CLAUDIA BARBOSA PEREIRA

**Percepção sobre a educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas
especiais de São Paulo**

São Paulo

2010

CLAUDIA BARBOSA PEREIRA

**Percepção sobre a educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas
especiais de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Patologia Bucal

Orientadora: Profa. Dra. Karem López Ortega

São Paulo

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Pereira, Claudia Barbosa

Percepção sobre a educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas especiais de São Paulo / Claudia Barbosa Pereira; orientador Karem López Ortega. -- São Paulo, 2010.

103p. : fig., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Patologia. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Surdo – Estratégia da comunicação – Saúde bucal. 2. Paciente especial – Língua Brasileira Sinais – Saúde bucal. 3. Patologia bucal. I. Ortega, Karem López. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Pereira CB. Percepção sobre a educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas especiais de São Paulo. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovado em ____/____/2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Gabriela e Gustavo, pela paciência e colaboração nos momentos em que estive ausente para a realização deste estudo.

Aos meus pais, Marly e Pedro, que me proporcionaram conviver com a diversidade desde pequena, e isto sem dúvida fez toda a diferença.

Ao Dirceu, meu companheiro e amigo que me apoiou durante todo este estudo.

Aos integrantes da comunidade surda, que me fizeram enxergar suas reais necessidades.

A todos os pacientes com déficits sensoriais auditivos que cruzaram o meu caminho, e me ensinaram a desvendar o mundo do silêncio.

Aos meus amigos que me apoiaram e não se afastaram neste período, e souberam compreender a importância que dediquei a este estudo.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora **Karem López Ortega** pela orientação, paciência e amizade constituídas ao longo do tempo. Agradeço o apoio e compreensão nos momentos difíceis que enfrentei durante o tempo que durou este estudo. Um infinito obrigado!

A **Profa. Dra. Marina H. C. G. de Magalhães** que com grande carinho me recebeu em seu centro. Muito obrigada por toda orientação, ajuda e acima de tudo por todas as oportunidades oferecidas.

A **Sandra, Gil, Jeane, Cris e Andressa** pela ajuda constante e pelo grande carinho. Obrigada por tudo!

Aos **professores da Disciplina de Patologia Bucal** por toda ajuda e pelo aprendizado ao longo destes anos.

A **todos os funcionários do CAPE** que contribuíram de forma significativa para realização deste estudo.

A todas as escolas que com boa vontade tornaram possível a realização deste estudo.

A Alessandra pelo apoio e incentivo durante a finalização deste estudo.

A todos os componentes do grupo GOAPE pela parceria na realização de um sonho.

Ao **CNPQ** pelo apoio financeiro.

***“Fico feliz que me dêem crédito por algo que agrada aos outros e melhora os seus dias,
se cada um no seu ofício for capaz de criar algo que mude alguma coisa na vida das
pessoas, seja construir uma biblioteca, mostrar a importância de lavar as mãos na hora
certa ou ensinar a cuidar dos dentes, já terá dado a sua cota revolucionária para a
humanidade”.***

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Pereira CB. Percepção sobre a educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas especiais de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

A educação em saúde odontológica depende da comunicação, que garanta de fato o conhecimento e adoção das medidas preventivas no cotidiano das crianças, sendo de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação à doença, priorizando a promoção de saúde. Os programas educativos estão previstos na Política Nacional de Saúde Bucal e devem contemplar o acesso universal a todos os cidadãos. Neste contexto é necessário reconhecer o preparo dos profissionais de odontologia quanto às práticas de comunicação e informação utilizadas para desenvolver hábitos adequados de manutenção da saúde bucal com pacientes com perda de audição. A perda auditiva é um déficit sensorial muito comum e causa grande desvantagem de comunicação. A falta de comunicação leva à desigualdades no acesso à saúde e o desconhecimento sobre cuidados com a saúde bucal representa um fator a ser considerado. Este estudo se propôs a avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de pais e professores em escolas especiais de educação para crianças surdas que se comunicam através da Língua Brasileira de Sinais (Libras), e o conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre as questões relacionadas às estratégias de comunicação com pacientes surdos. A conclusão deste estudo enfatiza a necessidade de programas educativos que contemplem as especificidades de uma criança surda através de parcerias estabelecidas entre a escola, pais e o cirurgião-dentista, para garantir uma comunicação efetiva e a aquisição do conhecimento sobre saúde bucal.

Palavras-chave: Educação. Saúde bucal. Surdo. Libras. Pacientes especiais.

ABSTRACT

Pereira CB. Perception about the oral health education provided to deaf children in special schools of São Paulo [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Oral health education depends on communication that can indeed ensure understanding and adoption of preventive measures on the day-to-day of children, and it is extremely important to change attitudes in relation to diseases, prioritizing the promotion of health. Educational programs are included in the National Oral Health Policy and should focus on universal access to all citizens. In this context, it is necessary to recognize how dental professionals are prepared in the practices of communication and information used to develop suitable habits to maintain the oral health of patients with hearing loss. Hearing loss is a very common sensorial deficit and causes major impairment to communication. Lack of communication leads to inequalities in access to health and unawareness about oral health can be a factor to be considered. This study aimed at assessing the knowledge of parents and teachers about oral health in special schools of education for deaf children that communicate in Libras (Brazilian Sign Language), and dentists' understanding of issues related to communication strategies with deaf patients. The conclusion of this study emphasizes the need for educational programs that can contemplate the specificities of a deaf child by means of partnerships established between the school, parents and dentists, so as to ensure effective communication and the acquisition of knowledge on oral health.

Keywords: Hearing impairment. Deaf. Brazilian Sign Language. Special patients.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -Total de questionários distribuídos e devolvidos por escola pesquisada	40
Tabela 5.2 – Idade das crianças surdas que estudavam nas escolas pesquisadas	41
Tabela 5.3 – Idade dos responsáveis pelas crianças surdas que estudavam nas escolas pesquisadas	42
Tabela 5.4 – Idade da primeira visita das crianças surdas ao dentista	43
Tabela 5.5 – Motivo da primeira visita das crianças surdas ao dentista.....	44
Tabela 5.6 – Comportamento da primeira visita das crianças surdas ao dentista	46
Tabela 5.7 – Dificuldades apontadas pelos responsáveis quanto ao atendimento odontológico da criança surda.....	46
Tabela 5.8 – Opinião dos pais de crianças surdas sobre “medo de dentista” de seus filhos	47
Tabela 5.9 - Informação sobre apresentação do consultório odontológico equipamentos pelos dentistas às crianças surdas	47
Tabela 5.10– Informação sobre apresentação de imagens sobre saúde bucal pelos dentistas às crianças surdas	47
Tabela 5.11– Informação sobre quem ensinou a criança surda sobre saúde bucal	48
Tabela 5.12 - Informação sobre a importância de um vídeo sobre saúde bucal em Libras	48
Tabela 5.13 - Informação sobre quantidade de vezes que a criança executava higiene dental ao dia.....	49

Tabela 5.14 - Informação sobre auxílio recebido pela criança surda para execução de escovação dental	49
Tabela 5.15 - Informação sobre a utilização de bochechos fluoretados pela criança surda	49
Tabela 5.16 - Como os pais descreviam sua saúde bucal	50
Tabela 5.17 - Quando havia sido a última visita ao dentista dos tratadores (pais e/ou mães) da criança surda	50
Tabela 5.18 – Auto-avaliação das condições de saúde bucal de pais de crianças surdas	50
Tabela 5.19 - Impressão de pais de crianças surdas sobre a adequação da técnica de escovação utilizada por eles	50
Tabela 5.20 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a aquisição e atualização no conhecimento sobre saúde bucal de pais de crianças surdas	51
Tabela 5.21 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a aquisição e atualização no conhecimento sobre saúde bucal de pais de crianças surdas.....	52
Tabela 5.22 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre técnicas utilizadas pelos pais de crianças surdas para cuidar dos dentes e boca	52
Tabela 5.23 – Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre técnicas utilizadas pelos pais de crianças surdas para cuidar dos dentes e boca.....	53
Tabela 5.24 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre como evitar a cárie.....	54
Tabela 5.25 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre como evitar a cárie.	55

Tabela 5.26 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre os fatores que causam a doença periodontal	55
Tabela 5.27 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre os fatores que causam a doença periodontal	55
Tabela 5.28 - Idade do professores de crianças surdas que participaram da pesquisa	56
Tabela 5.29 - Formação dos professores de crianças surdas que participaram da pesquisa	57
Tabela 5.30 – Cursos em que os professores de crianças surdas que participaram da pesquisa relataram ter graduação	57
Tabela 5.31 – Tempo de formado que os professores de crianças surdas que participaram da pesquisa relataram	57
Tabela 5.32 – Conhecimento e informação dos professores de crianças surdas sobre saúde bucal	58
Tabela 5.33 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie.....	59
Tabela 5.34 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie	59
Tabela 5.35 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie	60
Tabela 5.36 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie	60
Tabela 5.37 - Opinião dos professores de crianças surdas sobre sua saúde bucal.....	60

Tabela 5.38 - Relato dos professores de crianças surdas sobre sua última consulta odontológica	61
Tabela 5.39 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre cuidados com dentes e boca	61
Tabela 5.40 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre cuidados com dentes e boca	62
Tabela 5.41 - Auto-avaliação dos professores de crianças surdas sobre sua higiene bucal	62
Tabela 5.42 - Auto-avaliação dos professores de crianças surdas sobre a adequação da técnica de escovação empregada	63
Tabela 5.43 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a obtenção de informações pelos professores de crianças surdas sobre higiene bucal	63
Tabela 5.44 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a obtenção de informações pelos professores de crianças surdas sobre higiene bucal	64
Tabela 5.45 - Idade dos cirurgiões dentistas que participaram da pesquisa	65
Tabela 5.46 - Tempo de formado dos cirurgiões dentistas (em anos)	66
Tabela 5.47 - Tipo de vínculo empregatício do cirurgião dentista	66
Tabela 5.48 - Região de São Paulo em que trabalhava o cirurgião dentista.....	67
Tabela 5.49 - Grau de escolaridade dos cirurgiões dentistas	67

Tabela 5.50 – Tipos de curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) relatado pelos dentistas e área	68
Tabela 5.51 - Frequência com que o cirurgião dentista declarou atender pacientes surdos ou com perda de audição	68
Tabela 5.52 – Percepção do cirurgião dentista quanto ao atendimento de pacientes surdos	69
Tabela 5.53 – Auto-avaliação do cirurgião dentista de seu conhecimento ao atender pacientes surdos	69
Tabela 5.54 - Treinamento ou instruções recebidos pelos cirurgiões dentistas antes de começar a atender pacientes surdos	69
Tabela 5.55 - Nível acadêmico em que os cirurgiões dentistas receberam treinamento ou instruções antes de começar a atender pacientes surdos	70
Tabela 5.56 – Identificação, por parte do cirurgião dentista, de sinalizações e métodos que facilitem o atendimento do paciente surdo em seu ambiente de trabalho	70
Tabela 5.57 - Informação sobre estratégias de comunicação com pacientes surdos recebidas pelo cirurgião dentista	71
Tabela 5.58 – Identificação dos locais onde o cirurgião dentista recebeu informação sobre estratégias de comunicação com pacientes surdos	71
Tabela 5.59 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre formas com as quais o cirurgião dentista comunica-se com o paciente surdo).....	72
Tabela 5.60 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre formas com as quais o cirurgião dentista comunica-se com o paciente surdo).....	72
Tabela 5.61 – Conhecimento sobre a oficialização da língua de sinais no Brasil, para a comunicação com pessoas surdas	73

Tabela 5.62 – Onde adquiriu o conhecimento sobre a oficialização da língua de sinais no Brasil, para a comunicação com pessoas surdas	73
Tabela 5.63 – Conhecimento sobre a existência de lei que exige a capacitação de profissionais em libras e interpretes para o atendimento a pessoas surdas em serviços públicos	74
Tabela 5.64 – Onde o cirurgião dentista recebeu a informação sobre a existência de lei que exige a capacitação de profissionais em libras e interpretes para o atendimento a pessoas surdas em serviços públicos.....	74
Tabela 5.65 – Opinião do CD sobre se o conhecimento da língua de sinais poderia ajudar no atendimento de pacientes surdos	75

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CA	Cárie
CAD	Cárie dental
CD	Cirurgião - dentista
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DA	deficiência auditiva
DAC	Deficiência auditiva condutiva
DAM	Deficiência auditiva mista
DAS	Deficiência auditiva sensorial
dB	Decibéis
DECE	Deficiência auditiva central
DP	Doença periodontal
HB	Higiene bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LL	Leitura labial
LS	Língua de sinais
Libras	Língua brasileira de sinais
MOD	Má oclusão dentária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Perda auditiva
PANS	Perda auditiva não síndrômica
PAS	Perda auditiva síndrômica
PNE	Pacientes com necessidades especiais
SB	Saúde bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Política Nacional de Saúde Bucal	18
2.2 Educação em Saúde Bucal.....	19
2.3 Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	20
2.4 Deficiência Auditiva e Surdez	21
2.5 Atenção Odontológica ao Paciente Surdo e Estratégias de Comunicação	24
2.5.1 Leitura Labial.....	27
2.5.2 Língua de Sinais.....	27
2.5.3 Intérpretes de Língua de Sinais.....	29
2.5.4 Histórico da Língua de Sinais.....	29
2.5.5 As Conquistas da Comunidade Surda e o Panorama Atual.....	32
3 PROPOSIÇÃO	36
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 Desenho do Estudo.....	37
4.2 População e Amostra do Estudo	37
4.3 Metodologia	38
4.4 Análise dos Dados	39
5 RESULTADOS.....	40
5.1 Respostas Obtidas no Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para Pais”	40
5.2 Respostas Obtidas no Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para Professores”	55
5.3 Respostas Obtidas no “Questionário sobre Comunicação com Pacientes Surdos (para Dentistas)”	64
6 DISCUSSÃO	75
7 CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS	95
APÊNDICES	103

1 INTRODUÇÃO

A odontologia atualmente apesar dos avanços tecnológicos tem evidenciado uma mudança no processo de saúde e doença, embasada na necessidade de políticas públicas que atendam às necessidades da população e na humanização do conceito de cuidado (Brasil, 2004).

A cárie (CA), doença periodontal (DP) representam os agravos mais frequentes da população brasileira, sendo a CA a patologia oral mais comum em crianças (Brasil, 1989).

A CA é uma doença infecciosa de natureza multifatorial que se inicia na infância, podendo aumentar de intensidade e prevalência de acordo com as condições do ambiente bucal de cada hospedeiro (Vicente et al, 2008).

As pesquisas que avaliam os índices de saúde bucal (SB) revelam que no Brasil a prevalência da doença CA ainda é alta, devido às condições sociais e econômicas da população. E os levantamentos epidemiológicos que avaliam os índices de problemas de SB, realizados pelo Ministério da Saúde em 1996, revelaram que a cárie dental (CAD) mostrou uma redução significativa na população estudada, atingindo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto essa redução não é uniforme nem homogênea no território brasileiro (Pauleto et al., 2004).

O conhecimento de doenças da cavidade bucal, que exijam medidas preventivas e efetivas na formação de hábitos saudáveis na infância, será levado até a idade adulta, e a participação dos pais e professores é fundamental dentro de uma proposta de promoção de saúde (Lisboa; Abegg, 2006; Vellozo et al., 2008).

Muitas medidas preventivas permitem combater a CA e a DP, sendo que a higiene bucal (HB), o uso de flúor e a alimentação não-cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos (Pinto 2000; Almas et al., 2003; Barroso et al., 2006).

Educar em saúde, segundo Vasconcelos (2001), é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência desses problemas e busquem soluções. A educação deve estar

baseada no diálogo, na troca de experiências, fazendo uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

O desconhecimento sobre cuidados necessários de HB representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (Pauleto et al., 2004).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), as ações estabelecidas nos programas educativos na área de SB devem promover o acesso universal e acolhimento de todo cidadão.

É importante salientar que a educação em saúde odontológica depende da comunicação, que garanta de fato o conhecimento e adoção das medidas preventivas no cotidiano das crianças. Portanto, é necessário reconhecer também o preparo dos profissionais da odontologia quanto às práticas de comunicação e informação utilizadas para desenvolver hábitos adequados de manutenção da saúde bucal com pacientes com perda de audição.

Muitos profissionais da área médica acreditam que a leitura labial e anotações escritas são suficientes para uma comunicação efetiva com pacientes surdos, que não conseguem compreender completamente a língua falada e a língua escrita, mesmo os que utilizam a língua de sinais, que possui uma estrutura gramatical mais simplificada com menor vocabulário (Alsmark et al., 2007).

É preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal (Pauleto et al., 2004).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Política Nacional de Saúde Bucal

A Divisão Nacional de Saúde Bucal, órgão da Secretaria Nacional e a Coordenadoria de Supervisão e auditoria de Odontologia do Inamps elaboraram, em 1989, a Política Nacional de Saúde Bucal, visando atender às pesquisas observadas na realidade brasileira, além do limitado acesso da população aos serviços disponíveis (Brasil, 1989).

Segundo as metas estabelecidas pela OMS para o ano de 2010 em relação à saúde bucal, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado - deve estar abaixo de 1.0. Atualmente, dados estatísticos do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde) mostram que a prevalência do CPOD aos 12 anos de idade passou de 6.0 em 1986, para 2.1 em 1996 e 2.3 em 2003, somente para região sudeste (Brasil, 2004).

Valores elevados refletem más condições de SB em uma população determinada, e normalmente estão vinculados a condições sócio-econômicas desfavoráveis, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, maus hábitos de higiene e alto consumo de açúcares (Lisboa; Abegg, 2004).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) apontam para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, e o conceito de cuidado assume uma conotação mais ampla, contribuindo para uma proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. A responsabilidade dos serviços e dos trabalhadores da saúde, esta pautada em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada paciente.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) elaborou o Programa Brasil Sorridente que reúne uma série de ações voltadas à saúde bucal de todos os cidadãos, como a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal,

por meio da estratégia Saúde da Família, implantação de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além da viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (Brasil, 2004).

A ampliação do acesso aos serviços odontológicos contemplada na Política Nacional de Saúde bucal, já visa o atendimento de portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (Brasil, 2004).

2.2 Educação em Saúde Bucal

Os conteúdos de educação em SB devem ser pedagogicamente trabalhados, podendo ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve-se observar a lei federal nº 9394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde. As ações devem visar a apropriação da informação necessária ao autocuidado (Brasil, 2004).

Durante a infância, época decisiva na construção de hábitos e atitudes, a escola assume um papel importante no desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo (Antunes et al., 2006; Vellozo, 2008). Os valores, em seus diferentes aspectos, expressados na escola, geralmente são adquiridos pelas crianças na sua vivência diária. Os profissionais do ensino fundamental, de 1ª a 4ª séries, desempenham um importante papel nesse contexto, por estarem atuando diretamente com crianças em processo de formação intelectual e desenvolvimento de condutas (Medeiros et al., 2004; Vellozo et al., 2008).

Os programas de Educação em Saúde são importantes porque levam os indivíduos a terem informação e uma atitude participativa nas ações educativas, obtendo assim melhorias na suas condições de saúde, na qualidade de vida e consequentemente no resgate de sua cidadania (Hilger et al., 1999; Pauleto et al., 2004).

Por esta razão a escola tem sido considerada um local ideal para o desenvolvimento de programas de SB, devido à responsabilidade de educar para a saúde (Lisboa; Abegg, 2006; Vellozo et al.,2008).

A educação em SB tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo (Pauleto et al., 2004) e deve ser definida segundo os grupos populacionais, tipos de serviços, danos, recursos humanos, modalidades de organização e financiamento do setor (Brasil, 1989).

2.3 Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

Um aspecto importante a ser considerado dentro do novo conceito de odontologia humanista, que abrange o ser integralmente analisando seus medos, comportamentos e anseios, é considerar o paciente com “deficiência”. Segundo a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, ou Convenção de Guatemala, “deficiência” significa uma restrição física mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social (Sassaki, 2003).

A odontologia para pacientes com necessidades especiais (OPNE) foi reconhecida como especialidade segundo a 2ª Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO), em setembro de 2001 pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2006).

O atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais (PCE) tem como objetivo atender todo indivíduo que apresenta desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica (sistêmica), emocional e/ou social e que, por isso, necessita de cuidados especiais por uma parte de sua vida ou por toda ela.

Esta nova especialidade contribui com a Resolução da ONU de 1990, que estabelece uma mudança no foco da deficiência, com conscientização de ações com propósito de concluir com êxito uma sociedade para todos por volta de 2010, e

diversas leis e decretos foram regulamentados para a inclusão dos pacientes com necessidades especiais no atendimento público (Favero, 2004).

Muitos estudos têm surgido nesta área revelando que os PNE apresentam um grau de cuidados dentários não atendidos muito maior que a população em geral. Este fato pode estar associado a diversos fatores, entre eles, o acesso reduzido à assistência à saúde para este setor da população, incluindo barreiras financeiras, sociais, físicas e a relação direta entre a deficiência mental, ansiedade e a incapacidade de cooperação dos indivíduos (Faulks; Hennequin, 2000).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia (2002) dos cursos de graduação na área da saúde recomendam que a atuação profissional envolva compromisso social, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, gerenciamento e comunicação (Almeida, 2003).

Embora a comunicação com pacientes tenha papel fundamental na determinação e gerenciamento do diagnóstico, alguns estudos revelam que pouca atenção é dada a ensinar estudante e médicos as habilidades necessárias para facilitar a comunicação com pacientes que apresentam perda de audição (Barnett, 2002). E como consequência da falta de comunicação os indivíduos com PA são excluídos de vários contatos sociais e oportunidades de aprender.

Apesar de poucos trabalhos científicos conduzidos na área de SB (Manley; Leith, 1986), os autores Oredugba (2004) salientam o baixo nível de higiene e baixa utilização de serviços odontológicos dos pacientes com deficiência auditiva (DA).

2.4 Deficiência Auditiva e Surdez

A perda auditiva (PA) pode resultar do efeito de agentes teratogênicos (Nakata, 2006) nas condições pré-natal, perinatal e pós-natal, sendo a rubéola materna, a causa mais provável da surdez congênita, no primeiro trimestre de gestação. A surdez perinatal é freqüentemente associada à hiperbilirrubinemia como causa da incompatibilidade entre a mãe e o feto; a surdez pós-natal está associada freqüentemente à infecções virais, como a meningite. Traumas, acidentes e febres altas também podem ser responsáveis por algumas condições de surdez pós-natal,

mas os relatos médicos indicam que muitas crianças surdas apresentam o histórico da doença com causa desconhecida (Manley; Leith, 1986; Kim et al., 2000).

A perda auditiva não sindrômica (PANS) refere-se a perda auditiva isolada, ou seja, sem associação a outras anomalias congênitas. Quando a PA está associada a outros sintomas, é referida como perda auditiva sindrômica (PAS), e o diagnóstico etiológico nem sempre é fácil de ser estabelecido em função de sua grande heterogenicidade, e por esta razão a literatura aponta que seja mesmo comum nas referências de que cerca de 25 a 50% das crianças não tenham determinada a etiologia da DA, sendo portanto, de causa desconhecida (Godinho, 2003).

O estudo de Nakata (2006) cita que o levantamento em banco de dados realizado mostrou 680 síndromes associadas à DA, com variadas frequências, tipos e graus. Este fato denota um avanço nas pesquisas sobre PA que se beneficiaram com o projeto Genoma Humano e a Biologia Molecular.

Segundo Tunis e Dixter (1979), a etiologia dos problemas de audição deveriam, quando possível, ser estabelecidos para alertar o dentista sobre possíveis anomalias dentárias. Muitas síndromes como Treacher-Collins, Goldenhar, Crouzon Apert, Síndrome de Down, e Disostose cleidocranial demonstram anormalidades craniofaciais e auditivas. A PA como resultado da otite media recorrente foi encontrada em mais de 90% de pacientes com fendas palatinas. Certamente, segundo o autor, a PA e/ou otite media recorrente pode ser o sintoma guia no diagnóstico de fenda palatina submucosa. A incidência de PA em pacientes com paralisia cerebral foi citada em aproximadamente 20% dos casos.

Barnett relatou em 2002, que a prevalência da PA é maior que a de problemas cardíacos, asma ou diabetes, doenças que são bem cobertas pelo currículo médico, porém pouca atenção é dada a ensinar estudantes e residentes médicos as habilidades necessárias para facilitar a comunicação com pacientes surdos.

Segundo dados do Censo Demográfico 2000, divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000), 14,5% ou 24,5 milhões de pessoas no Brasil possuem alguma deficiência, sendo que a DA abrange 16,7% ou 5,7 milhões de brasileiros, e desses aproximadamente um milhão apresentam surdez severa, sendo incapazes de ouvir (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

Em termos audiológicos, indivíduos com DA possuem um nível de perda de audição medido em decibéis, sendo incapazes de compreender a fala

completamente em níveis normais de conversação, dependendo do grau da PA. Tecnicamente, considera-se que a DA é a perda parcial ou total bilateral, de 25 (vinte e cinco) decibéis (dB) ou mais, resultante da média aritmética do audiograma, aferida nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000H (Lo Cascio et al., 1985; Cecatto et al., 2003).

As diferenças entre as nomenclaturas “deficiente auditivo” e “surdo”, utilizadas de modo inadequado, sem respeitar suas particularidades, contribuíram para a mudança na legislação brasileira. De acordo com Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta a Lei nº 10.436, de 2002, no Capítulo I, das Disposições Preliminares, estabelece no Artigo 2º e Parágrafo único (Brasil, 2005):

- Deficiente auditivo: “considera-se deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.”

- Surdo: “Considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)”.

A PA pode ser classificada em condutiva, sensorineural, central ou mista; uni ou bilateral; simétrica ou assimétrica; sindrômica ou não sindrômica; congênita, peri ou pós natal; genética ou não genética; pré-lingual, peri-lingual ou pós-lingual, segundo citam os autores Novaes, 1997 e Cecatto et al., 2003.

A PA pode ser classificada, conforme os seguintes critérios:

A) O momento em que ocorre

- Pré-natal – se ocorre durante a vida gestacional
- Peri-natal – se ocorre durante o nascimento
- Pós-natal – se ocorre após o nascimento

B) A origem do problema

- Hereditária
- Não hereditária

C) O local onde ocorre

- Deficiência auditiva condutiva (DAC): qualquer interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até

a orelha interna (cóclea). Geralmente causadas por afecções de orelha externa e/ou interna. A grande maioria das DAC pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico.

- Deficiência auditiva sensorioneural (DAS): ocorre quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da cóclea ou do nervo auditivo. Esse tipo de deficiência auditiva é irreversível.
- Deficiência auditiva mista (DAM): ocorre quando há uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associado à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo.
- Deficiência auditiva central (DAC): decorre de alterações nos mecanismos de processamento da informação no tronco cerebral (sistema nervoso central).

D) O grau de deficiência auditiva

- Normal – de 0 a 25 dB
- Leve – de 26 a 40 dB
- Moderada – de 41 a 55 dB
- Severa – de 56 a 70 dB
- Profunda – 71 dB

2.5 Atenção Odontológica ao Paciente Surdo e Estratégias de Comunicação

Alguns autores já descreveram atitudes diferenciadas e dispositivos para facilitar o atendimento odontológico de crianças surdas, enfatizando a importância da anamnese adequada e completa para o tratamento odontológico (Tunis; Dexter, 1979; Hector; Gelbier, 1989). Os dispositivos visuais, como livros ilustrados para crianças, gravuras, periódicos, que possibilitem ao paciente visualizar o ambiente odontológico e os procedimentos, auxiliam a compreensão visual, e fazem parte das

estratégias utilizadas. Os instrumentos e equipamentos devem ser apresentados e demonstrados à criança com maior ênfase em contatos visuais (Tunis; Dexter, 1979; Novaes, 1997; Alsmark, 2007).

O atendimento odontológico de pacientes surdos deve incluir a preocupação dos profissionais em olhar diretamente para o paciente e falar pausadamente, evitando o uso de gírias, para facilitar a leitura labial (Jeffery; Austen, 2005; Garbin et al., 2008).

Os ruídos e sons que forem indispensáveis ao atendimento odontológico devem ser evitados sempre que possível, para que não causem maior desconforto ao paciente. Os indivíduos devem ser orientados a retirar os aparelhos auditivos, quando o profissional cirurgião-dentista utilizar micromotores, alta-rotação e sugadores, para que não amplifiquem o som (Hector; Gelbier, 1989; Champion; Holt, 2000).

Novaes em 1997, através de um programa de atenção à saúde bucal para pacientes com perda auditiva, baseado em recursos didáticos, como projeção de slides, álbuns e desenhos, verificou que a deficiência em si, pela dificuldade de comunicação, não é um fator predisponente ao aparecimento de cárie dentária, visto que os índices encontrados pouco diferiram daqueles referentes à crianças ouvintes de mesma faixa etária. No entanto, sugere a necessidade de uma programação para o atendimento destes pacientes, dividindo-os em grupos específicos de acordo com suas limitações.

Champion e Holt (2000) avaliaram as dificuldades relatadas por pacientes surdos em consultas médicas e odontológicas, e em ambas as situações todos os responsáveis pelos pacientes envolvidos relataram ter tido ao menos uma experiência desagradável durante as consultas pela dificuldade de comunicação. As dificuldades foram mais citadas por crianças com surdez profunda em relação as que apresentavam perda auditiva menos severa. Entre as dificuldades relatadas, as mais freqüentes foram a utilização da máscara durante a comunicação e a amplificação de ruídos durante o atendimento.

O estudo de Garbin et al. (2008), avaliou a percepção sobre o atendimento de 27 pacientes surdos em consultórios odontológicos, através de questionários e nos casos de incompreensão das perguntas formuladas, foi utilizado um interprete com fluência em Libras. A conclusão do estudo revelou que 46,15% dos pacientes afirmaram haver sofrido discriminação, e destes 66,68% sinalizaram como causa a

dificuldade na comunicação. Os demais mencionaram a deficiência auditiva, a exclusão e a utilização da máscara durante o atendimento como causas da dificuldade no atendimento.

Segundo o estudo de Cardoso et al. (2006), sobre a percepção da pessoa com surdez profunda e ou severa acerca do processo de comunicação durante o atendimento em saúde, os participantes sinalizaram que os motivos que os levaram a procurar atendimento em saúde, os mais freqüentes foram tratamento dentário, seguido de dor de cabeça, dor de estômago, motivos relacionados a gravidez, aprender a falar, dor de ouvido e tosse.

Os autores Hector e Gelbier (1989) salientam também que não há razão para o paciente com déficit auditivo ser considerado “deficiente” dentro do contexto de cuidados odontológicos. Entretanto, para prevenir dificuldades, o dentista e sua equipe deveriam desenvolver maneiras necessárias para uma comunicação apropriada.

As estratégias de comunicação que funcionam com um paciente surdo vão depender do grau de educação deste paciente, seu histórico e linguagem primária. E para muitos surdos, particularmente aqueles que perderam a audição antes dos 3 anos de idade, a língua de sinais é o meio de comunicação principal (Borgstein, 2001; Barnett, 2002).

Segundo Barnett (2002) as pessoas com PA podem ser divididas em três categorias: (1) pessoas que tem dificuldade em ouvir, (2) pessoas surdas que se comunicam oralmente e (3) pessoas surdas que se comunicam primariamente utilizando a língua de sinais.

As diferentes estratégias utilizadas para comunicação com pacientes surdos, são: (1) leitura labial, (2) anotações, (3) dispositivos de telefone de texto (TTY) e telecomunicação (TTD), (4) língua de sinais e (5) interpretes de língua de sinais (Tunis; Dexter, 1979; Lo Cascio et al., 1985; Manley; Leith, 1986; Warner, 1986; Champion; Holt, 2000; Slaven, 2003; Jeffery; Austen, 2005).

2.5.1 Leitura Labial

A filosofia oralista baseada no ensino da língua oral preconizava a leitura labial (LL) como sendo um recurso também utilizado para comunicação com indivíduos com PA, porém frequentemente se assume que todos os surdos podem fazê-la, o que não corresponde á realidade (Jeffery; Austen, 2005; Alsmark et al., 2007). Apesar de alguns surdos utilizarem a LL, em situações com grande carga emocional, por exemplo, quando as pessoas estão com raiva ou com medo, a LL é particularmente difícil.

A LL é uma habilidade, que a maioria dos surdos congênitos não consegue desenvolver e mesmo um indivíduo com leitura labial bastante avançada, consegue entender apenas 30% a 40% dos sons falados através da observação dos lábios daquele que está falando (Mcaleer, 2006).

2.5.2 Língua de Sinais

No Brasil, a língua de sinais (LS) foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão, segundo informa a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 e esclarece (Brasil, 2002) :

- Parágrafo único: “Entende-se como Língua Brasileira de Sinais (Libras), a forma de comunicação e expressão, em que o sistema lingüístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil”.

A LS é considerada uma língua natural, única para cada país e difere da língua falada. A língua falada possui uma linguagem linear, onde uma palavra é produzida depois da outra, e a língua de sinais possui uma configuração viso-espacial, utilizando a modalidade do espaço tridimensional, na qual mais de um sinal pode ser produzido ao mesmo tempo em função da utilização das duas mãos (Cornes; Napier, 2005).

No levantamento bibliográfico feito por Quadros (2000), a autora cita que os estudos sobre a LS tiveram início com a língua de sinais americana, na década de 50, e as pesquisas posteriores que surgiram representam uma revolução social e lingüística apresentando perspectivas completamente diferentes do estatuto das línguas sinalizadas.

O processo das crianças surdas adquirindo língua de sinais ocorre em período análogo à aquisição da linguagem em crianças adquirindo uma língua oral-auditiva. Este fato do processo ser concretizado através de línguas espaciais-visuais, garantindo que a faculdade de linguagem se desenvolva em crianças surdas, exige uma mudança nas formas de como esse processo vem sendo tratado na educação de surdos (Quadros, 2000; Lichtig et al, 2004; Moura et al., 2008).

Por este contexto é que os membros de um grupo linguisticamente minoritário, frequentemente possuem diferentes normas e crenças socioculturais quando comparadas às pessoas de cultura ouvinte predominante e portanto se consideram parte de um comunidade surda.

Para que um grupo se constitua e se configure como uma comunidade, são necessárias algumas condições, como afinidades entre os diferentes indivíduos que constituem o grupo, interesses comuns que possam conduzir as ações do grupo por caminhos comuns, continuidade das relações estabelecidas, bem como, tempo e espaço comuns, em que os encontros do grupo possam acontecer (Lopes; Veiga-Neto, 2006).

Os autores consideram que a comunidade surda oferece um senso de propriedade, além de apoio social e facilidade de comunicação, que podem não existir em suas próprias famílias, onde as barreiras lingüísticas são comuns, uma vez que 90% a 95% dos surdos possuem pais ouvintes (Jeferry; Austen, 2005; Lopes; Veiga-Neto, 2006).

Lacerda e Caporal (2003), consideram que a surdez impõe reflexões sobre a linguagem e sobre os processos de construção de conhecimento, e que portanto é pela língua de sinais que o surdo se desenvolve plenamente sendo fundamental que o acesso à língua de sinais se faça o mais cedo possível. E o espaço que vem possibilitando a aproximação entre surdos tem sido preponderantemente o escolar, em virtude das pesquisas em relação ao método de se educar crianças surdas (Lopes; Veiga-Neto, 2006).

2.5.3 Intérpretes de Língua de Sinais

Os familiares de pessoas surdas muitas vezes assumem o papel de intérprete e podem não corresponder às expectativas da tradução fidedigna das informações recebidas pelo profissional. O serviço de intérprete é um aspecto importante a ser considerado, entretanto alguns indivíduos usuários da LS podem relutar em utilizar um intérprete, podem sentir-se ansiosos em relação às questões de confidencialidade (Mcaleer, 2006).

Slaven (2003) esclarece que sem um intérprete os pacientes não fazem escolhas informadas e não é possível fazer uma avaliação completa.

No Brasil a Lei n 12.319 de 01/09/2010 regulamentou a profissão do intérprete e guia intérprete de Libras, que durante muitos anos atuaram como colaboradores da comunidade surda, e que buscam aperfeiçoamento, técnica, estudo e conhecimento (Brasil, 2010).

2.5.4 Histórico da Língua de Sinais

A falta do conhecimento sobre as questões relacionadas à surdez, advém do processo histórico, onde pode-se considerar duas épocas distintas em relação ao estudo do desenvolvimento cognitivo das crianças surdas: uma que vai até 1960 e outra que decorre entre essa data e o presente (Moura et al., 2008).

O contexto histórico da língua de sinais sempre foi marcado por muitas divergências entre os métodos utilizados na educação de surdos, enquanto alguns acreditavam que os esforços deveriam ser para que aprendessem a falar, outros estavam certos que os gestos e o soletrar de dedos deveriam ser o alvo de atenção. Os educadores da época já enfatizavam a importância da família aprender a utilizá-lo com os filhos surdos, no intuito de que as crianças surdas pudessem adquirir uma linguagem, favorecendo a comunicação (Pereira, 2006).

Na Espanha, muitas crianças da nobreza espanhola nasciam com deficiência auditiva, por esta razão, a Espanha começou a se preocupar em encontrar maneiras de educar pessoas surdas. Na metade do século XVI, Pedro Ponce de León, um

monge espanhol, abriu uma escola para as crianças surdas do seu monastério. Ponce de León alcançou êxito como professor, e utilizava como métodos, a escrita, a repetição de palavras faladas e a indicação de objetos. O primeiro livro de língua de sinais contendo o alfabeto manual foi publicado em 1620 por Juan Pablo de Bonet (Greene; Dicker, 1988).

Na Inglaterra, no século XVII, William Holden e John Wallis, foram os pioneiros a ensinar as crianças surdas da nobreza inglesa. Holden acreditava que a coisa mais importante da educação do surdo era que aprendesse a falar, e muitos concordavam com ele. Wallis, por outro lado, estava certo de que os gestos e o soletrar de dedos deveriam ser o alvo de atenção.

O esforço francês em ensinar os deficientes auditivos apresenta defasagem de 200 anos em relação a Espanha. Jacobo Rodrigues Pereira era um judeu espanhol que escapou da perseguição religiosa mudando-se para a França. Começou também ensinando os filhos surdos da aristocracia. Pereira utilizava um alfabeto de mão representando sons fonéticos em vez de letras (Greene; Dicker, 1988).

Charles Michel de L'Épée, foi a primeira pessoa disposta a compartilhar seu conhecimento, nascido em Paris em 1712, era o rico filho do arquiteto do rei. Estudou para tornar-se padre, mas negaram-lhe a ordenação porque era contra algumas políticas da igreja. Assim, começou a estudar direito (Greene; Dicker, 1988).

Antes de iniciar sua carreira no direito, o Bispo de Troyes, que pode ter sido um parente, ordenou-o como padre. Quando o bispo morreu, o arcebispo de Beaumont afastou L'Épée de suas funções da igreja, no entanto, nesta época L'Épée já havia conhecido duas irmãs gêmeas surdas. O padre que ensinava as garotas havia morrido, e ele assumiu seu cargo. Na metade do século XVIII, o ensino do surdos finalmente concentrava-se em ensiná-los a falar. Imediatamente começou a aprender espanhol para poder ler o livro que Bonet havia escrito há 75 anos. Através de estudo e experiência, L'Épée começou a acreditar que os sinais eram a linguagem natural do surdo, uma espécie de língua mãe, como o francês é o idioma nativo de todos os franceses. Sentia que a utilização dos sinais derivava da própria mente das pessoas surdas e acreditava que uma pessoa surda apenas compreenderia plenamente o conceito de linguagem através dos sinais (Greene; Dicker, 1988; Moura 2006; Pereira, 2006).

A maioria dos alemães acreditavam que a fala e os métodos orais eram as melhores maneiras de ensinar os surdos. Samuel Heinicke foi o primeiro professor de surdos na Alemanha, utilizava visão, toque e paladar para ensinar a fala.

Em 1814, um ministro chamado Thomas Hopkins Gallaudet conheceu Alice Cogswell, a filha surda de um colega. Alice, uma menina de nove anos, e o Reverendo Gallaudet eram vizinhos em Hartford, Connecticut. Gallaudet gostava de Alice e começou a ensiná-la (Pereira, 2006).

Em 1817, Gallaudet fundou a primeira escola em Hartford, Connecticut. Em 1820, outra escola foi aberta na Pensilvânia. Por volta de 1863, um total de 22 escolas haviam sido estabelecidas nos EUA. Um marco importante na educação do deficiente auditivo foi a fundação da faculdade Gallaudet em Washington D.C., para surdos nos Estados Unidos (Greene; Dicker, 1988; Pereira, 2006).

No Brasil, em 1855, o professor francês, Ernest Huet, que era surdo veio ao Brasil e apresentou-se ao D. Pedro II. Este por sua vez, se encantou com a beleza das combinações dos símbolos e expressões faciais e dois anos depois fundou na cidade do Rio de Janeiro a primeira escola para surdos, o INES (Instituto Nacional de Educação dos Surdos) (Moura, 2006). Essa instituição preconizava a educação sob os métodos oralistas, a exemplo de outras instituições educacionais pelo mundo (Moura, 2006).

Em 1880, um marco importante na história dos surdos foi o Congresso de Milão, em que o método oralista tornou-se dominante, e em consequência a educação dos surdos reduziu-se ao ensino da oralização. Os professores surdos foram expulsos, a LS foi banida e a comunidade surda foi excluída da política das instituições de ensino, sendo considerada um perigo para o desenvolvimento da fala (Moura, 2006; Moura et al., 2008).

O nível educacional do surdo caiu muito em comparação ao dos ouvintes, e não era adequado para todos os surdos. E em 1904, á pedido de vários dirigentes governamentais, foi solicitado que se reavaliasse a decisão do Congresso de Milão (Brasil, 1997).

Outro marco importante foi o Congresso Mundial de Surdos, nos EUA, que se beneficiou pelo combate ao Oralismo, beneficiando o método de comunicação por sinais. No entanto até 1916 a Linguística não considerava a LS como objeto de estudo, entretanto era aceita como forma de comunicação, que se utilizava de gestos com vocabulário limitado e sem estrutura gramatical (Moura, 2006).

O método oralista começou a ser contestado tanto pelo seu desenvolvimento da fala como na aquisição da escrita e na tentativa de melhorar seus resultados, foram surgindo até no final do século XX os avanços tecnológicos, como os aparelhos de amplificação sonora (próteses auditivas) e o implante coclear (Moura, 2006).

O Oralismo não foi capaz de alcançar seus objetivos, mesmo com todo o aparato tecnológico, porque não permitia aos surdos a aquisição e o desenvolvimento normal da linguagem (Capovilla, 2001).

Com as pesquisas em andamento, nos anos 60, o linguista americano William Stokoe, desencadeou o processo definitivo para o reconhecimento das línguas na modalidade sinalizada (Moura et al., 2008).

A filosofia Oralista em 1970, cedeu lugar a filosofia da comunicação Total, que baseava-se na utilização dos recursos lingüísticos, visuais ou orais ao mesmo tempo. A Comunicação Total conseguiu melhorar a comunicação entre crianças surdas e ouvintes, mas não conseguiu o mesmo efeito com a leitura e escrita, e as crianças se tornavam sem acesso pleno a nenhuma das línguas (Moura, 2006).

O avanço das pesquisas na área da Linguística e Neurologia já discutiam a possibilidade de ser a LS a língua natural dos surdos, mais apropriada para a educação e o desenvolvimento cognitivo e social da criança surda.

A Comunicação Total foi extinguida e teve início a filosofia do Bilinguismo, onde a abordagem educacional deveria utilizar o ensinamento das duas modalidades, a língua de sinais e a língua portuguesa escrita, assegurando o direito a uma língua própria para uma comunidade surda (Moura, 2006; Moura et al., 2008).

2.5.5 As Conquistas da Comunidade Surda e o Panorama Atual

Em 1983 a Suécia foi o primeiro país a reconhecer politicamente os surdos como uma minoria lingüística com direitos políticos assegurados à educação da LS e na língua falada.

Com a filosofia bilíngue, Skliar (1998) propõe uma mudança no conceito vigente para o termo “surdez”, que designava uma patologia que afeta a audição e considerava a pessoa como deficiente auditivo. A nova abordagem identifica a

surdez como um aspecto de identidade linguística da pessoa surda. O Surdo, com “S” maiúsculo passa a designar uma minoria linguística, com cultura e identidade próprias.

Por esta razão os membros da comunidade de surdos, consideram a surdez uma variante humana normal, ou mesmo uma escolha de estilo de vida, e podem agir defensivamente frente á sugestão de que são deficientes. Em geral, apresentam surdez pré-lingual ou congênita e usam a linguagem de sinais nativa. Consideram-se uma minoria linguística e cultural, cujo problema não está na falta de audição, mas na atitude da maioria ouvinte que não compartilha a língua de sinais. Referindo a si mesmos como surdos com “S” maiúsculo, o que frustra tentativas ocasionais em se erradicar a distinção entre Surdos, surdos e pessoas surdas (Jeffery; Austen, 2005).

A abordagem bilíngüe considera que através da língua de sinais, o surdo alcança um bom desenvolvimento lingüístico e cognitivo, favorecendo a aprendizagem da língua oral e ou escrita. Neste sentido, é necessário que os pais aprendam a língua de sinais para uma comunicação eficaz (Caporalli et al., 2005).

O bilinguismo considera a língua de sinais como a primeira língua da criança surda, assegurando, assim, o direito que esta tem de adquirir um código lingüístico sinalizado na mais tenra idade, ponto central para o desenvolvimento dos processos de identificação pessoal, social e cultural, bem como base para sua edificação escolar e para o aprendizado da segunda língua, Língua Portuguesa, no caso do Brasil (Slomski et al., 2004).

Os serviços que se propõem a desenvolver programas de intervenção bilíngüe precisam discutir e rever seus conceitos e perspectivas frente á surdez e a pessoa surda e encontrar a forma apropriada de oferecer o acesso da criança surda á língua de sinais e á língua majoritária de seus pais, seja na modalidade escrita e/ ou oral (Lichtig, 2004).

Dentro deste contexto a escola exerce um papel fundamental para o desenvolvimento da criança surda, e os programas de estimulação precoce preconizam o contato da criança surda com o surdo adulto na escola, visto que a maioria é filha de pais ouvintes que não compartilham a língua de sinais (Sass-Lehrer; Bordner-Johnson, 2003).

O papel que o professor surdo desempenha na educação e no ensino de surdos tema ver, no seu essencial, com o fato desse professor ser, a principal

referência e modelo de aquisição da língua gestual como primeira língua para a criança surda (Moura et al., 2008).

Kyle (2001a) relatou que as crianças surdas, de famílias surdas, a partir de 3 meses de idade, aprendem a língua de sinais tão eficazmente quanto crianças ouvintes aprendem a falar. Em contraste, crianças surdas, de lares ouvintes, mesmo estando em programas de aprendizado de sinais na escola, ficam atrás na aquisição da língua de sinais até a idade de 11 anos de idade. Por esta razão existe a tentativa dos programas de intervenção realizados com as famílias para introduzir a língua de sinais mais cedo e enriquecer o meio lingüístico de crianças surdas.

O estudo internacional realizado em 17 países europeus concluiu que as pessoas surdas aprendem sua língua tarde demais na escola, e não em casa, encontram poucas situações nas quais podem usa-la e são limitadas em suas tentativas de oferecer contribuições à sociedade por conta de falhas na compreensão e na competência de linguagem do profissional (Kyle, 2001b).

As línguas de sinais tem sido pesquisadas e aceitas na grande maioria dos países do mundo. O uso da língua de sinais na educação, serviços e interação social, e participação na sociedade é garantido pela legislação. Todos têm a oportunidade para o desenvolvimento lingüístico natural, educação de qualidade e educação contínua durante a vida toda.

Os países que antes ignoravam a língua de sinais estão avançando rapidamente na sua pesquisa e documentação e na criação de legislação que garante o uso desta, sua língua nativa (Moura et al., 2008).

Nos países onde a educação para surdos não existia, novas escolas foram estabelecidas e a educação de pessoas surdas está atualizando-se rapidamente. Toda a educação para surdos é bilíngue ou multilíngue.

Em tempos de inclusão social, é essencial e imprescindível a mudança de paradigmas no que se refere aos indivíduos surdos. É necessário também desmistificar e diminuir os preconceitos referentes ao atendimento odontológico a pacientes que apresentem alguma necessidade especial, para que seja permitido o acesso igualitário a todos, diminuindo assim a superlotação dos serviços de atendimentos especializados que não conseguem dar suporte à demanda.

A promoção de educação em saúde bucal, o acesso e o atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, deve ser discutida pela comunidade odontológica. Há o reconhecimento que esse atendimento é

extremamente exigente e requer não só o conhecimento e o domínio de procedimentos e técnicas, mas também uma abordagem psicossocial e orgânica do paciente (Oliveira et al., 2004).

Os estudos já demonstraram que as diversas propostas e iniciativas de programas de educação em saúde bucal, devem ser adaptadas aos diferentes grupos populacionais e suas necessidades, como prioriza a Política Nacional de Saúde, elaborando métodos mais didáticos e construtivistas, que substituam o modelo tradicional, valorizem a interação entre professores, alunos, profissionais de saúde e todo o âmbito escolar, e priorizem a busca de parcerias (escola, universidade, serviços de saúde, ONGs) para viabilizar a continuidade dos programas implantados (Brasil, 2004)

Elaborar um projeto de educação em saúde bucal que atenda as especificidades lingüísticas da criança surda, certamente poderá contribuir para a aquisição do conhecimento e responsabilidade na autonomia de saúde bucal da população surda.

3 PROPOSIÇÃO

Perceber a exposição de crianças surdas à educação em SB através da investigação do nível de conhecimento, atitudes e práticas dos pais, professores e dentistas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da FOUSP (FR 298876) sob o Protocolo 170/2009 (Anexo A).

Todas as pessoas convidadas a participar do estudo foram orientadas verbalmente ou em língua de sinais e por escrito sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A pesquisadora responsável pelo estudo, Claudia Pereira Barbosa, é cirurgiã dentista e habilitada em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

4.1 Desenho do Estudo

Estudo analítico observacional de corte transversal.

4.2 População e Amostra do Estudo

Foram convidados a participar do estudo pais e professores (surdos ou ouvintes habilitados em libras) de crianças surdas em 4 escolas do município de São Paulo, especializadas no ensino para surdos, a saber:

- a) Escola Especial de Crianças Surdas (EECS) da Fundação dos Rotarianos de São Paulo – de agora em diante denominada como “Rotary”
- b) Escola especial de Educação Básica da Derdic – de agora em diante denominada como “Derdic”
- c) Associação Suíço-Brasileira de Ajuda a Criança Surda (BRASCRI) – de agora em diante denominada como “Brascri”
- d) Instituto de Educação para Surdos (SELI) – de agora em diante denominada como “Seli”.

Também foram convidados a participar deste estudo os cirurgiões dentistas (CD) do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de

Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Os CDs que frequentam o CAPE são alunos do curso de especialização ou atualização em Odontologia para Pacientes Especiais ou alunos de pós-graduação (em nível de mestrado ou doutorado) da disciplina de Patologia Bucal da FOUSP e realizam pesquisas clínicas ou clínico-laboratoriais na área de pacientes especiais.

4.3 Metodologia

O estudo foi dividido em 3 etapas:

Etapas 1 – Identificação do conhecimento sobre saúde bucal dos professores que atuam nas escolas de crianças surdas.

Etapas 2 – Identificação do conhecimento sobre saúde bucal dos pais de crianças surdas e as possíveis dificuldades no atendimento odontológico das mesmas.

A identificação do conhecimentos foi analisada mediante aplicação de questionários.

Etapas 3 – Identificação do conhecimento de cirurgiões dentistas sobre pessoas surdas e sobre o atendimento odontológico ao paciente surdo.

Para avaliar o conhecimento de cirurgiões dentistas sobre crianças surdas e as estratégias de comunicação empregadas por eles, foi eleito o Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

Para obter as informações objetivadas foram desenvolvidos 3 questionários diferentes que foram aplicados a pais, professores e cirurgiões dentistas da seguinte forma:

Questionário 1 – aplicado a professores (Anexo B)

Questionário 2 – aplicado a pais (Anexo C)

Questionário 3 – aplicado a CDs (Anexo D)

Os questionários foram entregues às entidades, respondidos de forma anônima e voluntária e recolhidos posteriormente. Não foi fornecida qualquer explicação sobre o preenchimento do questionário para que não fossem imprimidas

diferenças de interpretação de informações, já que teriam que ser utilizadas 2 línguas (português e Libras). Assim, os sujeitos da pesquisa contaram somente com seu conhecimento e sua capacidade de interpretação de texto.

O “Questionário sobre Comunicação com Pacientes Surdos”, aplicado aos dentistas, foi traduzido e adaptado dos questionários “Survey questions for dental offices” (Lo Cascio et al., 1985) e “methods of communication used by children with hearing impairments” (Champion; Holt, 2000). O questionário contém 16 perguntas. A maioria das respostas é de múltipla escolha ou “Sim ou Não” e é de fácil compreensão e rápida aplicação.

Os questionários aplicados a pais e professores, foram traduzidos e adaptados dos questionários “Health literacy education for children: acceptability of a school-based program in oral health” (Naito et al., 2007) e Avaliação dos Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Profissionais do Ensino Fundamental (Vellozo et al., 2008). Os questionários contém 25 perguntas. A maioria das respostas é de múltipla escolha ou “Sim ou Não” e são de fácil compreensão e rápida aplicação.

As variáveis estão dispostas nos questionários e foram transferidas para um programa de computador, o Epi InfoTM.

4.4 Análise dos Dados

Os dados foram analisados descritivamente (valores absolutos e porcentagens) pelo programa Epi InfoTM. Foram conferidos valores absolutos e percentuais para cada variável analisada. As respostas aos questionários foram estratificadas segundo a categoria dos entrevistados.

Às variáveis quantitativas (idade e tempo de formado em anos) foram atribuídos também valores máximos, mínimos, média, mediana e desvio padrão.

5 RESULTADOS

Foram distribuídos 269 questionários, 234 para pais e 35 para professores em 4 escolas. Apenas 87 (32,34%) questionários foram devolvidos (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Total de questionários distribuídos e devolvidos por escola pesquisada

Escolas	Questionários para professores				Questionários para pais			
	Distribuídos		Devolvidos		Distribuídos		Devolvidos	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Rotary	13	37,14	13	100	126	53,84	48	38,09
Derdic	15	42,85	4	26,66	80	34,18	11	13,75
Seli	2	5,71	2	100	5	2,13	4	80,00
Brascari	5	14,28	5	100	23	9,82	0	0
TOTAL	35	100	24	68,57	234	100	63	26,92

Os dados obtidos nos questionários foram tabulados e analisados com o auxílio do Epiinfo 2000.

5.1 Respostas Obtidas no Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para Pais”

Cada questionário destinado aos responsáveis (pais ou mães) das crianças surdas que estudavam em escolas especiais, possuía 25 perguntas. Como foram devolvidos 63 questionários respondidos, esperava-se contabilizar 1575 respostas. Algumas perguntas não foram respondidas, contabilizando 235 (14,92%) respostas em branco. As questões que foram deixadas em branco com mais frequência foram as de número 3 (Quantos anos a criança tinha quando foi ao dentista pela primeira

vez?) e 6 (Como foi o comportamento de seu filho no dentista?), que apresentaram 17 respostas em branco (26,98%). A questão que foi deixada em branco com menos frequência foram as de número 1 (Assinale o sexo de seu filho), 2 (Seu filho já foi ao dentista alguma vez?) e 9 (Ele faz bochecho com flúor?), que apresentaram apenas 1 resposta em branco (1,58%). As questões que não foram respondidas foram excluídas nas análises.

A idade média das crianças era de 8 anos (máxima=13; mínima=3; DP = 2,4382) (Tabela 5.2), sendo 58,1% do sexo masculino e 41,9% do sexo feminino.

Tabela 5.2 – Idade das crianças surdas que estudavam nas escolas pesquisadas

Idade (Do filho)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
3	4	6,9%	6,9%
4	2	3,4%	10,3%
5	2	3,4%	13,8%
6	5	8,6%	22,4%
7	12	20,7%	43,1%
8	12	20,7%	63,8%
9	3	5,2%	69,0%
10	9	15,5%	84,5%
11	5	8,6%	93,1%
12	3	5,2%	98,3%
13	1	1,7%	100,0%
Total	58	100,0%	100,0%

A idade média dos responsáveis (pais ou mães) que responderam ao questionário era de 36 anos (máxima=61; mínima=19; DP = 8,9560) (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Idade dos responsáveis pelas crianças surdas que estudavam nas escolas pesquisadas

Idade (do pai/mãe)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
19	1	1,7%	1,7%
21	1	1,7%	3,4%
23	2	3,4%	6,9%
25	1	1,7%	8,6%
26	1	1,7%	10,3%
27	4	6,9%	17,2%
28	2	3,4%	20,7%
29	1	1,7%	22,4%
30	3	5,2%	27,6%
31	3	5,2%	32,8%
32	3	5,2%	37,9%
33	3	5,2%	43,1%
34	3	5,2%	48,3%
35	4	6,9%	55,2%
36	4	6,9%	62,1%
37	1	1,7%	63,8%
38	3	5,2%	69,0%
40	3	5,2%	74,1%
41	1	1,7%	75,9%
42	2	3,4%	79,3%
45	1	1,7%	81,0%
46	3	5,2%	86,2%
48	2	3,4%	89,7%
49	3	5,2%	94,8%
54	1	1,7%	96,6%
57	1	1,7%	98,3%
61	1	1,7%	100,0%
Total	58	100,0%	100,0%

Segundo os responsáveis, 74,2% das crianças já havia visitado o dentista em algum momento da vida (Tabela 5.4). A primeira consulta ao dentista tinha acontecido em média aos 4 anos de idade (máxima=10; mínima=1; DP = 2,0754) e 62,2% dos pais relataram que essa consulta fora uma consulta de rotina (Tabela 5.5).

Tabela 5.4 – Idade da primeira visita das crianças surdas ao dentista

Idade da primeira visita ao dentista	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	2	4,3%	4,3%
2	10	21,7%	26,1%
3	6	13,0%	39,1%
4	10	21,7%	60,9%
5	6	13,0%	73,9%
6	6	13,0%	87,0%
7	2	4,3%	91,3%
8	3	6,5%	97,8%
10	1	2,2%	100,0%
Total	46	100,0%	100,0%

Tabela 5.5 – Motivo da primeira visita das crianças surdas ao dentista

Porque levou seu filho ao dentista pela primeira vez?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Consulta de rotina	28	62,2%	62,2%
Emergência (dor)	9	20,0%	82,2%
Outros motivos	8	17,8%	100,0%
Conhecer sobre saúde bucal			
Triagem na FACIS			
Porque rangia os dentes e amoleciam mas não caíam			
Indicação do neurologista			
Caiu da balança			
Apareceu uma bolha na gengiva			
Os dentes estavam ficando pretos			
Dentes muito escuros porque tomou muito antibiótico			
Pediatra pediu que esperasse trocar os dentes para levar ao dentista			
Manchas brancas nos dentes			
Caiu e o médico pediu para avaliar o dente no dentista			
Familiarizar-se			
Total	45	100,0%	100,0%

O gráfico 5.1 mostra como foi feita a comunicação entre o dentista e a criança, segundo os responsáveis.

Gráfico 5.1 – Como os pais relataram que o dentista se comunicou com a criança durante a consulta odontológica

Com relação ao comportamento da criança durante a consulta odontológica, a maioria dos pais (45,7%) relatou que a criança se manteve calma (Tabela 5.6) e 54% dos responsáveis não evidenciaram nenhuma dificuldade específica para a execução do tratamento dentário (Tabela 5.7).

Tabela 5.6 – Comportamento da primeira visita das crianças surdas ao dentista

Comportamento da criança durante a consulta odontológica	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Calma	21	45,7%	45,7%
Não deixou tratar	4	8,7%	54,3%
Agressivo	0	0%	54,3%
Chorou	9	19,6%	73,9%
Teve um pouco de medo mas deixou tratar	12	26,1%	100,0%
Total	46	100,0%	100,0%

Tabela 5.7 – Dificuldades apontadas pelos responsáveis quanto ao atendimento odontológico da criança surda

Maior dificuldade para realizar o tratamento odontológico da criança	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Comportamento difícil da criança	4	8,0%	8,0%
Falta de comunicação e entendimento durante a consulta	12	24,0%	32,0%
Falta de um profissional que tenha paciência	7	14,0%	46,0%
Nenhuma dificuldade específica	27	54,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

O relato dos pais também indicou que os procedimentos eram rotineiros no consultório odontológico quanto ao manejo clínico da criança surda, já que apenas 4 pais (7,8%) foram instruídos a submeter seus filhos a tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral.

Quando questionados se seus filhos teriam medo de frequentar o consultório odontológico, a maioria dos pais respondeu que não (58%) (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 – Opinião dos pais de crianças surdas sobre “medo de dentista” de seus filhos

A criança tem medo de ir ao dentista?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	9	18,0%	18,0%
Não	29	58,0%	76,0%
Às vezes	12	24,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Também foram executadas algumas questões com o intuito de verificar como poderia ser caracterizada a relação profissional entre cirurgiões dentistas (CD) e crianças surdas no consultório odontológico.

A maioria dos pais (52,9%) verificou que não houve atenção especial por parte do CD em apresentar os equipamentos odontológicos (Tabela 5.9) ou em mostrar um filme de saúde bucal às crianças surdas (76,5%) (Tabela 5.10), e apenas 8,9% apontaram o CD como responsável por ensinar a criança sobre saúde bucal (Tabela 5.11).

Tabela 5.9 – Informação sobre apresentação do consultório odontológico e equipamentos pelos dentistas às crianças surdas

O dentista mostrou equipamentos odontológicos à criança?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	20	39,2%	39,2%
Não	27	52,9%	92,2%
Não que eu saiba	4	7,8%	100,0%
Total	51	100,0%	100,0%

Tabela 5.10 – Informação sobre apresentação de imagens sobre saúde bucal pelos dentistas às crianças surdas

Algum dentista já mostrou um filme de saúde bucal para seu filho?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	7	13,7%	13,7%
Não	39	76,5%	90,2%
Não que eu saiba	5	9,8%	100,0%
Total	51	100,0%	100,0%

Tabela 5.11 – Informação sobre quem ensinou a criança surda sobre saúde bucal

Quem ensinou a criança sobre saúde bucal	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Mãe e/ou Pai	47	83,9%	83,9%
Professor	4	7,1%	91,1%
Dentista	5	8,9%	100,0%
Outro profissional	0	0%	100,0%
Total	56	100,0%	100,0%

Em contrapartida 96,6% dos pais acham que seria importante ter um vídeo em Libras para explicar sobre saúde bucal para seus filhos (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 - Informação sobre a importância de um vídeo sobre saúde bucal em Libras

Você acha que seria importante ter um vídeo em Libras para explicar sobre saúde bucal para seu filho?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	57	96,6%	96,6%
Talvez	2	3,4%	100,0%
Não	0	0%	100,0%
Total	59	100,0%	100,0%

Segundo os pais a maioria das crianças (50,8%) escovava os dentes menos do que três vezes ao dia (Tabela 5.13), ainda assim 62% contavam com a ajuda de algum adulto nessa tarefa (Tabela 5.14). Mas o uso de bochechos fluoretados só era executado por 29% das crianças (Tabela 5.15).

Tabela 5.13 – Informação sobre quantidade de vezes que a criança executava higiene dental ao dia

Quantas vezes por dia seu filho escova os dentes?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Uma vez	3	4,9%	4,9%
Duas vezes	28	45,9%	50,8%
Três vezes	26	42,6%	93,4%
Mais de três vezes	3	4,9%	98,4%
Nenhuma vez	1	1,6%	100,0%
Total	61	100,0%	100,0%

Tabela 5.14 – Informação sobre auxílio recebido pela criança surda para execução de escovação dental

Algum adulto ajuda na escovação?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	38	62,3%	62,3%
Não	23	37,7%	100,0%
Total	61	100,0%	100,0%

Tabela 5.15 – Informação sobre a utilização de bochechos fluoretados pela criança surda

Bochechos fluoretados	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	18	29,0%	29,0%
Não	44	71,0%	100,0%
Total	62	100,0%	100,0%

Como a maioria dos pais é responsável pela higiene bucal e pelas informações transferidas às crianças nesse campo, um bloco de questões para avaliar as condições bucais e o conhecimento desses tratadores foi aplicado também.

Assim verificou-se que a maioria dos pais não acreditava que sua saúde bucal fosse boa (Tabela 5.16), mas, a maioria havia visitado o dentista pela ultima vez por volta de 1 ano antes desta pesquisa (Tabela 5.17), acreditava que sua higiene era adequada (Tabela 5.18) e que utilizava a técnica de escovação correta (Tabela 5.19).

Tabela 5.16 – Como os pais descreviam sua saúde bucal

Saúde bucal dos pais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Boa	25	42,4%	42,4%
Regular	24	40,7%	83,1%
Ruim	8	13,6%	96,6%
Não sabe informar	2	3,4%	100,0%
Total	59	100,0%	100,0%

Tabela 5.17 – Quando havia sido a última visita ao dentista dos tratadores (pais e/ou mães) da criança surda

Ultima visita do pai ou mãe ao dentista	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Mais de 6 meses	13	22,4%	22,4%
Entre 6 meses e 1 ano	19	32,8%	55,2%
Há mais de 1 ano	15	25,9%	81,0%
Nem lembro mais	11	19,0%	100,0%
Total	58	100,0%	100,0%

Tabela 5.18 – Auto-avaliação das condições de saúde bucal de pais de crianças surdas

Como os pais avaliam a sua higiene bucal	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Ótima	5	8,5%	8,5%
Boa	27	45,8%	54,2%
Regular	27	45,8%	100,0%
Ruim	0	0%	100,0%
Total	59	100,0%	100,0%

Tabela 5.19 – Impressão de pais de crianças surdas sobre a adequação da técnica de escovação utilizada por eles

Você usa a técnica de escovação correta?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	28	46,7%	46,7%
Não	9	15,0%	61,7%
Não sabe	22	36,7%	98,3%
Total	59	100,0%	100,0%

Quando inquiridos sobre onde costumavam obter informações e se atualizar sobre higiene bucal, 46% relataram obter essas informações com profissionais de saúde (Tabela 5.20) e 69% utilizavam apenas um meio para adquirir essas informações (Tabela 5.21).

Tabela 5.20 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a aquisição e atualização no conhecimento sobre saúde bucal de pais de crianças surdas

Onde costuma obter informações e se atualizar sobre saúde bucal	Frequência	Porcentagem
Na internet	5	7,9%
Através de amigos	8	12,6%
Em revistas, livros e folhetos	14	22,2%
Na televisão	20	31,7%
Em DVDs	2	3,1%
Com profissionais de saúde	29	46,0%
Em nenhum deles	4	6,3%

Tabela 5.21 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a aquisição e atualização no conhecimento sobre saúde bucal de pais de crianças surdas

Onde costuma obter informações e se atualizar sobre saúde bucal	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	2	3,4%	3,4%
2	2	3,4%	6,8%
3	3	5,1%	11,9%
4	10	16,9%	28,8%
6	20	33,9%	62,7%
8	4	6,8%	69,5%
1,2	1	1,7%	71,2%
1,6	1	1,7%	72,9%
2,4	3	5,1%	78,0%
2,6	1	1,7%	79,7%
3,4	3	5,1%	84,7%
3,6	3	5,1%	89,8%
4,6	1	1,7%	91,5%
3,4,6	3	5,1%	96,6%
1,3,4,6	1	1,7%	98,3%
2,3,4,6	1	1,7%	100,0%
Total	59	100,0%	100,0%

1-Na internet, 2-Através de amigos, 3-Em revistas, livros e folhetos, 4-Na televisão, 5-Em DVDs, 6-Com profissionais de Saúde, 7-Em cursos de atualização, 8-Em nenhum deles.

Mas ao serem inquiridos sobre seus hábitos de higiene bucal a maioria dos pais relatou que utiliza apenas a escovação após as refeições como técnica para cuidar de seus dentes (Tabelas 5.22 e 23).

Tabela 5.22 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre técnicas utilizadas pelos pais de crianças surdas para cuidar dos dentes e boca

Como você cuida de seus dentes e boca?	Frequência	Porcentagem
Escovo após as refeições	54	91%
Uso fio dental	32	54,2%
Evito alimentos açucarados	9	15,2%
Faço auto-exame bucal	6	10,1%
Vou regularmente ao dentista	13	22,0%
Faço bochechos com flúor	11	18,6%

Tabela 5.23 – Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre técnicas utilizadas pelos pais de crianças surdas para cuidar dos dentes e boca

Como você cuida de seus dentes e boca?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	18	30,5%	30,5%
2	2	3,4%	33,9%
5	1	1,7%	35,6%
6	1	1,7%	37,3%
1,2	16	27,1%	64,4%
1,3	4	6,8%	71,2%
1,5	1	1,7%	72,9%
1,2,3	1	1,7%	74,6%
1,2,5	2	3,4%	78,0%
1,2,6	3	5,1%	83,1%
1,3,5	1	1,7%	84,7%
2,5,6	1	1,7%	86,4%
1,2,4,5	1	1,7%	88,1%
1,2,5,6	2	3,4%	91,5%
1,4,5,6	1	1,7%	93,2%
1,2,3,4,5	2	3,4%	96,6%
1,2,4,5,6	1	1,7%	98,3%
1,2,3,4,5,6	1	1,7%	100,0%
Total	59	100,0%	100,0%

1-Escovo após as refeições, 2-Uso fio dental, 3-Evito alimentos açucarados, 4-Faço auto-exame bucal, 5-Vou regularmente ao dentista, 6-Faço bochecho com flúor.

Também o conhecimento sobre CA e DP foi testado entre os pais de crianças surdas.

Com relação à cárie a maioria dos pais identifica a escovação (88,8%) e o uso de fio dental (52,3%) como formas de prevenir a doença (Tabela 5.24), sendo que 23,3% acreditam que utilizar apenas um tipo de manobra para evitar a cárie seja suficiente (Tabela 5.25).

Tabela 5.24 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre como evitar a cárie

Em sua opinião como se evita a cárie?	Frequência	Porcentagem
Escovando os dentes	56	88,8%
Indo regularmente ao dentista	28	44,4%
Usando fio dental	33	52,3%
Reduzindo o consumo de açúcar	28	44,4%
Usando Flúor	13	20,6%
Não sei	0	0,0%

Tabela 5.25 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre como evitar a cárie

Em sua opinião como se evita a cárie?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	10	16,7%	16,7%
2	3	5,0%	21,7%
5	1	1,7%	23,3%
1,2	3	5,0%	28,3%
1,3	4	6,7%	35,0%
1,4	5	8,3%	43,3%
1,5	1	1,7%	45,0%
1,2,3	7	11,7%	56,7%
1,2,4	3	5,0%	61,7%
1,3,4	6	10,0%	71,7%
1,2,3,4	5	8,3%	80,0%
1,2,3,5	2	3,3%	83,3%
1,2,4,5	1	1,7%	85,0%
1,3,4,5	2	3,3%	88,3%
1,2,3,4,5	7	11,7%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%

1-Escovando os dentes após as refeições, 2-Indo regularmente ao dentista, 3-Usando fio dental, 4-Reduzindo o consumo de açúcar, 5-Usando flúor, 6-Não sei

A escovação inadequada foi apontada como a principal causadora da doença periodontal por 62% dos pais (Tabela 5.26) e 41,4% identificavam a doença periodontal com diversas causas concomitantes (Tabela 5.27).

Tabela 5.26 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre os fatores que causam a doença periodontal

Quais são os fatores que causam a doença periodontal?	Frequência	Porcentagem
Escovação inadequada	36	62,0%
Falta de uso de fio dental	16	27,5%
Presença de placa bacteriana	21	36,2%
Não sei	12	20,6%

Tabela 5.27 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos pais de crianças surdas sobre os fatores que causam a doença periodontal

Quais são os fatores que causam a doença periodontal?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	13	22,4%	22,4%
2	1	1,7%	24,1%
3	9	15,5%	39,7%
4	11	19,0%	58,6%
12	4	6,9%	65,5%
13	8	13,8%	79,3%
123	12	20,7%	100,0%
Total	58	100,0%	100,0%

1-Escovação inadequada, 2-Falta de uso de fio dental, 3-Presença de placa bacteriana, 4-Não sei.

5.2 Respostas Obtidas no Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para Professores”

Os professores foram avaliados com base na premissa que esta categoria profissional fornece complemento a educação fornecida em casa pelos pais às crianças.

Cada questionário destinado aos professores das crianças surdas que estudavam em escolas especiais, possuía 25 perguntas. Como foram devolvidos 24 questionários respondidos, esperava-se contabilizar 600 respostas. Apenas 4 questões não foram respondidas por alguns professores. Um professor não respondeu a questão sobre idade e os demais deixaram de responder as perguntas

sobre formação profissional. Assim, 4 (16,6%) não responderam qual o tipo de formação acadêmica (ensino médio, graduação, pós-graduação, etc.), 15 (62,5%) que tipo de curso de graduação possuíam e 6 (25%) quanto tempo de formado tinham. As perguntas que não foram respondidas contabilizaram 26 (4,33%) respostas em branco. As questões que não foram respondidas foram excluídas nas análises.

A média de idade dos professores que participaram desta pesquisa era de 33 anos (mínimo=21; máximo=47; DP= 7,5947) (Tabela 5.28) e 62,5% eram ouvintes.

Tabela 5.28 – Idade do professores de crianças surdas que participaram da pesquisa

Idade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
21	1	4,3%	4,3%
23	2	8,7%	13,0%
24	1	4,3%	17,4%
25	1	4,3%	21,7%
27	1	4,3%	26,1%
28	2	8,7%	34,8%
30	1	4,3%	39,1%
31	1	4,3%	43,5%
32	2	8,7%	52,2%
33	2	8,7%	60,9%
34	1	4,3%	65,2%
37	1	4,3%	69,6%
39	1	4,3%	73,9%
40	1	4,3%	78,3%
42	1	4,3%	82,6%
43	3	13,0%	95,7%
47	1	4,3%	100,0%
Total	23	100,0%	100,0%

Catorze professores (70%) relatavam possuir nível superior (Tabela 5.29), em sua maioria, em pedagogia (66,7%) (Tabela 5.30). Em média os professores relatavam 10 anos de formados (mínimo=1; máximo=27, DP=7,7952) (Tabela 5.31).

Tabela 5.29 – Formação dos professores de crianças surdas que participaram da pesquisa

Formação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Colegial	1	5,0%	5,0%
Especialização	1	5,0%	10,0%
Superior	14	70,0%	80,0%
Pós-graduação	4	20,0%	100,0%
Total	20	100,0%	100,0%

Tabela 5.30 – Cursos em que os professores de crianças surdas que participaram da pesquisa relataram ter graduação

Curso	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Artes	1	11,1%	11,1%
Pedagogia	6	66,7%	77,8%
Pedagogia (Cursando)	1	11,1%	88,9%
PsicoPedagogia	1	11,1%	100,0%
Total	9	100,0%	100,0%

Tabela 5.31 – Tempo de formado que os professores de crianças surdas que participaram da pesquisa relataram

Tempo de formado	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	2	11,8%	11,8%
2	1	5,9%	17,6%
3	1	5,9%	23,5%
4	1	5,9%	29,4%
5	1	5,9%	35,3%
7	2	11,8%	47,1%
9	1	5,9%	52,9%
10	1	5,9%	58,8%
13	1	5,9%	64,7%
15	1	5,9%	70,6%
17	2	11,8%	82,4%
20	2	11,8%	94,1%
27	1	5,9%	100,0%
Total	17	100,0%	100,0%

O conhecimento e informação dos professores sobre saúde bucal foi avaliado através de 12 perguntas. A tabela 5.32 mostra os resultados obtidos.

Tabela 5.32 – Conhecimento e informação dos professores de crianças surdas sobre saúde bucal

Perguntas	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	N	%
A cárie é uma doença que pode ser transmitida para outra pessoa	4	16,7	17	70,8	3	12,5
Existem bactérias na boca	23	95,8	0	0	1	4,2
A placa bacteriana pode ser removida na escovação	9	37,5	10	41,7	5	20,8
O flúor protege os dentes contra as cáries	20	83,3	1	4,2	3	12,5
A saúde bucal interfere na saúde geral	24	100	0	0	0	0
O uso prolongado da chupeta e mamadeira pode prejudicar os dentes	22	91,7	0	0	2	8,3
A alimentação é importante para a saúde bucal	22	91,7	1	4,1	1	4,1
A falta de dentes interfere na fala	17	70,8	2	8,3	5	20,8
Os dentes de leite quando amolecem deve ser retirados pela criança	8	33,3	13	54,2	3	12,5
Existem doenças na boca que podem ser transmitidas para outras pessoas	17	70,8	1	4,2	6	25
O sangramento na gengiva significa falta de escovação	11	45,8	8	33,3	5	20,8
O fio dental, escova dental e bochecho com flúor são necessários diariamente	22	91,7	0	0	2	8,3

Ainda no quesito conhecimento mais 2 perguntas foram formuladas: uma sobre cárie e outra sobre doença periodontal. Apenas 2 (8,3%) professores não associaram a prevenção da cárie à escovação após as refeições (Tabela 5.33) e a maioria entendia que a prevenção da cárie estava associada a múltiplas atitudes (Tabela 5.34).

Tabela 5.33 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie

Como se evita a cárie?	Frequência	Porcentagem
Escovando os dentes após as refeições	22	91,6%
Indo regularmente ao dentista	18	75%
Usando fio dental	16	66,6%
Reduzindo o consumo de açúcar	15	62,5%
Usando flúor	12	50%
Não sei	0	0%

Tabela 5.34 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie

Como se evita a cárie?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	3	12,5%	12,5%
2	1	4,2%	16,7%
1,2	1	4,2%	20,8%
1,4	1	4,2%	25,0%
2,4	1	4,2%	29,2%
1,2,3	3	12,5%	41,7%
1,3,4	1	4,2%	45,8%
1,3,5	1	4,2%	50,0%
1,2,3,4	2	8,3%	58,3%
1,2,4,5	1	4,2%	62,5%
1,2,3,4,5	9	37,5%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

1-Escovando os dentes após as refeições, 2- Indo regularmente ao dentista, 3-Usando fio dental, 4- Reduzindo o consumo de açúcar, 5- Usando flúor, 6-Não sei

Com relação a doença periodontal a falta de uso do fio dental foi a mais citada o fator que causa doença periodontal (58,3%) (Tabela 5.35), mas mais uma vez a maioria dos professores também apontou que a causa da doença periodontal estaria associada a diversas causas concomitantes (Tabela 5.36).

Tabela 5.35 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie

Fatores que causam doença periodontal	Frequência	Porcentagem
Escovação inadequada	11	45,8%
Falta de uso de fio dental	14	58,3%
Presença de placa bacteriana	13	54,1%
Não sei	7	29,1%

Tabela 5.36 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre atitudes que podem prevenir a cárie

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
2	1	4,2%	4,2%
3	2	8,3%	12,5%
4	7	29,2%	41,7%
1,2	3	12,5%	54,2%
2,3	2	8,3%	62,5%
3,4	1	4,2%	66,7%
1,2,3	8	33,3%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

1- Escovação inadequada, 2- Falta de uso de fio dental, 3- Presença de placa bacteriana, 4-Não sei

Ao serem questionados sobre sua saúde bucal, 75% do professores consideraram-na boa (Tabela 5.37), sendo que 50% estiveram no dentista há menos de 6 meses (Tabela 5.38).

Tabela 5.37 – Opinião dos professores de crianças surdas sobre sua saúde bucal

Como você avalia sua SB?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Boa	18	75,0%	75,0%
Regular	4	16,7%	91,7%
Ruim	0	0%	91,7%
Não sei informar	2	8,3%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

Tabela 5.38 – Relato dos professores de crianças surdas sobre sua última consulta odontológica

Última vez q foi ao dentista?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Menos de 6 meses	12	50,0%	50,0%
Entre 6 meses e 1 ano	7	29,2%	79,2%
Há mais de 1 ano	5	20,8%	100,0%
Não lembro mais	0	0%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

Quando inquiridos sobre como cuidavam de seus dentes e boca, a maioria dos professores relatava a escovação após as refeições (87,5%) como principal cuidado, seguido do uso de fio dental (62,5%) e de visitas periódicas ao dentista (41,6%) (Tabela 5.39). Apenas 29,2% relatavam que possuíam um único cuidado com sua saúde bucal (Tabela 5.40).

Tabela 5.39 - Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre cuidados com dentes e boca

Cuidados com dentes e boca	Frequência	Porcentagem
Escovo após as refeições	21	87,5%
Uso fio dental	15	62,5%
Evito alimentos açucarados	1	4,1%
Faço auto-exame bucal	1	4,1%
Vou regularmente ao dentista	10	41,6%
Faço bochechos com flúor	7	29,1%

Tabela 5.40 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a opinião dos professores de crianças surdas sobre cuidados com dentes e boca

Cuidados com dentes e boca	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	4	16,7%	16,7%
2	1	4,2%	20,8%
5	1	4,2%	25,0%
6	1	4,2%	29,2%
1,2	5	20,8%	50,0%
1,5	1	4,2%	54,2%
1,2,5	3	12,5%	66,7%
1,2,6	2	8,3%	75,0%
1,4,5	1	4,2%	79,2%
1,2,3,5	1	4,2%	83,3%
1,2,5,6	4	16,7%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

1-Escovo após as refeições, 2- Uso fio dental, 3- Evito alimentos açucarados, 4- Faço auto-exame bucal, 5- Vou regularmente ao dentista, 6- Faço bochechos com flúor.

Dezenove (79,2%) professores avaliavam sua higiene bucal como sendo boa (Tabela 5.41) e acreditavam que utilizavam a técnica de escovação correta (Tabela 5.42).

Tabela 5.41 – Auto-avaliação dos professores de crianças surdas sobre sua higiene bucal

Como você avalia a sua higiene bucal?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Ótima	2	8,3%	8,3%
Boa	19	79,2%	87,5%
Regular	3	12,5%	100,0%
Ruim	0	0%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

Tabela 5.42 – Auto-avaliação dos professores de crianças surdas sobre a adequação da técnica de escovação empregada

Você usa a técnica de escovação adequada?	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	19	79,2%	79,2%
Não	2	8,3%	87,5%
Não sei	3	12,5%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

Quanto às informações que possuíam sobre higiene bucal, apenas 2 (8,3%) professores não relataram obtê-las através do dentista (Tabela 5.43) e poucos (25%) valiam-se de mais de um meio para atualizar-se sobre essas informações (Tabela 5.44).

Tabela 5.43 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre a obtenção de informações pelos professores de crianças surdas sobre higiene bucal

Onde você costuma obter informação e se atualizar sobre higiene bucal?	Frequência	Porcentagem
Na internet	6	25%
Através de amigos	2	8,3%
Em revistas, livros e folhetos	3	12,5%
Na televisão	2	8,3%
Em DVDs	1	4,1%
Com profissionais de saúde	20	83,3%
Em cursos de atualização	0	0%
Em nenhum deles	0	0%

Tabela 5.44 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre a obtenção de informações pelos professores de crianças surdas sobre higiene bucal

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	2	8,3%	8,3%
5	1	4,2%	12,5%
6	15	62,5%	75,0%
1,6	2	8,3%	83,3%
2,3	1	4,2%	87,5%
4,6	1	4,2%	91,7%
1,3,6	1	4,2%	95,8%
1,2,3,4	1	4,2%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

1- Na internet, 2-Através de amigos, 3-Em revistas, livros e folhetos, 4-Na televisão, 5- Em DVDs, 6- Com profissionais de saúde, 7- Em cursos de atualização, 8- Em nenhum deles.

5.3 Respostas Obtidas no “Questionário sobre Comunicação com Pacientes Surdos (para Dentistas)”

Foram distribuídos 50 questionários para dentistas e todos os questionários foram devolvidos.

Cada questionário destinado aos dentistas, possuía 21 perguntas. Como todos os questionários foram devolvidos, esperava-se contabilizar 1050 respostas. Foram contabilizadas apenas 13 (1,23%) respostas em branco. Três dentistas deixaram a questão 3 (Região de São Paulo em que trabalha) em branco, 2 deixaram a questão 4 (Tipo de trabalho) e a questão 12 (Que maneira você costuma se comunicar com o paciente surdo) e 6 deixaram a questão 14 (Onde recebeu a informação de que a língua de sinais é uma língua oficial no Brasil para a comunicação com pessoas surdas?).

As questões que não foram respondidas foram excluídas nas análises.

A caracterização dos cirurgiões dentistas (CDs) se deu através de 5 perguntas: idade, tempo de formado, local de trabalho, tipo de vínculo empregatício e grau de escolaridade.

A média de idade dos CDs era de 37 anos de idade (mínimo=22; máximo=71; DP=11,4469) (Tabela 5.45). A maior parte possuía até 11 anos de formado (52%) (Tabela 5.46), trabalhava em iniciativa privada (28%) (Tabela 5.47), na região sul de São Paulo (34%) (Tabela 5.48).

Tabela 5.45 - Idade dos cirurgiões dentistas que participaram da pesquisa

Idade (em anos)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
22	2	4,0%	4,0%
23	1	2,0%	6,0%
24	2	4,0%	10,0%
25	1	2,0%	12,0%
26	3	6,0%	18,0%
27	2	4,0%	22,0%
28	3	6,0%	28,0%
29	2	4,0%	32,0%
30	2	4,0%	36,0%
32	4	8,0%	44,0%
33	4	8,0%	52,0%
34	1	2,0%	54,0%
35	1	2,0%	56,0%
36	2	4,0%	60,0%
38	2	4,0%	64,0%
39	1	2,0%	66,0%
40	1	2,0%	68,0%
43	1	2,0%	70,0%
44	2	4,0%	74,0%
48	1	2,0%	76,0%
49	1	2,0%	78,0%
50	3	6,0%	84,0%
51	2	4,0%	88,0%
52	1	2,0%	90,0%
53	1	2,0%	92,0%
55	2	4,0%	96,0%
59	1	2,0%	98,0%
71	1	2,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.46 - Tempo de formado dos cirurgiões dentistas (em anos)

Tempo de formado	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
0 (< 1 ano)	1	2,0%	2,0%
1 (>1 e <2 anos)	3	6,0%	8,0%
2 (>2 e <3 anos)	5	10,0%	18,0%
3 (>3 e <4 anos)	1	2,0%	20,0%
4 (>4 e <5 anos)	2	4,0%	24,0%
5 (>5 e <6 anos)	3	6,0%	30,0%
6 (>6 e <7 anos)	2	4,0%	34,0%
7 (>7 e <8 anos)	1	2,0%	36,0%
8 (>8 e <9 anos)	2	4,0%	40,0%
9 (>9 e <10 anos)	2	4,0%	44,0%
10 (>10 e <11 anos)	4	8,0%	52,0%
11 (>11 e <12 anos)	2	4,0%	56,0%
12 (>12 e <13 anos)	2	4,0%	60,0%
14 (>14 e <15 anos)	2	4,0%	64,0%
15 (>15 e <16 anos)	2	4,0%	68,0%
16 (>16 e <17 anos)	1	2,0%	70,0%
20 (>20 e <21 anos)	2	4,0%	74,0%
24 (>24 e <25 anos)	1	2,0%	76,0%
26 (>26 e <27 anos)	1	2,0%	78,0%
27 (>27 e <28 anos)	2	4,0%	82,0%
28 (>28 e <29 anos)	1	2,0%	84,0%
29 (>29 e <30 anos)	2	4,0%	88,0%
30 (>30 e <31 anos)	4	8,0%	96,0%
34 (>34 e <35 anos)	1	2,0%	98,0%
45 (>45 e <46 anos)	1	2,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.47 – Tipo de vínculo empregatício do cirurgião dentista

Local de trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Iniciativa privada	28	58,3%	58,3%
Órgão público	10	20,8%	79,2%
Ambos	10	20,8%	100,0%
Total	48	100,0%	100,0%

Tabela 5.48 - Região de São Paulo em que trabalhava o cirurgião dentista

Região em que trabalha de SP	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1 – centro	3	6,4%	6,4%
2 – norte	6	12,8%	19,1%
3 – sul	16	34,0%	53,2%
4 – leste	1	2,1%	55,3%
5 – oeste	12	25,5%	80,9%
6 – outra cidade	6	12,8%	93,6%
7 – não trabalha	1	2,1%	95,7%
3 e 5 – sul e oeste	1	2,1%	97,9%
4 e 5 – leste e oeste	1	2,1%	100,0%
Total	47	100,0%	100,0%

Quanto a escolaridade os dentistas 52% relataram possuir somente graduação em odontologia (Tabela 5.49). Dentre os que possuíam algum tipo de curso de pós-graduação as duas mais prevalentes eram a Patologia Bucal, com 26,9%, e a Odontologia para Pacientes Especiais, com 19,2% (Tabela 5.50).

Tabela 5.49 - Grau de escolaridade dos cirurgiões dentistas

Grau de escolaridade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Graduação	26	52,0%	52,0%
Especialização	14	28,0%	80,0%
Mestrado	8	16,0%	96,0%
Doutorado	2	4,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.50 – Tipos de curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) relatado pelos dentistas e área

Área	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
CBMF	1	3,8%	3,8%
Cirurgia	1	3,8%	7,7%
Dentística	1	3,8%	11,5%
Endodontia	3	11,5%	23,1%
Endodontia e dentística	1	3,8%	26,9%
Geriatria	1	3,8%	30,8%
Odontologia Social	1	3,8%	34,6%
Odontopediatria	2	7,7%	42,3%
Ortodontia	1	3,8%	46,2%
Patologia Bucal	7	26,9%	73,1%
Pacientes Especiais	5	19,2%	92,3%
PBMF	1	3,8%	96,2%
Saúde Pública	1	3,8%	100,0%
Total	26	100,0%	100,0%

CBMF = Cirurgia buco-maxilo-facial; PBMF = Protese Buco-Maxilo-Facial

A maior parte dos CDs (60%) declarou que raramente atendia pacientes surdos (Tabela 5.51) e a insegurança no atendimento a esse tipo de paciente (70%) era o sentimento mais comum (Tabela 5.52). Talvez, em decorrência desse sentimento de insegurança, o dentista tenha se declarado pouco preparado (50%) ou despreparado (30%) para atender esse tipo de paciente (Tabela 5.53).

Tabela 5.51 - Frequência com que o cirurgião dentista declarou atender pacientes surdos ou com perda de audição

Frequência com que atende surdos	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
4 vezes por semana ou mais			
1 a 3 vezes por semana	3	6,0%	6,0%
Raramente	30	60,0%	66,0%
Eventualmente	10	20,0%	86,0%
Nunca	7	14,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.52 – Percepção do cirurgião dentista quanto ao atendimento de pacientes surdos

Como se sente atendendo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Muito confiante	3	6,0%	6,0%
Confiante	12	24,0%	30,0%
Um pouco inseguro	29	58,0%	88,0%
Muito inseguro	6	12,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.53 – Auto-avaliação do cirurgião dentista de seu conhecimento ao atender pacientes surdos

Como se sente sobre seu conhecimento	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Muito preparado	2	4,0%	4,0%
Preparado	8	16,0%	20,0%
Pouco preparado	25	50,0%	70,0%
Despreparado	15	30,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

A pouca segurança relatada pelos CDs talvez seja reflexo da falta de treinamento que receberam e relataram na pesquisa (Tabela 5.54). Dentre os 9 (18%) CDs que declararam ter recebido algum tipo de treinamento (Tabela 5.54), 63,6% foram treinados em cursos de pós-graduação (Tabela 5.55). Por outro lado, a falta de sinalizações e métodos que facilitem o atendimento do paciente surdo no ambiente de trabalho do CD (Tabela 5.56) e a falta de informação sobre estratégias de comunicação (Tabela 5.57), também podem contribuir para essa falta de segurança expressada pelos profissionais.

Dentre os cirurgiões dentistas que receberam algum tipo de informação sobre estratégias de comunicação com pacientes surdos (n=14 ou 28%), apenas 2 não apontaram instituições de ensino como a origem desse conhecimento (Tabela 5.58).

Tabela 5.54 - Treinamento ou instruções recebidos pelos cirurgiões dentistas antes de começar a atender pacientes surdos

Recebeu treinamento	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	9	18,0%	18,0%
Não	41	82,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.55 – Nível acadêmico em que os cirurgiões dentistas receberam treinamento ou instruções antes de começar a atender pacientes surdos

Em que nível	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1 – Graduação	2	18,2%	18,2%
2 - Curso de atualização	3	27,3%	45,5%
3 – Especialização	2	18,2%	63,6%
4 – Mestrado	1	9,1%	72,7%
6 - Inter-consulta	1	9,1%	81,8%
1 e 2 – Graduação e atualização	1	9,1%	90,9%
2 e 6 – Atualização e inter-consulta	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Tabela 5.56 – Identificação, por parte do cirurgião dentista, de sinalizações e métodos que facilitem o atendimento do paciente surdo em seu ambiente de trabalho

Sinalizações e métodos que facilitem o atendimento do paciente surdo no ambiente de trabalho do cirurgião dentista	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Nada	33	66,0%	66,0%
Sinais luminosos para identificar a chamada dos pacientes	1	2,0%	68,0%
Interpretes de língua de sinais	1	2,0%	70,0%
Dentistas que conhecem a língua de sinais	9	18,0%	88,0%
Funcionários que conheçam a língua de sinais	0	0%	88,0%
O acompanhante serve de intérprete	3	6,0%	94,0%
Sinais luminosos para identificar a chamada dos pacientes e Dentistas que conhecem a língua de sinais	2	4,0%	98,0%
Dentistas que conhecem a língua de sinais e Funcionários que conheçam a língua de sinais	1	2,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.57 - Informação sobre estratégias de comunicação com pacientes surdos recebidas pelo cirurgião dentista

Informação sobre estratégias de comunicação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	14	28,0%	28,0%
Não	36	72,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.58 – Identificação dos locais onde o cirurgião dentista recebeu informação sobre estratégias de comunicação com pacientes surdos

Locais que forneceram informação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
AACD-SP	1	7,1%	7,1%
Aula Dra Cláudia (CAPE)	1	7,1%	14,3%
CAPE/USP	3	21,4%	35,7%
Especialização CAPE/FOUSP	3	21,4%	57,1%
Graduação	1	7,1%	64,3%
Igreja	1	7,1%	71,4%
Mestrado	1	7,1%	78,6%
Tem 2 tias surdas	1	7,1%	85,7%
UNIP	1	7,1%	92,9%
Universidade	1	7,1%	100,0%
Total	14	100,0%	100,0%

AACD – Associação de assistência da criança deficiente; CAPE/USP – Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; UNIP – Universidade Paulista

Os CDs também foram inquiridos sobre as formas que utilizam para comunicar-se com o paciente surdo e a maioria relatou formas nas quais o CD não participa ativamente da comunicação: a presença de intérprete que acompanha o paciente (46,0%) e a habilidade do paciente de executar leitura labial (40,0%) (Tabela 5.59), sendo que a maioria dos dentistas (60,0%) procurava lançar mão apenas de uma forma (Tabela 5.60)

Tabela 5.59 – Informações totalizadas (de acordo com as categorias fornecidas) sobre formas com as quais o cirurgião dentista comunica-se com o paciente surdo

Formas de comunicação entre CD e paciente surdo	Frequência	Porcentagem
Anotações escritas	12	24,0%
Intérprete que acompanha o paciente	23	46,0%
Paciente fazia leitura labial	20	40,0%
Dentistas ou equipe conheciam língua de sinais	3	6,0%
Gestos e português	12	24,0%
Nenhuma das anteriores	5	10,0%

Tabela 5.60 - Informações individualizadas (de acordo com as respostas fornecidas) sobre formas com as quais o cirurgião dentista comunica-se com o paciente surdo

Formas de comunicação entre CD e paciente surdo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	4	8,0%	8,0%
2	12	24,0%	32,0%
3	5	10,0%	42,0%
5	4	8,0%	50,0%
6	5	10,0%	60,0%
1,3	1	2,0%	62,0%
1,5	1	2,0%	64,0%
2,3	4	8,0%	72,0%
2,5	1	2,0%	74,0%
3,4	1	2,0%	76,0%
3,5	2	4,0%	80,0%
3,1	2	4,0%	84,0%
1,2,3	2	4,0%	88,0%
1,3,4	1	2,0%	90,0%
1,3,5	1	2,0%	92,0%
2,3,4	1	2,0%	94,0%
2,3,5	1	2,0%	96,0%
1,2,3,5	1	2,0%	98,0%
1,2,4,5	1	2,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

1-Anotações escritas, 2-Intérprete que acompanha o paciente, 3-paciente fazia leitura labial, 4-Dentistas ou equipe conheciam língua de sinais, 5-Gestos e português, 6-Nenhuma das anteriores.

Apesar de todas as dificuldades relatadas e da quantidade pequena de recursos empregados pelos CDs na comunicação com o paciente surdo, a maioria (60%) tinha conhecimento que a Libras é a língua oficial no Brasil para a comunicação com a pessoa surda (Tabela 5.61) e a maior parte desse conhecimento havia sido adquirido através da mídia (Tabela 5.62). Mas a maioria não sabia sobre a legislação que exige a capacitação de profissionais em Libras e intérpretes para o atendimento a pessoas surdas em serviços públicos (Tabela 5.63). Dentre os 5 dentistas que tinham esse conhecimento, apenas 2 receberam-no dentro da universidade (Tabela 5.64).

Tabela 5.61 – Conhecimento sobre a oficialização da língua de sinais no Brasil, para a comunicação com pessoas surdas

Conhecimento sobre oficialização de Libras	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	30	60,0%	60,0%
Não	20	40,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.62 – Onde adquiriu o conhecimento sobre a oficialização da língua de sinais no Brasil, para a comunicação com pessoas surdas

Onde recebeu informação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Com o paciente	1	4,2%	4,2%
CAPE/USP	3	12,5%	16,7%
Em aula	1	4,2%	20,8%
Especialização	1	4,2%	25,0%
Graduação	2	8,3%	33,3%
Igreja	2	8,3%	41,7%
Internet	1	4,2%	45,8%
Mídia	7	29,2%	75,0%
Minha mãe fez curso para aprender	1	4,2%	79,2%
Na escola	1	4,2%	83,3%
Não lembro	1	4,2%	87,5%
Paciente	1	4,2%	91,7%
Tenho parente com deficiência auditiva	1	4,2%	95,8%
Vivência	1	4,2%	100,0%
Total	24	100,0%	100,0%

Tabela 5.63 – Conhecimento sobre a existência de lei que exige a capacitação de profissionais em libras e interpretes para o atendimento a pessoas surdas em serviços públicos

Conhecimento sobre lei	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	5	10,0%	10,0%
Não	45	90,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

Tabela 5.64 – Onde o cirurgião dentista recebeu a informação sobre a existência de lei que exige a capacitação de profissionais em libras e interpretes para o atendimento a pessoas surdas em serviços públicos

Onde recebeu informação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Faculdade	1	20,0%	20,0%
Meu pai	1	20,0%	40,0%
Minha mãe fez curso para aprender	1	20,0%	60,0%
Paciente que estuda a língua de sinais	1	20,0%	80,0%
Profissional dentista no CAPE	1	20,0%	100,0%
Total	5	100,0%	100,0%

A pesquisa para cirurgiões dentistas termina seu rol de questionamentos inquirindo o CDs sobre sua opinião se ele acredita que o conhecimento de Libras poderia ajuda-lo no atendimento a pacientes surdos. A essa questão apenas 1 CD respondeu que não (Tabela 5.65).

Tabela 5.65 – Opinião do CD sobre se o conhecimento da língua de sinais poderia ajudar no atendimento de pacientes surdos

Libras ajudaria	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	49	98,0%	98,0%
Não	1	2,0%	100,0%
Total	50	100,0%	100,0%

6 DISCUSSÃO

Pesquisas com seres humanos são complexas e muitas vezes difíceis de serem encerradas de acordo com as expectativas iniciais dos pesquisadores, particularmente quando os sujeitos da pesquisa não vislumbram um benefício imediato.

Pesquisas de opinião, como o presente trabalho, têm pouca receptividade dentro de comunidades metropolitanas de importantes pólos industriais com grandes densidades demográficas. É possível que sejam vistas como “perda de tempo” por parte dos pesquisados e outras vezes vistas com desconfiança, já que o sujeito da pesquisa sente-se julgado. Esses podem ser os motivos que levaram este trabalho a apresentar baixo percentual de retorno (apenas 32,34% dos questionários foram respondidos).

A escolha das escolas especiais foi baseada nos dados da literatura que apontam para o método do bilingüismo como sendo o mais satisfatório para a educação de crianças surdas. Por esta razão essas escolas que adotam o método bilíngüe possuem no quadro de funcionários um maior número de professores surdos quando comparadas a escolas municipais.

À escola Rotary foi direcionada a maior quantidade de questionários (53,84%), ainda que a escola não tenha retornado o maior percentual de questionários, essa estratégia mostrou-se adequada, já que a escola retornou a maior quantidade (48 de pais e 13 de professores).

Também puderam ser verificadas variações de acordo com os sujeitos da pesquisa. Nos questionários distribuídos aos pais verifica-se um percentual de retorno de 26,92%. Esse percentual sobe para 68,57% entre os professores e atinge 100% entre os dentistas. Como todos os dentistas entrevistados participam em uma instituição de ensino e pesquisa (FOUSP), é natural que entendam melhor seus objetivos e aplicabilidade e se sintam mais confortáveis em participar. Ainda assim, alguns CDs retornaram seus questionários com algumas questões em branco (1,23%), mas este também foi o menor percentual quando comparado ao de professores (4,33%) e pais (14,92%) de crianças surdas. As questões não respondidas geralmente representam dificuldade do sujeito da pesquisa em compreender o texto formulado ou desconhecimento do tema proposto.

Infere-se que a condição sócio-cultural e a idade de um cidadão influenciem na compreensão de questionários desta natureza e na quantidade e qualidade das respostas fornecidas. A condição sócio-cultural não foi verificada, mas 70% dos professores relataram possuir nível superior (a maioria em pedagogia - 66,7%) e 48% dos dentistas possuíam algum curso de pós-graduação.

Com relação à idade os três grupos apresentavam-se dentro da mesma faixa etária (entre 30 e 40 anos de idade).

A idade média das crianças surdas era de 8 anos de idade. Nessa idade a criança possui um grande afã de crescer e manifesta interesse pela sua anatomia interna, quer que o adulto seja parte do seu mundo e, apesar de sentir-se o centro de qualquer cena, procura viver segundo as normas dos demais. Por outro lado, sente-se mais identificada com a família e necessita dela porque esta exerce, sobre ela, uma influência preponderante (Gessel, 1963; Hurlock, 1963; Moragas, 1964). Essas características fazem dessa criança um alvo certo para a implementação de programas de saúde bucal e fazem de seus professores e de seus pais interlocutores ideais na veiculação e implementação dessas propostas. Na verdade, o envolvimento de pais e professores tem sido citado e utilizado há bastante tempo como recurso para a orientação de saúde bucal em escolas, com excelentes resultados (Brathall, 1988; Bijella, 1995).

A primeira boa notícia para a possível implementação de um programa de saúde bucal em escolas para crianças surdas é, sem dúvida, a boa qualificação profissional apresentada pelos professores. Expressa por formação específica em pedagogia em nível superior e pela ampla experiência que relataram (média de 10 anos de formados), essa qualidade de qualificação pode ser responsável pelo resultado positivo de futuros projetos de educação em saúde bucal.

Partindo da premissa socialmente aceita de que os pais são responsáveis pela educação de seus filhos e que as escolas atuam complementando a educação recebida pelas crianças em casa, foi investigado o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas em saúde bucal de pais e professores de crianças surdas. O objetivo era saber qual o nível de informação que a criança surda poderia estar recebendo e, em contrapartida, verificar se a criança encontraria respaldo válido para essas informações nas atitudes de pais e professores.

As informações sobre saúde bucal que pais e professores expressaram ao responder os questionários, pareceram adequadas de forma geral o que corrobora

com outros estudos (Campos; Garcia, 2004; Medeiros et al., 2004; Velloso., 2008) onde ambos conhecem os aspectos básicos de prevenção em odontologia e contraria os estudos de Granville-Garcia et al., 2007; Velloso et al., 2008 e Oliveira et al., 2010, onde os professores apresentaram informações limitadas sobre saúde bucal.

Considerando a participação dos professores fundamental na educação de crianças surdas desde a tenra idade, como sugerem os autores Saliba et al., 2003, Lopes e Veiga-Neto, 2006; Moura et al., 2008, existe uma preocupação das escolas que estes profissionais sejam de fato considerados melhor preparados para poder dar suporte á todas as necessidades da criança surda.

Entre os pais, a maioria identificava a escovação (88,8%) e o uso de fio dental (52,3%) como as principais formas de prevenção da cárie, mas a utilização de flúor ainda era desconhecida para a maioria. O perfil dos professores foi o mesmo, mas os percentuais maiores em todas as respostas. A grande diferença entre os dois grupos aparece quando verifica-se que 37,5% dos professores acreditavam que todas as atitudes deveriam ser tomadas concomitantemente para uma eficaz prevenção da cárie, contra 11,7% dos pais (Tabelas 5.24, 5.25, 5.33 e 5.34). A estranheza reside em verificar que, apesar disso e de identificar que existem bactérias na boca, a maioria dos professores não acreditava que a placa bacteriana pudesse ser removida na escovação e que fosse uma doença contagiosa (Tabela 5.32), o que denota um conhecimento limitado como citado por Vellozo, 2008 e Oliveira, 2010 .

A doença periodontal parece ser mais desconhecida para ambos os grupos do que a cárie. Cerca de vinte por cento dos pais e 29,1% dos professores não sabiam dizer as causas da doença periodontal. Mas dentre os que sabiam, mais uma vez um maior numero de professores atribuíram a múltiplos fatores a instalação dessa patologia (Tabelas 5.26, 5.27, 5.35 e 5.36).

Talvez essas diferenças se devam aos locais ou veículos eleitos para a colheita dessas informações. A maioria dos pais relatou adquirir e atualizar informações sobre saúde bucal na televisão, em revistas, livros, folhetos, através de amigos e na internet (Tabela 5.20), sendo que 70% utilizavam apenas um desses meios (Tabela 5.21). Em contra partida, 83,3% dos professores relataram obte-las através de profissionais de saúde (Tabela 5.43).

Parece que aqui se estabelece a importância de mais um interlocutor no fluxograma de transmissão de informações de saúde bucal para crianças surdas.

Ainda que seja amplamente reconhecida a relação que existe entre educação e saúde e a grande influência que a escola tem sobre a saúde de crianças e jovens (Nadanovsky, 2000), a especificidade do tema suscita no imaginário a necessidade de inclusão, nessa equação, de profissional treinado e capacitado, que possa atuar como provedor de informações específicas como sugerem os autores (Lopes; Neto, 2006; Moura et al., 2008)

O cirurgião dentista poderia estar envolvido em três momentos distintos dentro deste fluxograma: como fonte do conhecimento sobre saúde bucal de pais, como fonte do conhecimento sobre saúde bucal de professores e promovendo programas de informação de saúde bucal nas escolas que envolvessem diretamente crianças, pais e professores (Figura 6.1).

Figura 6.1 – Fluxograma do envolvimento de cirurgiões dentistas, pais e professores na educação em saúde bucal de crianças surdas

Os CDs que até a década de 70, restringiam sua participação na promoção de saúde bucal nas escolas a ações esporádicas e descontínuas, reconhecem hoje que sistemas de prevenção em saúde bucal são processos sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas. Os profissionais consideram hoje os diferentes aspectos relativos à população alvo no planejamento do conjunto de atividades coletivas e individuais que integram um sistema de prevenção. São ressaltadas as características sócio-culturais, os fatores econômicos e os aspectos biológicos que afetam cada grupo social específico (Frazão; Narvai, 2010). Mas não parece profícuo investir somente na educação de crianças surdas sem incluir nessa estratégia pais e professores. Normalmente, crianças são influenciadas por esses dois grupos de adultos, mas a importância e magnitude dessa influência é potencializada pela pressão exercida pela linguagem. Excluídas pela sociedade da maior parte das informações veiculadas, as crianças surdas recorrem quase que exclusivamente a pais e professores na aquisição de conhecimentos. Recorrem, na verdade, àqueles que confiam e que compreendem, como qualquer pessoa.

Além de comunicarem-se através da linguagem as crianças podem também mirar-se nos adultos para visualizar atitudes que possam servir de referência para seu próprio comportamento ou que possam confirmar as informações recebidas previamente. De acordo com os dados da literatura as crianças surdas filhas de pais ouvintes necessitam da presença do adulto surdo na escola para aquisição da língua conforme cita Lopes e Veiga-Neto, 2006 e Moura et al., 2008.

Os pais de crianças surdas declararam ter visitado o dentista pela última vez há menos de 1 ano (55%) e acreditavam que sua higiene bucal era “boa” (45,8%) ou “ótima” (8,5%), que utilizavam a técnica de escovação correta (46,7%) e que escovavam os dentes após as refeições (91%). Essa resposta é consistente com as respostas dadas sobre métodos de prevenção de cárie e doença periodontal. Mas, estranhamente, ainda que pareçam conhecer como prevenir cárie, que julguem sua higiene adequada e que visitem o dentista com certa regularidade, a maioria não acreditava que sua saúde bucal fosse boa (40,7% regular e 13,6% ruim) (Tabelas 5.16, 5.17, 5.18). Esta parece ser uma inconsistência. As tabelas 5.13 e 5.14 mostram que as crianças surdas, ainda que recebessem auxílio dos pais (62%), executavam higiene dental uma (4,9%) ou duas vezes ao dia (45,9%). O auxílio dos pais às crianças também preocupa do ponto de vista qualitativo, já que uma boa parte não sabia se utilizava a técnica de escovação adequada (36,7%) e alguns

tinham certeza de que a técnica utilizada era incorreta (15%). Outro ponto que causa preocupação é que apesar de não saberem se a técnica empregada era correta, foram os pais que ensinaram as crianças sobre saúde bucal (83,9%) (Tabela 5.11).

As respostas dos professores indicavam um cuidado maior com a saúde bucal, periodicidade menor de visitas ao consultório odontológico e maior certeza de uma condição bucal boa (Tabelas 5.37 a 5.42). Apesar de respostas tão positivas, a pesquisa não pode precisar qual é a contribuição de professores para a educação em saúde bucal de alunos surdos, já que não foi formulada questão a esse respeito. Essa informação difere das encontradas nos estudos de Vellozo et al., 2008; que consideraram sua saúde bucal como regular ou ruim devido à falta de acesso aos serviços odontológicos.

Consideramos nesse contexto a informação de Barnett (2002) que relata que devido a falta de comunicação muitos surdos acabam tendo menor acesso aos serviços odontológicos o que foi confirmado por Oredugba (2004) e Alsmark et al., (2007).

Sugere-se que a execução de novos estudos incluam esse tipo de avaliação.

As diferenças de atitudes verificadas entre professores e pais, talvez esteja vinculada às diferentes formas relatadas pelos dois grupos para adquirir informações sobre saúde bucal. Isto reforça a tese sobre a importância de fomentar programas de educação em saúde bucal nas escolas que incluam pais e professores.

Também parece adequado que esses programas sejam concebidos por profissionais de odontologia. Mas a concepção de um programa de educação não pode fundamentar-se somente no conhecimento específico que será transmitido. Segundo Frazão e Narvai (2010), do ponto de vista sociocultural, não se pode desprezar a faixa etária, os costumes e a experiência histórica do grupo social local e de suas lideranças. Neste aspecto, incluem-se desde a utilização de utensílios e insumos de limpeza, práticas alimentares até conceitos e a linguagem para expressá-los que conformam o universo simbólico da população-alvo. Concepções relativas à causalidade das doenças e ao modo de impedir o aparecimento delas são determinadas pela dinâmica sociocultural de cada população.

Este ponto levanta mais uma vez a questão sobre a possível barreira que representaria a linguagem. A odontologia estaria preparada para suprir essas informações à pacientes surdos?

Os pais das crianças forneceram algumas respostas interessantes sobre a experiência de seus filhos no consultório odontológico e que podem ser avaliadas sob essa ótica.

A maioria das crianças já havia visitado o consultório odontológico e tinham em média 4 anos de idade na primeira visita (Tabelas 5.4), o que difere do estudo de Champion e Holt (2000), que revelou que crianças com surdez profunda com a idade inferior aos 5 anos de idade, haviam visitado muito menos o dentista quando comparadas com crianças com perda auditiva moderada. Esse resultado pode indicar um achado ou refletir dificuldades no atendimento odontológico de crianças pequenas com perda auditiva profunda. Sessenta e dois por cento dos pais relataram que essa primeira consulta fora uma consulta de rotina, sem que a criança apresentasse dor ou outro motivo para tal. Apenas 9,52% dos dentistas comunicaram-se com a criança em Libras. O mesmo resultado com baixa utilização da libras por profissionais dentistas foi encontrado nos estudos de Champion e Holt (2000) e Garbin et al. (2008) e sugerem que os profissionais pudessem aprender alguns sinais básicos para facilitar a comunicação com pacientes surdos.

O panorama apresentado parece desfavorável a apreensão de informações por parte da criança. Ao comunicar-se com uma criança de 4 anos de idade o adulto tem que ajustar o conteúdo e a forma de seu discurso para que esse possa atingir os objetivos propostos. Quando isso é feito entre duas pessoas que não falam a mesma língua a dificuldade passa a ser exponencial e a probabilidade de interpretações inadequadas torna-se quase que inevitável, particularmente quando um dos idiomas não possui a mesma quantidade de palavras que o outro.

A forma encontrada por pais e dentistas de minorar essa dificuldade foi a utilização dos primeiros como interlocutores (Gráfico 5.1). Essa atitude fez com que as crianças fossem atendidas pelos profissionais olhando diretamente para seus pais, o que diminui consideravelmente a insegurança e o estresse de qualquer criança pequena no ambiente odontológico. Esse fato associado a primeira consulta não ser vinculada à uma emergência odontológica provavelmente resultou num comportamento calmo da maioria das crianças (Tabela 5.6) e isso pode ter sido interpretado pelos pais como “ausência de dificuldade” durante o tratamento odontológico (Tabela 5.7). Ainda assim, 24% dos pais entenderam que a falta de comunicação e entendimento durante a consulta representou uma dificuldade.

A maioria dos pais também acredita que seus filhos não tem medo de ir ao dentista (Tabela 5.8), mas acham que seria importante um vídeo em Libras que contivesse explicações sobre saúde bucal (Tabela 5.12), já que poucos CDs preocuparam-se em apresentar imagens sobre o tema (13,7%). Talvez essa dificuldade de comunicação tenha sido a responsável pela falta de atenção do CD em apresentar o consultório odontológico e os equipamentos à criança surda (Tabela 5.9).

Mesmo o CD que freqüenta o CAPE e que, por essa razão, teoricamente conhece melhor às necessidades de pacientes especiais, ainda não consegue acumular recursos lingüísticos suficientes para transferir seus conhecimentos diretamente para essas crianças. Sente-se inseguro (Tabela 5.52) e pouco preparado (Tabela 5.53), provavelmente porque não recebeu treinamento ou instrução para atender pacientes surdos ou sobre estratégias de comunicação utilizadas nesse tipo de atendimento (Tabelas 5.54 e 5.57), necessitando, na maioria das vezes, do auxílio de um interlocutor (Tabela 5.59 e 5.60). Mas a inclusão dessa etapa intermediária de comunicação, entre CD e criança surda, também pode imprimir falhas de tradução ao texto original, particularmente porque a criança está no processo de aquisição de uma língua e ainda desconhece vários sinais específicos, principalmente alguns que por ventura não existam na língua de sinais e que o dentista deve procurar outras estratégias para exprimir muitas das informações “odontológicas”.

Entre os CDs que receberam algum tipo de treinamento sobre comunicação com pacientes surdos (18%), a maioria declarou que esse conhecimento foi adquiridos em cursos de pós-graduação (Tabela 5.55). Os locais mais citados foram centros especializados no treinamento e formação de CDs na especialidade odontológica de “Pacientes Especiais” (Tabela 5.58).

O despreparo dos profissionais para o atendimento destes pacientes, corrobora com o estudo de Barnett (2002) que identifica que pouca atenção é dada aos estudantes da área médica sobre as estratégias de comunicação utilizadas para facilitar a comunicação com pacientes surdos. E esclarece que uma vez que as deficiências são identificadas, o planejamento de adições curriculares deve incluir a contribuição de professores, pacientes e alunos com perda auditiva. Informações de como trabalhar com pessoas surdas deveriam ser incluídas nos cursos que ensinam técnicas de comunicação entre profissionais da área médica e pacientes e as

simulações de consultas devem incluir cenários com pacientes e familiares surdos ou que apresentam déficits auditivos.

Em realidade, a maioria dos CDs raramente atendia pacientes surdos (Tabela 5.51), ainda que estivessem vinculados, de alguma forma, à especialidade que seria responsável por atender esse tipo de paciente. A pequena demanda é, provavelmente, a grande responsável pela falta de conhecimento específico do profissional. O aprendizado de uma nova língua requer tempo e, muitas vezes, investimento financeiro e o senso comum é de que despender ambos seria justificável caso a necessidade de utilização do conhecimento fosse freqüente. Mas muitos dos CDs trabalham no serviço público (41,6%) e, como o governo redigiu e publicou lei que exige a capacitação de profissionais em Libras e intérpretes para o atendimento de pessoas surdas, em teoria, deveria cumprir esse tipo de determinação. Mas, além de não serem capacitados em Libras, a maioria dos CDs relata que, em seus locais de trabalho, não existe sinalização que facilite o atendimento ao paciente surdo (Tabela 5.56), fazendo com tenham que utilizar o acompanhante do paciente como intérprete, na maioria das vezes (Tabela 5.59).

Apesar de todas as dificuldades relatadas e da quantidade pequena de recursos empregados pelos CDs na comunicação com o paciente surdo, a maioria (60%) tinha conhecimento que a Libras é a língua oficial no Brasil para a comunicação com a pessoa surda e a maior parte desse conhecimento havia sido adquirido através da mídia (Tabela 5.62). Mas a maioria não sabia sobre a legislação que exige a capacitação de profissionais em Libras e intérpretes para o atendimento de pessoas surdas em serviços públicos (Tabela 5.63).

Em vista do assunto abordado e das dificuldades relatadas os CDs acreditam que o conhecimento de Libras poderia ajudar no atendimento a pacientes surdos.

Em resumo, os questionários apresentam pais e professores que parecem relativamente bem informados quanto às doenças mais comuns em boca (cárie e doença periodontal). Mas os pais parecem não colocar em prática todas as informações que relatam possuir e não conseguir repassa-las totalmente aos seus filhos. Também não vêm maiores problemas para o tratamento odontológico de seus filhos, mas acham útil um material audiovisual para educação em saúde bucal dos mesmos. E os cirurgiões dentistas têm pouca afinidade com o tema já que praticamente não recebem pacientes nessa condição. Em contrapartida, o governo

promulga leis de inclusão social para essa população, que permanecem desconhecidas e descumpridas.

A especialidade de “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais” é uma especialidade que foi fomentada no direito dos excluídos (Fonseca, 2010). Os CDs especialistas proporcionam tratamento odontológico a uma população que os colegas não se encontravam aptos a receber em seus consultórios. Uma população constituída basicamente de minorias sociais. Mas, essas “minorias sociais” têm aumentado em número e têm-se feito identificar por legisladores. Requerem inclusão social em todos os níveis, inclusive em saúde bucal. A quantidade de pessoas surdas pode parecer pequena e dilui-se entre 180 milhões de brasileiros, mas ser “minorias” não é aval para que se ampute parte de sua cidadania.

A possibilidade de novas pesquisas, através de escalas validadas e transcritas para as línguas sinalizadas se mostra em ascensão, conforme Jeffery e Manley (2005), Black e Glickman (2006) e Cardoso (2006). A elaboração de metodologias adequadas poderia facilitar a avaliação de diversas interfaces do paciente surdo, tais quais: índices diversos de higiene oral, prevalência de doenças sistêmicas associadas, etc.

O esclarecimento de um diagnóstico preciso depende de uma comunicação efetiva, o que contribuirá para demonstrar respeito pela dignidade do paciente, que de acordo com McAleer (2006), é necessário enfatizar que a surdez implica em diversidade e precisa ser reconhecida, compreendida e acima de tudo respeitada.

Não há dúvida que as crianças surdas necessitam que os programas vigentes em saúde bucal sejam acessíveis. O dentista especialista em pacientes especiais também necessita de ferramentas auxiliares para poder contribuir adequadamente com essa acessibilidade.

7 CONCLUSÃO

A percepção do panorama apresentado indica que, provavelmente, as crianças surdas estão expostas a níveis de conhecimentos relativamente adequados, mas as atitudes e práticas identificadas nos pais dessas crianças e a dificuldade de comunicação com dentistas sugerem a necessidade de implementação de programas de educação em saúde bucal que sejam específicos para essa população.

REFERÊNCIAS¹

Almas K, Al-Shwaimi EO, Al-Shamrani HS, Skaug N. The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance patterns among school teachers in Riyadh. *Saud Med J*. 2003;24(10):1087-91.

Almeida M. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

Alsmark SSB, Garcia JNG, Martinez MRM, López NEG. How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(8):E576-81.

Antunes LS, Soraggi MBS, Antunes LAA, Corvino MPF. Avaliação da percepção das crianças e conhecimento dos educadores frente à saúde bucal, dieta e higiene. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2006 Jan/Abr;6(1):79-85.

Barnett S. Communication with Deaf and Hard-of-hearing People: a guide for medical education. *Academic Med*. Jul 2002;77(7): 694-700.

Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. *RBPS*. 2006;19(3):182-7.

Bijella, MFTB. Avaliação de um programa odontológico, com bases educativa, preventiva e curativa, desenvolvido com pré-escolares durante 12 meses. *Cecade News, Bauru*, 1995 maio/ago;3(2):1-5.

Black PA, Glickman NS. Demographics, Psychiatric diagnoses, and other characteristics of north american deaf and hard-of-hearing patients. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2006;11(3):303-21.

Borgstein J. A sense of language. *Lancet* 2001;357:1036-7.

Bratthall D, Ribeiro J. O programa sueco de saúde oral para adultos. *RBO*. 1988 Nov/Dez;XLV(6):2-10.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Decreto nº 5.626, de 02/12/2005. Regulamenta a Lei nº 10.098/00 e a Lei nº 10.436/02. [citado 04 set 2007]. Disponível em:
<http://www.iel.unicamp.br/destaques/arquivos/Relatorio GT.pdf>.

Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília DF. Jan 2004. [citado 26 set 2009]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

Brasil. LDB. Lei n 9394. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília. 1996 dez; CXXXIV (248):27833-8.

Brasil. Legislação Federal 2010. [citado 29 set 2010]. Disponível em:
http://www.deolhonocongressonacional.com.br/_controle_central/mostrar.php?cliente=AIC&id_topico=16788.

Brasil. Lei nº 10.436, de 24/04/2002. [citado 29 set 2010]. Disponível em:
<http://www.fiemg.com.br/ead/pne/leis/10436.pdf>. lei.

Brasil.Ministério da Educação. CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União. Brasília.04 de março de 2002 Seção 1,p.10. [citado 05 mar 2007]. Disponível em: www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasil Sorridente.2004. [citado 02 set 2006]. Disponível em: [URL:http://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

Brasil. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. 1989. [citado 04 set 2009]. Disponível em
<http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/>.

Brasil. Secretaria de Educação Especial. A educação dos surdos. Organizado por Rinaldi G et al. Série atualidades pedagógicas. Brasília: MEC/ SEESP; 1997. (Série atualidades pedagógicas).

Campos JADB, Garcia PPNS. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. Ciênc Odontol Bras. 2004 Jan/Mar;7(1):58-65.

Caporalli SA, Lacerda CBF, Marques PL. Ensino de língua de sinais a familiares de surdos: enfocando a aprendizagem. Pro-Fono Rev de Atual Científica. 2005;17(1):89-98.

Capovilla FC, organizador. Dicionário enciclopédico ilustrado trilingue da Língua de Sinais Brasileira. 2a ed. São Paulo: Edusp e Imprensa Oficial; 2001. V. 1 e 2.

Cardoso AHA, Rodrigues CR, Bachion MM. Percepções da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(4):1-7.

Cecatto SB, Garcia RID, Costa KS, Abdo TRT, Rezende CEB, Rapoport PB. Análise das principais etiologias de deficiência auditiva em Escola Especial "Anne Sullivan". Rev Bras Otorrinolaringol. 2003 mar/abr;69(2):235-40.

Champion J, Holt R. Dental care for children and young people who have a hearing impairment. Br Dent J. 2000;189(3):155-9.

Conselho Federal de Odontologia. 2006 [citado 13 jun 2006]. Disponível em: www.cfo.org.br/publicacoes.

Cornes A, Napier J. Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. Australas Psychiatry. 2005;13(4):403-6.

Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. Spec Care Dentist. 2000;20:199-207.

Favero EAG. Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na universidade. São Paulo: WVA; 2004.

Fonseca ALA, Azzalis LA, Fonseca FLA, Botazzo C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano. 2010;20:108-16.

Frazão P, Narvai PC. Promoção da saúde bucal em escolas [citado 22 set 2010]. Disponível em : http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/DPromo.pdf.

Garbin CAS, Garbin AJI, Sumida DH, Prado RL, Gonzaga LCA. Evaluacion del tratamiento personal recibido por pacientes sordos em consultório odontológico. Acta Odontol Venez. 2008;46(4):1-6.

Gessel A. Psicología evolutiva de 1 a 16 años. Buenos Aires: Paidós; 1963.

Godinho R, Keogh I, Eavey R. Perda auditiva genética. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003 [citado 02 out 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000100016. Jan/fev 69(1): 1-10.

Granville-Garcia AF, Silva JM, Guinho SF, Menezes V. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. RGO. 2007 jan/mar;55(1):29-34.

Greene L, Dicker EB. Discovering sign language. Washington D. C.: Gallaudet University Press; 1988. p. 34-43.

Hector S, Gelbier S. Communication with Deaf People in the Surgery Setting. Br Dent J. 1989;167(9-12):350-2.

Hilger EC, Abegg C, Pretto SM. Análise das abordagens de Educação em Saúde em programas de saúde bucal. Ação Coletiva. 1999;2(2):10-4.

Hurlock, E. Desarrollo Psicológico del Niño. 2a ed. Madrid: Ed. del Castillo; 1963.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo. 2000 [citado 13 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.

Jeffery D, Austen S. Adapting de-escalation techniques with deaf service users. Nurs Standard. 2005;19(49):41-7.

Kim SY, Bothwell NE, Backous DD. The expanding role of the otolaryngologist in managing infants and children with hearing loss. Otolaryngol Clin N Am. 2002;35:699-710.

Kyle J. A pessoa surda: aspectos de desenvolvimento/aprendizagem e contextos de educação bilíngüe. Rev online da Bibl. Prof. Joel Martins, Campinas. 2001a;(2)3:117-28.

Kyle J. Deaf children learning to sign. Rev online da Bibl. Prof. Joel Martins, Campinas. 2001b;2(3):27-37.

Lichtig I, Cárnio MS, Gomes MSR, Akiyama R. A relevância da participação de surdos adultos. In: I. Lichtig. Programa de intervenção fonoaudiológica com famílias de crianças surdas –PIFFCS. Barueri: Ed. Pró-Fono; 2004.

Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas. Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(4):29-39.

Lo Cascio E, Rubinstein L, Aymard Jr LL. Deafness and dental helth care. Clin Prevent Dent. 1985;7(4):11-5.

Lopes MC, Veiga-Neto A. Marcadores culturais surdos:quando eles se constituem no espaço escolar. Dossiê Língua de Sinais e Educação de Surdos. Perspectiva. Rev Centro Ciênc Educ. 2006;24:80-100.

Manley MCG, Leith J. Deafness and dental care. Community Dent Health. 1986;20:219-21.

McAleer M. Communicating effectively with deaf patients. Nurs Stand. 2006 Jan; 20(19):51-4.

Medeiros MID, Medeiros LADM, Alemida RVD, Padilha WWN. Conhecimento e atitudes de professores de ensino fundamental sobre saúde bucal: um estudo qualitativo. Pesq Bras Odontoped Clin Integr; João Pessoa. 2004;(4)2:131-6.

Moura GM. Produção de recurso audiovisual sobre a comunicação do surdo e o papel da língua de sinais: impacto em pais ouvintes de filho surdo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006.

Moura MC, Vergamini SAA, Campos SRLC. Educação para Surdos: práticas e Perspectivas. São Paulo: Editora Santos; 2008.

Moragas J. Pedagogía familiar. 3a ed. Barcelona: Ed. Lumen; 1964.

Nadanosvsky P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4a ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. p 293-310.

Naito M, Nakayama T, Hamagima M. Health literacy education for children: acceptability of a school-based program in oral health. J Oral Sci. 2007;49(1):53-9.

Nakata NMK. Síndromes genéticas e ambientais em distúrbios da audição [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2006.

Novaes MS De P. Atenção odontológica integral a deficientes auditivos: uma proposta [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1997.

Oliveira JJB, Souza PGB, Oliveira FB, Moura SAB. Conhecimento e práticas de professores de ensino fundamental sobre saúde bucal. Int J Dent. 2010;9(1):21-7. [citado 23 ago 2010]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd>.

Oliveira LFA, Oliveira CCC, Rodrigues S, Gonçalves J. Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. Odontologia Clín-Científ. 2004;3(3):187-92.

Oredugba FA. Oral health care knowledge and practices of a group of adolescents in Lagos, Nigeria. J Public Health Dent. 2004;64(2):118-20.

Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):121-30.

Pereira CB. História oficial da língua de sinais. Rev Sentidos. 2006(1).

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4a ed. Santos: São Paulo; 2000.

Pollack JJ. Communicating with adolescent deaf patient. J Md State Dent Assoc. 1976;19(1):12-4.

Quadros RM. Alfabetização e o ensino da língua de sinais. Textura, Canoas. 2000;3:53-60.

Saliba NA, Pereira AA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM. Programa de educação em saúde bucal: A experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Clin-Cient, Recife, 2003;2(3):197-200.

Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNO. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. Rev Odontol UNESP. 2002;31(2):205-14.

Sass-Lehrer M, Borner-Johson B. Early Intervention. In: Marschark M, Spencer, PE, editors. Oxford handbook of deaf studies, language and education. Oxford: Oxford University; 2003. p. 65-81.

Sassaki RK. Inclusão no lazer e turismo. São Paulo: Áurea Editora; 2003. p. 27, 65.

Slaven A. Communication and the hearing-impaired patient. Nurs Stand. 2003;18(12):39-41.

Skliar, C, organizador. A surdez: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação; 1998.

Slomski VG, Lichtig I, Trettel M, Barbosa FV. Desenvolvendo as capacidades didáticas do educador surdo quanto ao ensino da língua de sinais: relato de uma experiência. Bol Psicologia. 2004;121:175-95.

Tunis W, Dexter C. Dentistry and the Hearing-Impaired Child. J Pedod. 1979;3(4):321-4.

Vasconcelos R, Matta ML, Poderdeus IA, Paiva SM. Escolas: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. Rev Fac Odontol, São José dos Campos. 2001;4(3):43-8.

Vellozo RCADM, Queluz DP, Mialhe FL, Pereira AC. Associação entre as características do profissional do ensino fundamental e seus conhecimentos em saúde bucal. Ciênc Cognição. 2008;13(3):70-81.

Vicente VA, Poletto MM, Neiva IF, Pinto JVT, Braga SF, Moreira M. Relação entre a prevalência da doença Cárie e risco microbiológico. Cienc Odontol Bras. 2008;11(2):44-8.

Warner RW. Improving communication with the older patient: overcoming the physical barrier of a hearing loss. Spec Care Dentist. 1986;6:15-7.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - FOU SP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO

FR – 298876

Protocolo 170/2009

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Odontologia e saúde bucal para crianças surdas"**, de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Cláudia Barbosa Pereira, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) Karem López Ortega.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 11 de março de 2010.

 Profa. Dra. Marcia Turola Wanderley
 Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B - Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para pais”

Idade do pai ou mãe:

Idade do filho:

Saúde Bucal do seu filho(a)

1. Assinale o sexo do seu (sua) filho (a): *(Assinale apenas uma alternativa)*

Masculino	1
Feminino	2
2. Seu filho (a) já foi ao dentista alguma vez? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
3. Quantos anos a criança tinha quando foi ao dentista pela PRIMEIRA VEZ?
Assinale a idade em anos
4. Por que levou seu (sua) filho (a) ao dentista (na primeira vez)? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Consulta de rotina	1
Emergência (dor)	2
Outro motivo (Por favor, especifique ao lado)	3
5. Assinale apenas uma alternativa)

Gestos	1
Libras	2
Português	3
Pediu que eu o fizesse	4
6. Como foi o comportamento de seu filho (a) no dentista? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Calmo	1
Não deixou tratar	2
Agressivo	3
Chorou	4
Teve um pouco de medo, mas deixou tratar	5
7. Quantas vezes por dia seu filho (a) escova os dentes? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Uma vez	1
Duas vezes ao dia	2
Três vezes ao dia	3
Mais de três vezes ao dia	4
Nenhuma vez	5
8. Você (ou algum adulto) ajuda na escovação? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
9. Ele (a) faz bochecho com flúor? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
10. Qual é a maior dificuldade para fazer tratamento odontológico em seu filho (a)? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Comportamento difícil da criança	1
Falta de comunicação e entendimento durante a consulta	2
Falta de um profissional que tenha paciência	3
Nenhuma dificuldade específica	4
11. Algum dentista já indicou sedação ou anestesia geral para tratar os dentes de seu filho (a)? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
12. Seu filho (a) tem medo de ir ao dentista? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
Às vezes	3
13. Algum dentista já mostrou um filme de saúde bucal para seu filho (a)? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
Não	2
Não que eu saiba	3
14. Algum dentista já mostrou um filme de saúde bucal para seu filho (a)? *(Assinale apenas uma alternativa)*

Sim	1
-----------	---

	Não	2
	Não que eu saiba	3
15.	Você acha que seria importante ter um vídeo em libras para explicar sobre saúde bucal para seu filho (a)? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Sim	1
	Talvez	2
	Não	3
16.	Quem ensinou seu filho (a) sobre saúde bucal? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Mãe e/ou pai	1
	Professor	2
	Dentista	3
	Outro profissional de saúde	4
17.	Algum dentista mostrou e explicou os equipamentos do consultório para seu filho (a)? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Sim	1
	Não	2
	Não que eu saiba	3

Bloco 2: Auto-avaliação (Agora vamos falar de você)

(adaptado de

Velozo, 2008 e Naito, 2008)

18.	Como você avalia a sua saúde bucal? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Boa	1
	Regular	2
	Ruim	3
	Não sei informar	4
19.	Quando foi a última vez que você foi ao dentista? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Mais de 6 meses	1
	Entre 6 meses e um ano	2
	Há mais de 1 ano	3
	Nem lembro mais	4
20.	Em sua opinião, como se evita a cárie? <i>(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)</i>	
	Escovando os dentes após as refeições	1
	Indo regularmente ao dentista	2
	Usando fio dental	3
	Reduzindo o consumo de açúcar	4
	Usando flúor	5
	Não sei	6
21.	Quais são os fatores que causam as doenças periodontais (da gengiva)? <i>(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)</i>	
	Escovação inadequada	1
	Falta de uso de fio dental	2
	Presença da placa bacteriana	3
	Não sei	4
22.	Como você cuida de seus dentes e de sua boca? <i>(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)</i>	
	Escovo após as refeições	1
	Uso fio dental	2
	Evito alimentos açucarados	3
	Faço auto-exame bucal	4
	Vou regularmente ao dentista	5
	Faço bochecho com flúor	6
23.	Como você avalia a sua higiene bucal? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Ótima	1
	Boa	2
	Regular	3
	Ruim	4

24. Você usa a técnica de escovação adequada? (*Assinale apenas uma alternativa*)
Sim	1
Não	2
Não sei	3
25. Onde você costuma obter informação e se atualizar sobre HIGIENE BUCAL? (*Assinale mais de uma alternativa se for o caso*)
Na internet	1
Através de amigos	2
Em revistas, livros e folhetos	3
Na televisão	4
Em DVDs	5
Com profissionais de saúde	6
Em cursos de atualização	7
Em nenhum deles (por favor, especifique)	8

ANEXO C - Questionário “Conhecimento sobre Saúde Bucal para professores”

Escola em que trabalha:			
Sua idade? _____ anos		Tempo de formado (a)? _____ anos	
Sua escolaridade?			
		() Surdo	() Ouvinte

Bloco 1: Conhecimento e informação

26. Por favor, para cada afirmação abaixo, assinale Verdadeiro ou Falso:

Resposta		Verdadeiro	Falso	Não sei
	A cárie é uma doença que pode ser transmitida para outra pessoa	1	2	3
	Existem bactérias na boca	1	2	3
	A placa bacteriana pode ser removida na escovação	1	2	3
	O flúor protege os dentes contra as cáries	1	2	3
	A saúde bucal interfere na saúde geral	1	2	3
	O uso prolongado da chupeta e mamadeira pode prejudicar os dentes	1	2	3
	A alimentação é importante para a saúde bucal	1	2	3
	A falta de dentes interfere na fala	1	2	3
	Os dentes de leite quando amolecem deve ser retirados pela criança	1	2	3
	Existem doenças na boca que podem ser transmitidas para outras pessoas ..	1	2	3
	O sangramento na gengiva significa falta de escovação	1	2	3
	O fio dental, escova dental e bochecho com flúor são necessários diariamente	1	2	3

Bloco 2: Auto-avaliação

(adaptado de Velozo, 2008 e

Naito, 2008)

27. Como você avalia a sua saúde bucal? *(Assinale apenas uma alternativa)*

- Boa 1
 Regular 2
 Ruim 3
 Não sei informar 4

28. Quando foi a última vez que você foi ao dentista? *(Assinale apenas uma alternativa)*

- Mais de 6 meses 1
 Entre 6 meses e um ano 2
 Há mais de 1 ano 3
 Nem lembro mais 4

29. Em sua opinião, como se evita a cárie? *(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)*

- Escovando os dentes após as refeições 1
 Indo regularmente ao dentista 2
 Usando fio dental 3
 Reduzindo o consumo de açúcar 4
 Usando flúor 5
 Não sei 6

30. Quais são os fatores que causam as doenças periodontais (da gengiva)? *(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)*

- Escovação inadequada 1
 Falta de uso de fio dental 2

	Presença da placa bacteriana	3
	Não sei	4
31.	Como você cuida de seus dentes e de sua boca? <i>(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)</i>	
	Escovo após as refeições	1
	Uso fio dental	2
	Evito alimentos açucarados	3
	Faço auto-exame bucal	4
	Vou regularmente ao dentista	5
	Faço bochecho com flúor	6
32.	Como você avalia a sua higiene bucal? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Ótima	1
	Boa	2
	Regular	3
	Ruim	4
33.	Você usa a técnica de escovação adequada? <i>(Assinale apenas uma alternativa)</i>	
	Sim	1
	Não	2
	Não sei	3
34.	Onde você costuma obter informação e se atualizar sobre HIGIENE BUCAL? <i>(Assinale mais de uma alternativa se for o caso)</i>	
	Na internet	1
	Através de amigos	2
	Em revistas, livros e folhetos	3
	Na televisão	4
	Em DVDs	5
	Com profissionais de saúde	6
	Em cursos de atualização	7
	Em nenhum deles (por favor, especifique)	8

ANEXO D - Questionário sobre “Comunicação com pacientes surdos para dentistas”

Traduzido e adaptado dos questionários “Survey questions for dental offices” (Lo CASCIO, RUBINSTEIN et AYMARD, 1985) e “Methods of communication used by children with hearing impairments” (CHAMPION & HOLT, 2000).

- 1- Idade_____ (Numérico)
- 2- Tempo de formado em anos_____ (Numérico)
- 3- Região de SP em que trabalha_____ (Digitar o bairro)
- 4- Trabalha em:
 - 1 () iniciativa privada
 - 2 () órgão público
- 5- Quanto ao grau de escolaridade, você possui:
 - 1 () graduação 2 () especialização 3 () mestrado 4 () doutorado

Caso possua pós graduação (especialização, mestrado ou doutorado), responda em que área:

_____ (Digitar, depois codificaremos, se for o caso)
- 6- Com que frequência você atende pacientes surdos ou com perda de audição?
 - 1 () 4 ou mais vezes por semana
 - 2 () entre 1 e 3 vezes por semana
 - 3 () raramente
 - 4 () nunca atendi
- 7- Como você se sente atendendo pacientes com perda de audição ou surdos?
 - 1 () Muito confiante
 - 2 () Confiante
 - 3 () Um pouco inseguro
 - 4 () Muito inseguro
- 8- Como você se sente, com relação ao seu conhecimento, atendendo pacientes surdos?
 - 1 () Muito preparado
 - 2 () Preparado
 - 3 () Pouco preparado
 - 4 () Despreparado
- 9- Você recebeu algum tipo de treinamento ou instruções antes de começar a atender esses pacientes?
 - 1 () Sim 2 () Não
- 10 -Em caso afirmativo, em que nível você obteve esse treinamento e/ou instruções:
 - 1 () Graduação
 - 2 () Cursos de atualização
 - 3 () Especialização
 - 4 () Mestrado

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Odontologia e saúde bucal para crianças Surdas

Pesquisador(es) responsável(is): Profa.Dra. Karem López Ortega

Instituição/Departamento: Faculdade de Odontologia da USP – Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE)

Telefone para contato: 30917859 – 309178389

Local da coleta de dados: Faculdade de Odontologia da USP – Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE), Escola Especial de Crianças Surdas Rio Branco EECS), Derdic, Hellen Keller, EMEE Ane Sullivan, Brascri, SELI.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre saúde bucal, consulta e atendimento odontológico para promover a inclusão social de pacientes surdos no acesso à informação.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento destes questionários, respondendo às perguntas formuladas. Em seguida somente os professores da EECS serão orientados a participar de grupos de discussão para elaboração de material de apoio sobre saúde bucal em língua de sinais.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema saúde bucal que é fundamental para prevenção dos problemas bucais

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Você poderá sentir-se constrangido em responder algumas perguntas sobre hábitos, mas sua resposta é muito importante para a realização deste estudo.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da