontologia, fiz duas restaurações e uma limpeza. Foi bem rápido e não senti nenhuma dor e nenhum desconforto...”.

A experiência do cirurgião-dentista²³ aliada a experiências odontológicas anteriores e agradáveis do paciente são muito importantes para que não se desenvolva o medo do atendimento odontológico, transformando o tratamento em uma experiência positiva como maneiras de reduzir a ansiedade e melhorar a saúde bucal destes indivíduos²².

A classe 5 foi responsável por 17.14% de todas as UCE, levando em conta 18 dos 105 segmentos de texto. Essa classe faz oposição direta a classe 1, sendo então denominada “**Experiência negativa do atendimento odontológico**” e foi constituída principalmente pelos nascidos cegos. As principais palavras conferidas a essa categoria, foram: procedimento, restauração, tarde, gosto, boca aberta, cansado, entre outras, o que denota a insatisfação e aborrecimento dos deficientes visuais durante o atendimento odontológico, caracterizando assim uma experiência negativa. Podemos observar isso claramente nos trechos a seguir:

“... ele me recomendou fazer canal, restaurações e algumas extrações, mas eu mandei ele extrair todos os dentes que não prestavam mais. Não gosto de fazer canal, pois aquilo dói muito e dá muito trabalho...”

“... o dentista me parecia bastante apressado para fazer os procedimentos, e nessa agonia ele quebrou um dente meu e disse que não poderia tirar ele naquela tarde, teria que marcar outro dia para eu poder retornar para finalizar a extração. Eu fiquei bastante chateado pela maneira de como fui tratado e acabei não voltando mais.”

A lembrança de experiências dolorosas e traumáticas, bem como os relatos negativos de amigos e familiares fazem com que as pessoas possam ter uma experiência bastante desagradável no consultório odontológico. Segundo Poulton et al.²³, uma experiência odontológica adversa pode ser resultado de uma condição bucal precária, e isso poderá levar ao desenvolvimento de medo, tendo em vista que as intervenções necessárias podem ser mais invasivas e demoradas. Dessa maneira, é de fundamental importância a educação em saúde bucal dos deficientes visuais para que eles possam ter um ganho substancial em qualidade de vida, e assim ajudarem a construir uma imagem positiva do atendimento odontológico.

No que diz respeito à classe 2, 20% de todas as UCE compuseram esse grupo, sendo a maior de todas as classes, apresentando assim 21 dos 105 segmentos de texto e formada principalmente por adultos de meia idade do sexo masculino. À essa classe foi atribuído o nome “**Paciente nervoso e ansioso**”, sendo as principais palavras decorrentes: nervoso, situação, muito, ansioso, saber, entre outras.

Os sentimentos de nervosismo e ansiedade demonstrados antes e durante o atendimento odontológico pelos deficientes visuais do IERC-RN puderam ser evidenciados claramente através desse grupo, os quais estão ilustrados nos trechos a seguir:

“Fico muito ansioso e nervoso todas as vezes que vou ao dentista, pois penso que alguma coisa poderá dar errada e que irei me machucar. Fui ao dentista semana passada lá no CEO de São Gonçalo do Amarante saber a situação dos meus dentes...”.

“... no entanto, mesmo enxergando pouco eu fiquei ansiosa. Nunca sabemos o que antecede o atendimento, se vai doer, se vai dar tudo certo, se vai demorar. Apesar da minha ansiedade, tudo transcorreu na mais perfeita normalidade...”.

Percebe-se que, uma boa comunicação é de fundamental importância para o sucesso do tratamento odontológico, uma vez que permite a compreensão por parte do dentista dos problemas relatados pelo paciente, bem como para que este receba os conselhos preventivos necessários à manutenção da sua saúde. Assim, a comunicação atua de modo a estabelecer a confiança do paciente no profissional, como também para redução da ansiedade e nervosismo do paciente durante o atendimento odontológico²⁴.

Diante do exposto, o cirurgião dentista deverá seguir algumas regras básicas antes de começar a realizar os procedimentos nos deficientes visuais, tais como: descrever a organização do consultório para o paciente, como também explicar cada etapa do atendimento antes de realizá-la; deixar e estimular que o deficiente visual realize perguntas a respeito do tratamento; convidar o paciente para cheirar, sentir ou tocar os objetos, dessa forma estimulando-o a aguçar os outros sentidos; demonstrar na unha do paciente o uso da taça da borracha, mostrando como será feita uma profilaxia em seus dentes, ressaltando que é um procedimento indolor; acionar a seringa triplice, caneta de alta rotação e o sugador vagarosamente, fazendo com que o paciente familiarize-se e identifique posteriormente os diferentes sons. Ao explicarmos os procedimentos de higiene oral, devemos manter as mãos do paciente juntas as nossas, com a finalidade de aumentar o relaxamento e aperfeiçoar o seu aprendizado³.

As classes 3 e 4 fizeram oposição direta ao que foi visto na classe 2. Na classe 3 pudemos constatar o comportamento sereno e equilibrado dos pacientes durante o atendimento odontológico. Nesse sentido, foi atribuído o nome **“Paciente tranquilo”** à classe 3, sendo que 16.19% das UCE foram agrupadas à mesma, o que nos dá o total de 17 dos 105 segmentos de texto. As crianças foram as que mais contribuíram para esse grupo, e as palavras que tiveram maior destaque foram: medo, voltar, casa, falar, tranquilo, entre outras.

Apesar da palavra “medo” está presente nesse contexto, foi percebido que a sua existência era pra ressaltar a ausência desse sentimento nos pacientes. Dessa forma, podemos evidenciar o pensamento principal dessa classe nos segmentos de texto que seguem:

“... não senti nenhuma dor durante o atendimento, só depois quando estava em casa, e ficou também um pouco inchado. Fora isso, a minha experiência foi maravilhosa, nunca tive medo de ir ao dentista, já que penso que a saúde deve estar sempre em primeiro lugar...”.

“... no começo fiquei um pouquinho receoso e com medo, mas depois que ele me falou que não tinha nenhuma cárie, eu fiquei muito aliviado e bastante tranquilo. Apesar do meu medo inicial, é muito gratificante saber que meus dentes estão saudáveis...”.

Um bom relacionamento entre o profissional e o paciente é extremamente desejável, uma vez que o paciente sente-se mais seguro e ancorado na situação de tratamento. Já o dentista pode desfrutar de um paciente mais tranquilo e relaxado, o que facilita na execução do procedimento. Dessa maneira, um paciente calmo e confiante tem uma maior chance de seguir as orientações propostas pelo profissional, como também deve manter visitas mais constantes ao consultório odontológico. Já o paciente que apresenta medo ou temores relacionado ao ambiente odontológico pode abandonar o tratamento, e dessa forma, agravar a sua condição de saúde bucal, e o pior de tudo, não receberá orientações preventivas de saúde bucal²⁵.

A classe 4 apresentou 16 dos 105 segmentos de texto, o que nos revela um percentual de 15.24% das UCEs. O comportamento cooperativo dos pacientes durante o atendimento odontológico foi o fator mais marcante dessa categoria. Nesse sentido, essa classe recebeu o nome de “**Paciente Colaborativo**” e foi composta principalmente pelos cegos. As palavras com maior frequência são: ano, remédio, dentista, inflamado, cárie, entre outras.

A análise das palavras isoladas nessa classe não trouxe novas revelações. Dessa maneira, a partir da observação dos segmentos de texto foi possível perceber o caráter cooperativo dessas pessoas no atendimento odontológico, sendo esta a característica principal dessa classe. O comportamento solícito dos deficientes visuais durante o atendimento odontológico pode ser constatado nos trechos de falas a seguir:

“Já fui inúmeras vezes ao dentista, mas me recordo que a última vez foi no ano passado quando fui acompanhado do meu pai. O dentista aplicou a anestesia em mim, deu uma beliscadinha, mas foi uma dor suportável...”.

“... ele diz que é pra reforçar cada vez mais e eu não esquecer. Tenho o costume de ir 2 vezes por ano no dentista e felizmente nunca tive nenhuma cárie...”.

Segundo Caldas Júnior e Machiavelli²⁵, alguns cuidados simples podem influenciar positivamente os pacientes e torná-los ainda mais colaborativos no atendimento odontológico, tais como: Reduzir o tempo de espera o máximo possível, evitar atendimentos demorados, tentar abafar os ruídos (alta rotação e sugador), evitar odores fortes (medicamentos, etc.) e evitar movimentos bruscos.

ANÁLISE DE SIMILITUDE

A análise de similitude processada pelo software IRAMUTEQ possibilitou identificar as inter-relações entre as palavras e o seu resultado trouxe indicações das conexões entre elas, nesse sentido, auxiliando na identificação da estrutura da representação das pessoas participantes do estudo.

A partir do resultado apresentado na Figura 2 pode-se perceber que as palavras com maior destaque foram justamente aquelas que tiveram uma maior frequência em todo o corpus. Assim, observa-se que as palavras “dentista” e “ir” foram as que tiveram maior expressividade, ou mais força nas expressões textuais nos discursos dos entrevistados. Em segundo plano apareceram os termos “fazer”, “ser”, “ter”, “estar”, “não” e “dente” que surgiram a partir de ramificações das palavras principais.

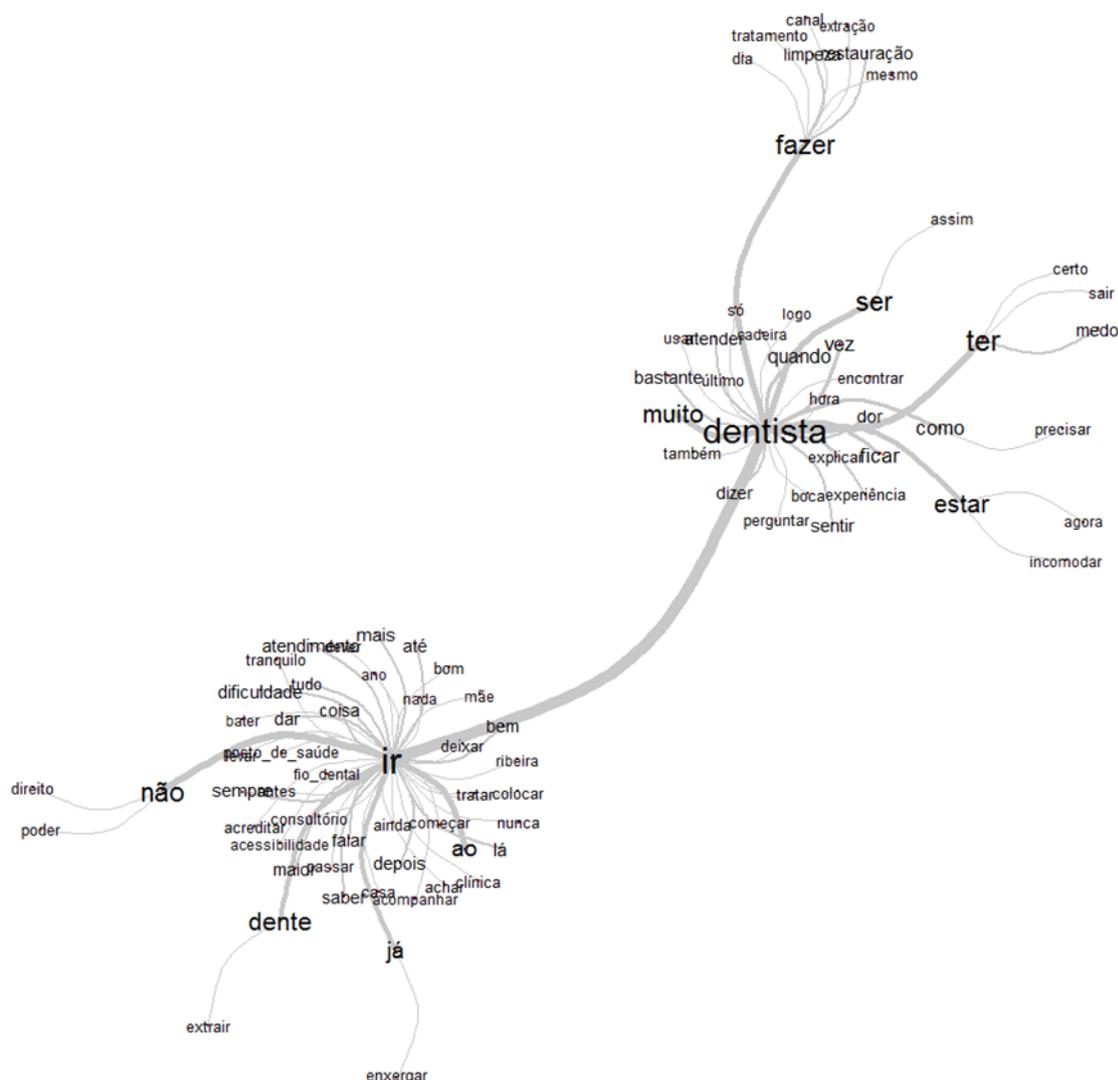


Figura 2: Árvore máxima obtida através da análise de similitude do corpus “Percepção dos deficientes visuais em relação ao atendimento odontológico”. Natal-RN, 2015

No que diz respeito ao termo “dentista”, podemos perceber que está intimamente relacionado com as experiências vivenciadas pelos deficientes visuais no consultório odontológico. Já a palavra “Ir” (ao dentista) se refere às principais dificuldades enfrentadas por essas pessoas para buscarem o atendimento odontológico, sejam dificuldades de acesso, de locomoção, financeiras, de temores ao tratamento, dentre outras.

esclarecer à esses indivíduos como se dá esse processo, quais os alimentos considerados cariogênicos e como realizar a correta higienização dos dentes. Ademais, há a necessidade de ensinar e motivar essas pessoas a utilizarem adequadamente os insumos de higiene oral, inclusive o fio dental, tendo em vista que esse é um importante aliado na remoção do biofilme dos espaços interdentais. Assim, a educação em saúde bucal proporcionaria um ganho substancial em qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando-se que as experiências vivenciadas no consultório odontológico por esses indivíduos são as mais diversas, percebeu-se que a acessibilidade e a falta de habilidade de alguns profissionais em atenderem a uma pessoa com deficiência são fatores que interferem diretamente no bom andamento do atendimento odontológico. Dessa forma, seria de extrema importância à adoção de medidas de acessibilidade (construção de rampas, corrimões, pisos táteis, etc.) para atender as necessidades dessa população, como também uma melhor capacitação dos profissionais para melhorar a interação com esses pacientes.

Os sentimentos de nervosismo e ansiedade também foram amplamente citados pelos deficientes visuais do estudo. Nesse sentido, cabe ao cirurgião-dentista acalmar o paciente e tentar minimizá-los. Assim, uma boa comunicação deverá estabelecer a confiança do paciente no profissional, como também reduzir a ansiedade e nervosismo desses pacientes antes e durante o atendimento odontológico. Um bom relacionamento entre o profissional e o paciente é desejável, uma vez que o paciente sente-se mais seguro e ancorado na situação de tratamento. Já o dentista pode usufruir de um paciente mais tranquilo e relaxado, o que facilita a execução do procedimento.

Percebeu-se que uma minoria teve experiência positiva do atendimento odontológico, o que pode ser explicado devido a experiências anteriores agradáveis, nas quais o profissional estava capacitado para atender aos deficientes visuais e o paciente apresentava-se devidamente condicionado, o que contribuiu de forma satisfatória na incorporação de hábitos saudáveis e valorização da saúde bucal.

Os equívocos relativos ao conhecimento odontológico poderão ser superados pela criação de materiais educativos direcionados à essa clientela, pelo acesso à informação para enfrentamento das suas ansiedades e estímulo ao autocuidado. Paralelamente, a equipe de saúde bucal deve se capacitar para atender desse segmento, entendendo que pacientes com necessidades especiais exigem habilidades diferenciadas, além de maior sensibilidade e conhecimento adequado por parte do dentista.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Documento subsidiário à política de inclusão. Brasília: MEC; 2005.
2. Aranha MDF. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. Rev MPT.2001; 11(21): 160-173. Acessado em 14 set. 2014].Disponível em: http://www.centroruibianchi.sp.gov.br/usr/share/documents/08dez08_biblioAcademico_paradigmas.pdf
3. Silveira ADS, Trigueiro, RPC, Costa ICC. Inclusão social e saúde oral. O Desafio de motivar pacientes invisuais. In: Almeida CM, Barros L. Promoção da saúde oral: contributos para a organização e aplicação de programas. Portugal: Coisas de Ler; 2008. p. 205-218.
4. Maciel MRC. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. São Paulo Perspec. 2000; 14(2): 51-56, 2000. [Acesso em: 02 ago. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008
5. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Baixa normas sobre anuncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização [Acesso em: 02 ago. 2014]. Disponível em: <http://cfo.org.br/legislacao/normas-cfo-cros/ato-normativo/?id=378>.
6. Craft DH, Llebermean, L. Deficiência visual e surdez. In: Winnick JP. Educação física e esportes adaptados. Barueri: Manole; 2004. p.181-205.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Resultados Gerais da Amostra: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência[Acessado em: 17 ago. 2014. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>.
8. Cericato, G. O. Educação em saúde bucal em portadores de necessidades especiais: um estudo de caso em deficientes visuais[dissertação]. Universidade Federal de Santa Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007[Acessado em: 04 ago. 2014]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90353/246947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Bonatti FAS. Desenvolvimento de equipamento de auxílio à visão subnormal. Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(2):221-6. [Acessado em: 12/set./2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n2/29069.pdf>.
10. Golin AF. O trabalhador portador de deficiência visual[dissertação] 2003. 102 f. - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis Universidade Federal de Santa Catarina; 2003 [Acessado em: 12 set. 2014]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/85991/198581.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Jaccarino J. Vision impairment: treating the special needs patient with a sensory disability. Dent Assistant 2009; 78(4): 8-10, 30-33. [Acessado em: 12 set 2014]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=acea1f41-7489-4a74-bb2e-1bcee4555cae%40sessionmgr111&vid=1&hid=118>.
12. Costa FOC. Desenvolvimento de uma metodologia para educação em saúde bucal para deficientes visuais utilizando tecnologia da informação [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010 [Acesso em: 20/Set/2014]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93797/280909.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
14. Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Rev PMKT. 2009; (3):20-27.
15. Fernandes AMR, Costa FOC, Lamha APSF, Moreira DS. Ensinando saúde bucal para deficientes visuais através de uma ferramenta web. In: Anais 18º Workshop de Informática na Educação; 26 a 30 nov 2012; Rio de Janeiro, p. 1-10.
16. Goulart ACF, Vargas AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Arq Odontol.1998; 34(2):107-19.
17. Souza Filho MD Nogueira SDM, Martins MCC. Avaliação da saúde bucal de deficientes visuais em Teresina-PI. Arq. Odontol. 2010; 45(2): 66-74.
18. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1699-1707
19. Silva SRC.; Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública.2001; 35(4): 349-355.
20. Barreira AK, Anjos ACV, Soares CD, Vianna DC, Alves AC; Rocha MCDS. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. Rev Fac Odontol Univ Fed.Bahia. 1997; (16/17): 13-20.
21. O'Donnell D. Barriers to dental treatment experienced by a group of physically handicapped adults in Hertfordshire, England. Quintessence Int.1985; 16(3): 225, 1985.
22. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. Rev Saúde Pública. 2003; 37(6): 786-792
23. Poulton RW, Thomson WM, Davies S, Kruger E, Brown RH, Silva P. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. Behav Res Ther. 1997; 35(4): 327-334, 1997
24. Dougal A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. Communication. Br Dent J. 2005; 205(1): 11-21[acessado em 04 ago 2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=44789c45-554a-4e47-88b1-d6b39f677342%40sessionmgr110&vid=1&hid=118>.
25. Caldas Junior AF, Machiavelli JL (Organizadores). Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal. Recife: Ed. Universitária; 2015.