

GRAZIELA ORO CERICATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
NECESSIDADES ESPECIAIS: UM ESTUDO DE CASO EM
DEFICIENTES VISUAIS

FLORIANÓPOLIS (SC)

2007

GRAZIELA ORO CERICATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
NECESSIDADES ESPECIAIS: UM ESTUDO DE CASO EM
DEFICIENTES VISUAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2007

GRAZIELA ORO CERICATO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
NECESSIDADES ESPECIAIS: UM ESTUDO DE CASO EM
DEFICIENTES VISUAIS

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Odontologia na área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 22 de novembro de 2007.

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Vieira
Coordenador do PPGO/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes
Orientadora

Prof. Dr. Elson Fontes Cormack
Membro

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Vieira
Membro

Prof. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath
Membro

*A*os meus pais, Domingo e Judite, meus grandes amigos, pela compreensão, carinho,
confiança, respeito e ilimitado amor.

A minha irmã Fabiana e ao meu cunhado Alexandre, por todo apoio, pela convivência
diária e pelo incentivo quando as lágrimas teimavam em cair.

*A*o meu amado Rodrigo, companheiro de todas as horas, pelo seu otimismo, confiança,
estímulo constante e paciência infinita.

A Deus, pela vida, e por me presentear com essa família.

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Profa. Dra. **ANA PAULA SOARES FERNANDES**, pela amizade, confiança, por sua cumplicidade e pelas orientações pontuais e precisas.

A toda a minha **FAMÍLIA**, avós, pais, irmã, cunhado, sogros, sobrinha, afilhado, tio(a)s e primo(a)s, que sempre incentivaram e acreditaram no meu trabalho.

Ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA** da Universidade Federal de Santa Catarina, na pessoa do Coordenador, Prof. Dr. **RICARDO DE SOUSA VIEIRA**, pela oportunidade e pelo apoio irrestrito.

Aos **PROFESSORES** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pelos ensinamentos essenciais para minha formação pessoal e profissional.

Aos **COLEGAS** do curso de Pós-Graduação com os quais foi um prazer em conviver, não apenas pela colaboração científica, mas sobretudo pelo companheirismo e amizade, em especial à **DANI GARBIN** (minha parceira de orientações), ao **SYDNEI** (pelo auxílio na comunicação com o pessoal da ACIC) e **SCHELLE** (que de colega logo assumiu o posto de amiga, confidente e parceira para todas as horas).

A assistência social da Associação Catarinense para Integração do Cego, em especial a **BEATRIZ ODILON** por proporcionar a viabilidade para execução desse trabalho, por suas valiosas contribuições e por estar sempre pronta para me receber e ajudar durante essa jornada e a **SILVANA**, pelo auxílio na seleção do pessoal participante do estudo.

As **“MENINAS DO BALCÃO”**, Giovana e Carine, pela contribuição essencial quanto ao fornecimento dos Termos de Consentimento dos participantes da pesquisa.

À toda equipe da Associação Catarinense de Integração do Cego, principalmente à sua Diretora Técnica, **MARISTELA**, pela oportunidade e receptividade e pelos valiosos auxílios prestados durante o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus **AMIGOS DE LONGA DATA**, que mesmo distante apoiaram e torceram.

À Profa. Dra. **MELISSA FERES DAMIAN**, professora-amiga e amiga-professora, responsável pela minha iniciação científica, a quem devo muitos ensinamentos, pelo apoio e força constante.

À Profa. Dra. **INÊS BEATRIZ DA SILVA RATH**, pela experiência compartilhada e pela confecção de parte do material educativo utilizado para realização do estudo.

Ao Prof. Dr **JOSE FLETES**, pelo valioso auxílio estatístico.

Aos meus futuros **SOGRO, SOGRA E CUNHADO**, pelo apoio constante e pelo auxílio na aquisição dos kits de higiene bucal utilizados para a realização desse trabalho.

Aos membros da **BANCA EXAMINADORA**, em nome de Prof. Dr. **ELSON CORMACK**,

Prof. Dr. **RICARDO DO SOUSA VIEIRA** e Profa. Dra. **INÊS BEATRIZ DA SILVA RATH**, pelo aceite do convite. Com certeza suas contribuições serão valiosas para o trabalho.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, **ANA MARIA VIEIRA FRANDOLOZZO E DIEGO ANDRÉ CARON**, pela presteza e atenção.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade:

MUITO OBRIGADA!!!!!!!

*“A verdadeira paciência, associada sempre à autêntica esperança,
caracteriza a atitude dos que sabem que,
para fazer o impossível, é preciso torná-lo possível.
E a melhor maneira de tornar o
impossível em possível,
É realizar o possível de hoje.”*
Paulo Freire

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	10
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 2. ARTIGOS	23
2.1 Artigo 1 Conhecimento popular, percepção e práticas cotidianas em relação à saúde bucal de portadores de deficiência visual.....	23
2.1.1 Tabelas e gráficos.....	36
2.2 Artigo 2 Implicações da deficiência visual na capacidade de controle de placa bacteriana.....	39
2.2.1 Tabelas e gráficos.....	53
CAPÍTULO 3 . REFERÊNCIAS	54
CAPÍTULO 4. APÊNDICES	58
CAPÍTULO 5. ANEXOS	84
ANEXO A Parecer CEPESH (UFSC).....	85
ANEXO B Estatuto da Associação Catarinense para Integração do Cego- ACIC.....	87
ANEXO C Normas para publicação da Revista Brasileira de Epidemiologia.....	100
ANEXO D Normas para publicação da RFO/UPF.....	103
CAPÍTULO 6. Relação dos trabalhos publicados e enviados para publicação durante o curso	108

CERICATO, GO. **Educação em saúde bucal em portadores de necessidades especiais: um estudo de caso em deficientes visuais.** Florianópolis, 2007. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Odontologia). UFSC, 2007.

RESUMO

A atenção odontológica aos pacientes portadores de necessidades especiais pode ser considerada incipiente em nosso país. A odontologia moderna mudou seu paradigma privilegiando os aspectos preventivos, e, nesse sentido, o paciente tem um papel ativo enquanto responsável por sua saúde bucal, e precisa ser conscientizado e motivado a desempenhá-lo. O termo deficiência visual inclui casos de cegueira total e de baixa visão. O indivíduo cego, ou com baixa visão pode passar por dificuldades, superáveis através de recursos e técnicas especialmente desenvolvidas para promover sua autonomia. Assim, o objetivo desse trabalho foi verificar os conhecimentos, a percepção e as atividades diárias com relação aos cuidados com a saúde bucal de portadores de deficiência visual, bem como avaliar a capacidade de controle de placa bacteriana por essa população e relacionando com a condição visual (cegueira ou baixa visão). Para isso, foram selecionados 48 deficientes visuais da ACIC (Associação Catarinense de Integração do Cego). A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: na primeira os sujeitos foram convidados a responder um questionário que abordava três áreas temáticas. Após, foi coletado o ICP (Índice de Controle de Placa) para verificar a capacidade de controle de placa bacteriana da população em estudo. 54% dos participantes do estudo eram portadores de cegueira total e 46% de visão subnormal, com idade média de 31,6 anos. A população estudada possui pouco conhecimento com relação ao flúor e a percepção da placa bacteriana foi relatada principalmente pelo mau hálito. A maioria só procura atendimento odontológico quando possui algum problema na boca. Além disso, observou-se que grande parte dos sujeitos apresentou escovação inadequada quanto à capacidade de remoção de controle de placa, sendo uma grande dificuldade encontrada o uso do fio dental, que é realizado por cerca de apenas 8% da população. Escovação dentária mais do que duas vezes por dia foi relatada por 70.83% da amostra. A análise estatística não mostrou relação significativa (5%), entre a condição visual e o ICP ($p=0,4945$) e entre esse e o número de dentes perdidos (DP) ($p=0,7929$). O mesmo ocorreu com a aplicação do teste de correlação de Spearman (5%) para a correlação entre tempo de deficiência visual e as variáveis ICP ($r=0,168$; $p=0,2534$) e DP ($r=0,2703$; $p=0,0631$). Assim, pode-se concluir que há a necessidade em se trabalhar com educação em saúde bucal para essa população e, ainda, que a condição visual não pode, de acordo com a metodologia empregada para esse estudo, ser tida como fator agravante para o controle de placa bacteriana e para a perda de elementos dentários.

DESCRITORES: Deficientes visuais. Placa bacteriana. Odontologia Preventiva.

CERICATO, GO. **Oral health education of special needs patients: a case study at visual impairment carriers.** Florianópolis, 2007. Dissertation of Master's Degree (Program of Post-graduation in Dentistry). UFSC, 2007.

ABSTRACT

The dental attention given to special patients can be considered incipient in our country. The modern dentistry has changed its paradigm privileging the preventive aspects and, in this sense, the patient plays a major role while person in charge for his oral health. Being so, he needs to be constantly made aware and motivated to perform it. The term visual impairment includes cases of total blindness and low vision. The blind or low vision individuals can face difficulties that are overcome through resources and techniques specially developed to promote their autonomy. Though, the aim of the present study was to investigate the knowledge, the perception and the daily attitudes regarding the oral health care among visually impaired individuals, as well as to evaluate their capacity of controlling the bacterial plaque, connecting it with their visual condition (blindness or low vision). Forty-eight visually impaired individuals were selected from *ACIC (Associação Catarinense para Integração do Cego)*. Data collection was carried out in two stages: in the first one, the individuals were invited answering a questionnaire that was boarding three thematic areas. After, the ICP (Plaque Control Index) was used to evaluate their capacity of controlling the bacterial plaque. Of all patients, 54% were totally blind and 46% had a subnormal vision, with middle age of 31.6 years. The studied population had little knowledge regarding the use of fluoride; the bacterial plaque perception was reported mainly by the halitosis. The majority only looked for dental care when some problem was found in the mouth. Besides, it was noticed that most of the individuals presented unsuitable teeth brushing when considering their capacity of controlling the bacterial plaque, and a great difficulty was found in using the dental floss, which was carried out for around only 8% of this population. Teeth brushing performed more than twice daily was reported by only 70.83% of the individuals. Statistical analysis did not show significant relation (5%) between the visual condition and the ICP ($p = 0.4945$) and between that one and the number of lost teeth (DP) ($p = 0.7929$). The same thing was shown with the application of the Spearman Correlation Test (5%) between the time of visual impairment and the variables ICP ($r = 0.168$; $p = 0.2534$) and DP ($r = 0.2703$; $p = 0.0631$). In accordance with the methodology applied for this study, it was possible to conclude that the visual condition cannot be an aggravating factor for the bacterial plaque control and for the teeth loss. Moreover, further educational programs in oral health must be carried out for this specific population.

DESCRIPTORS: Visually impaired. Bacterial Plaque. Preventive Dentistry.

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A deficiência da visão é uma limitação sensorial que pode atingir uma gravidade capaz de, praticamente, anular a capacidade de ver, abrangendo vários graus de acuidade visual e permitindo diversas classificações de redução da visão (MASI, 2002). Assim, ao se adotar determinada classificação, deve-se considerar as finalidades propostas para sua utilização, sendo as mais utilizadas, aquelas que tratam da conotação clínica (Organização Mundial da Saúde) e a classificação com propósitos educacionais.

Segundo o Decreto de Lei 3298, de 20 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, no seu artigo 4º, inciso III, deficiência visual significa acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (BRASIL, 1999).

A Associação Catarinense para Integração dos Cegos (ACIC), utiliza os conceitos de Faye e Barraga (1985), que consideram como deficientes visuais os portadores de cegueira e os de baixa visão:

1. Cegueira: consiste na ausência total de visão até a perda da percepção luminosa. Nesses casos, a aprendizagem da pessoa cega dar-se-á através da integração dos sentidos remanescentes preservados e terá como principal meio de leitura e escrita o sistema Braille. No entanto, a pessoa deverá ser incentivada a usar seu resíduo visual nas atividades de vida diária sempre que possível.
2. Baixa Visão: consiste na capacidade de perceber luminosidade até o grau em que a deficiência visual interfira ou limite o desempenho da pessoa. Nesses casos, a

aprendizagem dar-se-á através dos meios visuais, mesmo que sejam necessários recursos especiais.

Miller (1981) conceituou deficiente visual como todo aquele que não distingue nada com a visão, nem claro ou escuro. Cegueira, para ele, significa incapacidade de perceber a luz.

Já as pessoas com baixa visão possuem diferentes dificuldades visuais: dificuldade ou impedimento no campo central, visão “embaraçada”, campo visual restrito, entre outros (CARVALHO *et al*, 1992). São pessoas que conseguem enxergar, embora muito menos que outras pessoas, e nas quais o uso de óculos comum não melhoram a visão (MIN, SAMPAIO e HADDAD, 2001).

A incidência de baixa visão é maior do que a cegueira. Trata-se, em muitos casos, de uma condição flutuante, variando de acordo com fatores tais como: mudanças na iluminação, familiaridade e complexidade da tarefa, fadiga e/ou características de alguma condição de saúde (HOOLBROOK, 1996).

De acordo com a Associação Catarinense para Integração ao Cego (ACIC), o Censo 2000 revelou que 14,5% da população brasileira é portadora de, pelo menos, uma das deficiências investigadas pela pesquisa. Em 2000, existiam 148 mil pessoas cegas e 2,4 milhões com grande dificuldade de enxergar (ACIC, 2006).

O indivíduo cego, ou com baixa visão, pode passar por dificuldades. Entretanto, com tratamento precoce, atendimento educacional adequado, programas e serviços especializados, a perda da visão não significará o fim da vida independente e não ameaçará a vida plena e produtiva do deficiente visual (ACIC, 2006). Ainda, deve-se lembrar que a

cegueira não acarreta dificuldades cognitivas, uma vez que a linguagem, a principal ferramenta do pensamento, está preservada (BATISTA *et al*, 2003).

Atualmente, o maior ônus da deficiência recai sobre os segmentos populacionais marginalizados social e economicamente e, em grande parte das vezes, os portadores de deficiências são percebidos como inúteis para assumir um papel social, não estando inseridos no mercado de trabalho e no sistema educacional (GOLIN, 2003; GOULART e VARGAS, 1998).

A opção filosófica-política pela construção de uma sociedade inclusiva faz todos co-responsáveis no processo de desenvolvimento do coletivo, impondo várias conseqüências para diferentes áreas de ação pública. Dentre estas, destaca-se a necessidade de efetivar ajustes que garantam o acesso dos portadores de necessidades especiais a todo e qualquer serviço disponível na comunidade. Assim, há que se disponibilizar suportes físicos, materiais, sociais e profissionais para que essas pessoas possam participar, em igualdade de condições, da vida em sociedade (AGUIAR e GARCIA, 2003).

Segundo Bianchetti (1998) é evidente que alguém que não se enquadra no padrão social e historicamente considerado normal, acaba se tornando um empecilho, fato que o leva a ser relegado, abandonado, sem que isso cause os chamados sentimentos de culpa característicos de nossa fase histórica. Assim, desde os tempos primordiais, as pessoas com deficiência eram consideradas incapazes, sendo que, em grande parte das sociedades primitivas, não havia cegos, pois os enfermos e as pessoas com deficiências eram mortos ou abandonados (AMARAL, 1994).

A partir da década de 60, iniciou-se o movimento pela prática da integração social, onde a pessoa com necessidades especiais começou a ser aceita em determinados setores da

sociedade, tais como educação, trabalho e lazer. Este movimento foi o marco inicial para a aceitação da diversidade no convívio social (GOLIN,2003).

Posteriormente, surge o movimento pela inclusão social, que começou a tomar força a partir dos anos 90 (MATOS, 2003; FRANCO e DIAS,2005). O termo inclusão refere-se a uma modificação da sociedade para que a pessoa com necessidade especial possa desenvolver e exercer sua cidadania. As bases desse novo paradigma têm ênfase na igualdade de oportunidades, definida como sendo o processo pelo qual os diversos sistemas da sociedade – ambiente físico, de serviços, de atividades, de informação e de documentação – são colocados a disposição de todos, inclusive das pessoas com deficiências. Assim, não basta apenas preparar as pessoas com deficiência para se adequarem ou se adaptarem aos padrões pré-estabelecidos. A sociedade deve também se preparar para receber a pessoa portadora de deficiência (GOLIN,2003; MATOS,2003).

Nesse sentido, Sasaki (2000), coloca que:

A integração se contenta com o esforço unilateral das pessoas deficientes para ingressarem ou reingressarem na sociedade. A inclusão requer mudanças fundamentais nos sistemas comuns da sociedade, de tal modo que todas as pessoas, deficientes ou não, estejam primeiro juntas, incluídas, para então realizar tudo – reabilitar-se, estudar, brincar, trabalhar, viajar,.....

A inclusão social de deficientes visuais é um tema bastante atual no Brasil. Nos últimos dois anos, o assunto tem sido tratado em grande escala, tendo sido mostrado como tema de relevância pelo Jornal Nacional, através da abordagem sobre a dificuldade dos deficientes visuais em desenvolver sua autonomia devido a pouca existência de produtos tais como medicamentos e produtos de uso doméstico com embalagens transcritas para o Braille (JORNAL NACIONAL, 2007). Nesse mesmo sentido e com o objetivo de auxiliar na socialização dos deficientes visuais, os Correios do país passaram a dispor de um serviço postal pioneiro que lhes permite comunicar-se, por escrito, com as pessoas que enxergam, o

Serviço Postal Braille. A iniciativa valoriza a comunicação, divulgando e ampliando o acesso ao Braille - instrumento que permite ao cego ser mais cidadão. A transcrição é realizada pela recém-inaugurada Central de Braille dos Correios, e pode ocorrer em ambos os sentidos (tinta para braile e braile para tinta). O serviço é gratuito, assim como o envio para a central de transcrições. Apenas é cobrado o valor da postagem para o destino desejado, ou seja, o mesmo valor de uma correspondência normal (CORREIOS, 2007).

Segundo Franco e Dias (2005), a primeira escola do mundo destinada à educação das pessoas cegas, o Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris, foi inaugurada por Valentin Haüy, em 1784, na França. Posteriormente, em 1829, Louis Braille inventou o sistema Braille. Esse sistema constitui-se no processo de leitura e escrita em relevo, composto da disposição de doze pontos em relevo, cujas combinações formavam os símbolos fonéticos. A partir dos pontos salientes é possível fazer 63 combinações que podem representar letras simples e acentuadas, pontuações, algarismos, sinais algébricos e notas musicais. Um cego experiente pode ler mais de duzentas palavras por minuto usando o método. Esse sistema foi adotado de forma padronizada como método universal de ensino para as pessoas cegas em 1878 (MAZZOTA, 1996; FRANCO e DIAS, 2005).

Há também a questão relacionada aos recursos pedagógicos, que assumem uma significativa importância na educação das pessoas portadoras de deficiência visual. Na educação especial de deficientes visuais, os recursos didáticos podem ser obtidos por seleção, adaptação ou confecção (CERQUEIRA e FERREIRA, 2006). Os mesmos autores estabelecem alguns critérios para seleção, adaptação ou elaboração de recursos didáticos para alunos deficientes visuais, sendo esses o tamanho, a significação tátil, a aceitação, a estimulação visual, a fidelidade, a facilidade de manuseio, a resistência e a segurança.

Entre os recursos didáticos utilizados na educação especial dos deficientes visuais encontram-se o livro em Braille, o sorobã (máquina de calcular), o livro falado e mais recentemente, a informática. Para as pessoas com visão subnormal, existem sistemas com ampliação de imagens, que permitem ao usuário o pleno acesso às informações do computador. Além disso, é conveniente utilizar cadernos com margens e linhas fortemente marcadas e espaçadas, lápis com grafite de tonalidade forte, caneta hidrocolor preta, impressões ampliadas e materiais com cores fortes e contrastantes (CERQUEIRA e FERREIRA,2006; MIN, SAMPAIO, HADDAD,2001).

Com a disponibilidade dos sintetizadores de voz, a pessoa portadora de deficiência visual pode ter acesso ao computador. Através do uso de recursos sonoros nos programas de computador, o sintetizador de voz “fala” todas as informações que estão contidas no monitor. Dessa maneira, é possível também ter acesso a Internet (GOLIN,2003).

Assim, pode notar que existem tecnologias que permitem às pessoas com deficiência visual o acesso às informações. A tecnologia é existente, mas é necessário disponibilizar este acesso e, segundo Deitos (2000), a dificuldade de acesso aos recursos pedagógicos e tecnológicos se dá muito mais por razões de ordem política e econômica do que pelo limite imposto pela deficiência ou pela inexistência das tecnologias.

Na literatura, pode -se verificar vários métodos educativos utilizados para promover a educação e a motivação dos pacientes quanto à saúde bucal, portanto, deve-se procurar dentro dos seus limites adaptá-los a cada situação, e desta forma ter utilidade concreta incluindo todas as camadas da sociedade.

A saúde bucal dos pacientes especiais no Brasil, é ainda muito precária. Vários são os motivos para isso: há poucos centros especializados na assistência desses pacientes;

poucos e raros são os dentistas que se habilitam a fazer esse tipo de tratamento em seus consultórios particulares; o tratamento odontológico, por ser uma intervenção curativa/restauradora ou cirúrgica, é bastante oneroso; e, principalmente, a falta de educação, motivação e interesse da família em relação á saúde bucal desses indivíduos. (AGUIAR *et al*, 2000).

A visão desempenha um importante papel no desenvolvimento psicomotor da criança, pois é através dela que entra em contato com o mundo, se esforça para alcançar objetos e imita os atos daqueles que estão a sua volta (RATH *et al*, 2001). Devido ao atraso na aprendizagem das atividades fisiológicas diárias e às dificuldades motoras que apresentam, a higiene bucal de pacientes portadores de deficiência visual fica seriamente comprometida. Os deficientes visuais podem, ainda, ter dificuldade em procurar tratamento odontológico e aceitar esse tratamento (SCHEMBRI e FISKE, 2001).

Assim, sabendo-se que o principal fator etiológico tanto da cárie como da doença periodontal é a placa bacteriana, a qualidade de higiene bucal realizada pelo paciente assume um papel extremamente importante. A remoção da placa bacteriana, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais (CHIAPINOTTO, MELLER e SANTOS, 1998). Pelo fato de o paciente com necessidades especiais apresentar limitações, não é capaz, muitas vezes, de realizar sua própria higienização, ou a realiza de maneira inadequada e os pais ou responsáveis nem sempre se preocupam com sua saúde bucal (AGUIAR *et al*, 2000).

No entanto, embora os fatores biológicos sejam essenciais para o aparecimento de várias doenças na população, muitas delas com comportamento endêmico, constata-se que existem outros fatores capazes de condicionar o surgimento e influir no ritmo de sua

expansão. Dentre esses, são destaques o desenvolvimento econômico, social e educacional do país, assim como os padrões de cultura e de tradição popular que regulam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas (PINTO, 1989). Além disso, tem-se a colocação de Petry, Victora e Santos (2000) de que não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo a equidade no atendimento das necessidades da população.

Com relação à educação em saúde bucal, a motivação dos deficientes visuais representa um dos maiores problemas e desafio para os cirurgiões-dentistas, pois os agentes reveladores de placa não podem ser utilizados como método de educação. No entanto, pessoas cegas são capazes de aprender técnicas satisfatórias de escovação, quando bem orientadas (GREELEY, GOLDSTEIN e FORRESTER, 1976).

Em Odontologia, o processo educativo é usado visando mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde (PETRY e PRETTO, 1999). Além disso, o processo educativo em saúde bucal deve receber uma atenção mais abrangente, no qual sejam integrados aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais capazes de proporcionar uma visão dinâmica do processo saúde, relacionando-o com a qualidade de vida. É preciso ter em mente os limites e as dificuldades do processo educativo, e que programas educativos têm falhado por não considerarem que as pessoas precisam ter suas necessidades básicas atendidas para se sentirem motivadas a cuidar de sua saúde bucal. Os pacientes esperam ser informados sobre suas condições dentárias e sobre os efeitos de seus esforços de higiene bucal (PINTO, 1990). Nesse mesmo sentido, Petry e Pretto (1999) citam que para que seja possível fazer com que as pessoas aprendam como manter a saúde não basta explicar-lhes as causas das doenças e como evitá-las, sendo necessário criar a vontade de aprender, despertando a

atenção das pessoas, criando assim o interesse necessário que desencadeie a ação, para atingir os resultados visados. Além disso, Horowitz (1995) lembra que o processo de educação envolve, sobretudo, a mudança comportamental. É importante detectar os pontos favoráveis e as dificuldades nesse processo, sem perder de vista que este envolve responsabilidades da equipe odontológica, comunidade e entidades governamentais.

Assim, o conhecimento sobre a realidade de cada uma das pessoas, o modo de vida, as crenças, valores, anseios, como se organizam na comunidade, como solucionam os problemas individuais e coletivos, como adoecem, como tratam a doença, como usam o corpo, qual conceito de qualidade de vida, expectativa de ter doença ou saúde são fundamentais para conhecermos o nosso paciente, e então ajudá-lo nas suas necessidades de saúde (manutenção ou busca) (PETRY e PRETO,1999).

Além disso, quando se aborda o tema da educação em saúde deve-se levar em consideração que uma população será cada vez mais saudável à medida que seu nível de conhecimento das informações referentes à saúde, porventura existentes, seja assimilado (BASTOS; PERES;RAMIRES,2003). Os mesmos autores citam que quando um programa educativo é bem planejado e tem apoio, embasamento científico forte e linguagem inteligível adequada para o grupo que recebe a mensagem, certamente alcançará os resultados esperados.

A educação em saúde bucal não é um remédio milagroso, mas pode, respeitados os seus limites e adaptada a cada situação, ser aplicada e ter utilidade concreta para todas as camadas da sociedade (McGOLDRICK,1997; HEDMAN, RINGBERG , GABRE, 2006).

Quanto à relação existente entre a odontologia e os portadores de deficiência visual, nota-se a necessidade de programas adaptados aos deficientes visuais, pois mesmo

informados, eles apresentam dificuldades para exercer uma higiene bucal adequada. Portanto, sabe-se que o atendimento destes pacientes é diferenciado, e existem algumas regras básicas no manejo do portador de deficiência visual no tratamento odontológico, porém poucos são os profissionais treinados para tal atendimento, dificultando a motivação destes pacientes.

Anaise (1979), avaliando as condições de saúde bucal de estudantes cegos e não cegos, com idade entre 14 e 17 anos, observou que os estudantes cegos apresentavam uma higiene bucal mais precária em relação aos estudantes parcialmente cegos. A conclusão do estudo mostrou necessidade de tratamento periodontal e de educação em saúde bucal maiores nos pacientes cegos em relação aos parcialmente cegos e não cegos.

A observação de ocorrência de problemas mais graves em pessoas cegas com relação a pessoas com baixa visão também foi relatada por O'Donnell (1992), que realizou um estudo sobre a ocorrência de traumatismos nos dentes anteriores ocasionados em virtude da deficiência visual e observou que os traumas dentais mais severos foram encontrados nas crianças totalmente cegas.

Goulart e Vargas (1998) realizaram um estudo no qual avaliaram a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Os resultados mostraram que as crianças deficientes visuais conseguem perceber a importância da boca e dos dentes e relatam que o principal motivo para manter os dentes sadios é evitar a dor. O uso do fio dental foi pequeno e a língua é a principal forma de identificação da placa bacteriana. Os indivíduos pesquisados mostraram conhecimento da associação entre alimentos contendo sacarose e possíveis danos aos dentes. Os autores concluíram que há a necessidade de programas

adaptados aos deficientes visuais, pois mesmo informados, eles apresentaram dificuldades para exercer uma higiene bucal adequada.

Segundo Rath *et al* (2001), um fator importante é o período em que a deficiência visual se instalou, uma vez que aquelas que nunca enxergaram ou que perderam a visão precocemente, não têm conceitos visuais e, portanto, necessitam explicações mais detalhadas para perceberem o ambiente odontológico.

Os mesmos autores colocam que:

A finalidade da educação da criança cega é ajudá-la a ter autonomia e confiança em si mesma, favorecendo seus descobrimentos e experiências, guiando-a e não resolvendo as dificuldades em seu lugar. É desejável que os pais assistam às consultas de orientação, permitindo-lhes participar das atividades e tomar consciência das possibilidades de seu filho. Desta forma, além de atuar na reabilitação odontológica do paciente, o CD também participará da integração psicossocial do mesmo (RATH *et al*, 2001).

Quanto as atitudes dos profissionais de odontologia com os portadores de deficiência visual, Engard e Stiefel (1977) propõem algumas regras básicas no manejo do portador de deficiência visual durante tratamento odontológico, sendo: oferecer atenção adequada sem mostrar exagerada solidariedade; dirigir-se diretamente ao paciente; ao demonstrar uma técnica de higiene bucal, colocar a mão do portador de deficiência visual sobre a mão do profissional e realizar os movimentos necessários; após dar alguma instrução, pedir ao paciente que a repita com suas próprias palavras e alertá-lo quanto a incorreções que ele tenha cometido; ao dar instruções, explorar os sentidos através do uso de material em alto relevo, fitas cassete ou de vídeo faladas e folhetos em Braille para complementar as informações; permitir que o paciente participe do tratamento aceitando sua ajuda e colaboração, deixando que ele faça sozinho o que sabe.

Silvério *et al* (2001) citam que atividades que propiciam experiências concretas são imprescindíveis para os portadores de deficiência visual. Assim, Yalcinkaya e Atalay

(2006) demonstraram a efetividade de um programa de educação em saúde bucal especialmente desenvolvido para portadores de deficiência visual da Turquia, encontrando diferença estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento sobre saúde bucal no início e no fim do programa. Quanto à capacidade de manutenção em saúde bucal, os autores não encontraram diferença estatística entre os pacientes totalmente cegos e os parcialmente cegos, chegando à conclusão que programas apropriados podem auxiliar no desenvolvimento de pacientes com deficiência visual.

No entanto, a educação em saúde bucal para pacientes deficientes visuais ainda não é uma realidade. A escassez de pesquisas e programas direcionados a estes pacientes evidencia a necessidade de pesquisa nesta área específica, justificando, assim, a realização desse estudo.

Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi verificar os conhecimentos, a percepção e as atividades diárias com relação aos cuidados com a saúde bucal de portadores de deficiência visual da Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC), na cidade de Florianópolis (SC), bem como avaliar a capacidade de controle de placa bacteriana relacionando-a com a condição visual (cegueira ou baixa visão) desta população.

CAPÍTULO 2. ARTIGOS

2.1 ARTIGO 1*

CONHECIMENTO POPULAR, PERCEPÇÃO E PRÁTICAS COTIADIANAS EM
RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL

POPULAR KNOWLEDGE, PERCEPTION AND ORAL HEALTH ATTITUDES OF
VISUALLY IMPAIRED PEOPLE.

Graziela Oro CERICATO¹
Ana Paula Soares FERNANDES¹

¹ Departamento de Estomatologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço para correspondência:

Graziela Oro Cericato
Rua 15 de novembro, 763 apto 1300
Centro
Passo Fundo (RS) CEP 99010-000
Email: gracericato@yahoo.com.br

*Formatado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Epidemiologia.

RESUMO

Introdução: O termo deficiência visual inclui os casos de cegueira e de baixa visão. Apesar da Odontologia ter apresentado um avanço técnico-científico indiscutível nos últimos anos, esse avanço não tem sido suficiente para resolver os problemas bucais, principalmente os relacionados à cárie e a doença periodontal. **Objetivo:** verificar o conhecimento popular, a percepção e as práticas cotidianas em saúde bucal de portadores de deficiência visual, visando fornecer subsídios para futuras estratégias em educação em saúde bucal para essa população. **Metodologia:** Para a coleta dos dados, um questionário pré-testado foi aplicado em 48 deficientes visuais de uma associação de deficientes visuais da cidade de Florianópolis (SC). O questionário possuía três áreas temáticas, constituindo-se de questões acerca do conhecimento popular, da percepção e das práticas cotidianas em saúde bucal dos deficientes visuais. **Resultados:** Verificou-se que 54% dos participantes do estudo eram portadores de cegueira total e 46% de visão subnormal. A idade média dos participantes foi 31,6 anos. Quanto à busca pela saúde bucal, houve uma atribuição acerca do autocuidado. A população estudada possui pouco conhecimento com relação ao flúor e a percepção da placa bacteriana é relatada principalmente pelo mau hálito. **Conclusão:** os resultados apontam para a necessidade de instauração de um programa de educação em saúde bucal na população estudada, para viabilizar o processo de capacitação e motivação desses no sentido de auxiliar para as práticas de promoção de saúde.

Palavras-chave: Deficiente visual; Saúde Bucal; Odontologia Preventiva.

ABSTRACT

Introduction: the term visual impairment includes the cases of total blindness and low vision. In spite of the dentistry incontestable scientific-technician advance in the last years, it has not been enough to solve the oral problems, mainly those ones regarding caries and periodontal disease. **Objective:** to evaluate the popular knowledge, the perception and the daily attitudes in oral health of visual impairment carriers, aiming to improve the strategies for education in oral health in this population. **Methodology:** for data collection, a pre-tested questionnaire was applied in 48 visually impaired of an association of handicapped in Florianópolis (SC). The questionnaire had three thematic areas, being constituted of questions about the popular knowledge, the perception and the daily attitudes in oral health of the visually impaired individuals. **Results:** it was verified that 54% of the subjects were totally blind and 46% had subnormal vision. The middle age of the individuals was 31.6 years. As for the search for the oral health, there was an attribution about the self-care. The studied population had little knowledge regarding the use of fluoride and the bacterial plaque perception was reported mainly by the halitosis. **Conclusion:** the results point to the necessity of educational programs in oral health of this specific population in order to make possible the process of awareness and motivation as assistants for the practices of health promotion.

Key-Words: Visually Impaired; Oral Health; Preventive Dentistry.

Introdução

A deficiência da visão é uma limitação sensorial que pode atingir uma gravidade capaz de praticamente anular a capacidade de ver, abrangendo vários graus de acuidade visual e permitindo diversas classificações de redução da visão¹.

O termo deficiência visual usualmente inclui os casos de cegueira e de baixa visão. Segundo dados do Censo realizado em 2000, 34,5 milhões de brasileiros possuíam algum tipo de deficiência, o que caracteriza cerca de 15% da população brasileira. Em 2000, existiam 16,5 milhões de pessoas com deficiência visual e cerca de 160 mil pessoas cegas, com incapacidade para enxergar².

Atualmente, o maior ônus da deficiência recai sobre os segmentos populacionais marginalizados social e economicamente e, em grande parte das vezes, os portadores de deficiências são percebidos como inúteis para assumir um papel social, não estando inseridos no mercado de trabalho e no sistema educacional^{3,4}.

De acordo com Tomita et al.(2001)⁵, é fato que a Odontologia tem apresentado um desenvolvimento técnico-científico acentuado, porém isso não tem contribuído para uma melhoria significativa e de grande impacto sobre o quadro de saúde bucal das populações de países de baixo desenvolvimento sócio-econômico. No Brasil, a mercantilização da prevenção acabou tornando a assistência preventiva privilégio para poucos. Estima-se que sejam produzidas anualmente cerca de 52 toneladas de dentifrícios, vendidas por volta de 75 milhões de escovas dentais e consumidos ao redor de 1 bilhão de metros de fio dental. No entanto, em função das desigualdades sociais e da má distribuição de renda do país, 45% da população não têm acesso à escova de dente, sendo que, dessa maneira, a mesma camada da sociedade a beneficiar-se dos serviços odontológicos é a que consome estes produtos de higiene bucal^{6,7}.

Diversos trabalhos encontrados na literatura colocam que, apesar das diversas populações atribuírem um valor importante para a saúde bucal, essa importância acaba não se refletindo nas práticas cotidianas pela busca da saúde. Segundo os autores, essa divergência é influenciada pelas crenças populares pré-estabelecidas^{4,8-10}.

Para Pinto (1989)¹¹ vários fatores auxiliam para o surgimento das doenças bucais e influem no ritmo da sua expansão, como o nível sócio-econômico, as condições culturais, os hábitos e as condutas pessoais e coletivas. Por isso, deve-se considerar a realidade vivida por cada indivíduo e o modo pelo qual a saúde é pensada e elaborada pelo mesmo. Assim, na etapa de planejamento de programas educativo-preventivos em saúde se devem considerar as diferentes condições de vida e de conhecimento da população para que se consiga atingir as necessidades do público alvo¹².

Dessa maneira, o objetivo desse trabalho foi verificar o conhecimento popular, a percepção e as práticas cotidianas em saúde bucal de portadores de deficiência visual, visando fornecer subsídios para futuras estratégias em educação em saúde bucal para essa população.

Metodologia

O estudo foi previamente submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do qual recebeu parecer favorável para realização (protocolo 359/06) (ANEXO A). Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório.

A população estudada constituiu-se de usuários da Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC), localizada em Florianópolis- SC. Para participar da amostra, o

sujeito deveria ser portador de deficiência visual e estar devidamente matriculado na ACIC no primeiro semestre de 2007.

Os deficientes visuais que concordaram em participar do estudo (n=48) receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente a realização da coleta dos dados, que foi adaptado ao tipo de deficiência visual, sendo transcrito para o braile para os portadores de cegueira total e impresso em tinta ampliada para os com visão subnormal.

Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário, que foi desenvolvido a partir de dados obtidos em estudos anteriores^{4,8,13}. O questionário utilizado possuía três temáticas: o conhecimento popular dos deficientes visuais quanto à saúde bucal, a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal e as práticas cotidianas quanto à saúde bucal (APÊNDICE D).

Devido à característica especial da população em estudo, a aplicação do questionário foi realizada de maneira individual, sendo que a pesquisadora responsável pela aplicação do questionário lia as questões e as opções de resposta de cada questão, integralmente, e anotava a resposta dada pelo sujeito da pesquisa.

Os dados coletados foram tabulados e analisados através de estatística descritiva de frequência.

Resultados

Entre os participantes do estudo, 56% eram do sexo masculino e 44% do sexo feminino, sendo que a média de idade encontrada foi de 31,6 anos.

Com relação à deficiência visual, 54% dos participantes do estudo relataram possuir cegueira total, enquanto 46% eram portadores de visão subnormal.

A tabela 1 mostra as respostas sobre os problemas bucais que os participantes do estudo conhecem. De acordo com essa questão, a Cárie Dental foi citada por 68,75% da amostra, seguida de Dor de Dente (39,58%) e Problema de Canal (25%) e Problema de Gengiva (25%).

Nos gráficos 1 e 2 foram agrupadas as respostas sobre conhecimento e práticas relativas à cárie dental. Para a pergunta “O que é cárie?”, as respostas Dente estragado (31,25%) e Bactéria (31,25%) foram as mais citadas e para “O que fazer para não ter cárie?”, a resposta Ter higiene/escovar foi escolhida por 54,17% da amostra.

Com relação ao uso de flúor, cerca de 70% da amostra ou não usa ou não tem conhecimento acerca desse agente químico. Dos 30% que relataram fazer uso, 16,67% utilizam soluções para bochecho e 6,25% citaram o creme dental. A resposta de uso do flúor na água de beber foi obtida por 6,25% da amostra.

Quando questionados sobre a durabilidade dos dentes, 58,33% responderam que os dentes duram a vida toda enquanto 41,67% acreditam que não. Os motivos que ocasionam a durabilidade ou não dos dentes estão demonstrados na tabela 2.

Com relação à importância da cavidade bucal, os principais fatores citados foram Comer (52,08%) e Falar (52,08%), seguidos da resposta Estética (18,75%). Outros fatores como bem-estar, sorrir, beijar e saúde foram menos citados, totalizando 14,58%. Todos os participantes consideram importante manter os dentes saudáveis, sendo que os motivos para isso foram evitar mau hálito (31,25%), evitar dor e para ter ou melhorar a saúde (29,17%), seguidos do fator estética (27,08%). A percepção da placa dental por esses sujeitos ocorre predominantemente pelo hálito (Gráfico 3).

Na tabela 3 foram agrupadas as respostas relativas a perguntas relacionadas aos hábitos de higiene bucal da população em estudo. De acordo com a tabela, pode-se perceber

que a associação entre escova dental e creme dental são os métodos predominantes de escolha para realização da limpeza dos dentes. Já o fio dental fica em segundo plano, sendo citado por apenas cerca de 20% da amostra. Mais da metade dos entrevistados relatou escovar os dentes mais do que duas vezes por dia (70,83%), sendo que não houve um período específico escolhido para a realização dessa escovação, ficando os períodos pela manhã, após o meio dia/almoço e antes de dormir com praticamente o mesmo número de respostas obtidas. Quanto à maneira com quem aprendeu a escovar os dentes, a resposta cirurgião-dentista foi a mais citada (39,58%), seguida por ninguém nunca ensinou (33,33%).

Com relação à procura pelo dentista, 35,41% dos entrevistados relataram procurar regularmente a cada 6 meses, 33,33% procuram ocasionalmente e 31,26% procuram somente quando acreditam estar com algum problema dental. Mais da metade da amostra (58,33%) procura o atendimento público, enquanto 22,91% procuram atendimento particular e 18,75% da amostra faz uso de convênios odontológicos.

A maioria dos participantes do estudo (89,58%) considera interessante a instituição possuir um cirurgião-dentista para atender os usuários.

Discussão

Os participantes desse estudo são usuários da Associação Catarinense para Integração do Cego, localizada em Florianópolis (SC). A instituição possui vários tipos de serviços prestados aos usuários, no entanto, o serviço odontológico ainda não está inserido, sendo que as ações de promoção de saúde bucal na instituição ficam limitadas às ações realizadas durante as aulas de Atividade da Vida Diária (AVD) das quais os usuários participam. Este fato se reflete nas respostas obtidas, principalmente no que se refere ao

acesso ao dentista, onde houve o predomínio da procura pelo atendimento público, oferecido nos postos de saúde. Nesse sentido, a instituição não segue o que é preconizado por Pinto (1990)¹¹ e Goulart e Vargas (1998)⁴, que afirmam que grupos isolados devem receber atenção odontológica na própria instituição em que se encontram pois, de outra forma provavelmente não terão acesso a esses serviços. Os próprios usuários parecem perceber essa necessidade quando colocam que acreditam ser interessante a instituição possuir um cirurgião-dentista para atender seus usuários.

De acordo com os resultados obtidos com relação aos conhecimentos sobre as afecções que acometem a boca (Tabela 2), há a necessidade de esclarecimento da população em questão acerca da complexidade do processo saúde-doença bucal, dando ênfase à possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde.

Nesse sentido, tem-se o que colocam Bernd et al (1992)¹⁴ e Narvai (1995)¹⁵, que salientam que a prática hegemônica odontológica, caracterizada pela ênfase curativa e mutiladora, constitui a vivência concreta das pessoas com relação aos cuidados em saúde e em saúde bucal. Isso faz com que praticamente a metade da população do presente estudo acredite que a perda do dentes seja uma história inevitável ao longo de sua vida.

Em contrapartida, Ferreira et al (2005)¹⁶ colocam que a maioria dos entrevistados naquele estudo expressou uma opinião positiva quanto à possibilidade de manter os dentes saudáveis por toda a vida, concordando com achados de Unfer & Saliba (2000)⁸ que observaram que 64,7% dos participantes acredita na durabilidade dos elementos dentais. Segundo esses autores, tal achado favorece a quebra do estigma de “fatalidade” e perda dos elementos dentais com o passar do tempo, demonstrando que o tema durabilidade dos dentes varia bastante em cada população específica.

Quanto aos métodos para prevenir a cárie dental, houve um percentual significativo de respostas que consideram que o autocuidado pode evitar o aparecimento da doença. Nesse sentido, evidencia-se o que já foi citado em outros trabalhos, no sentido de que o aparecimento das doenças placa-induzidas, como a cárie dental e a doença periodontal, e a busca pela saúde parecem ser atribuição e responsabilidade apenas do indivíduo^{8,9,17}.

Ainda com relação à prevenção da cárie dentária, a utilização do flúor é reconhecidamente o método mais recomendado e utilizado pelos profissionais da área odontológica⁸. Nesse estudo, no entanto, verificou-se o baixo conhecimento da população acerca do flúor, uma vez que a maioria dos entrevistados desconhece a presença de flúor no creme dental e também na água de beber. Resultados semelhantes acerca do flúor foram encontrados em estudos anteriores realizados em populações não portadoras de deficiência visual^{8,9,16}.

No trabalho realizado por Barreira *et al* (1997)¹⁸ ficou evidente que a procura pelo cirurgião-dentista ocorre basicamente após a instalação de problemas bucais, apesar dos entrevistados reconhecerem que esta atitude é incorreta. No presente estudo, resultados semelhantes foram encontrados, sendo que praticamente 65% da população estudada relataram procurar o atendimento odontológico ocasionalmente, ou somente quando possui algum problema bucal. Os autores relatam que a falta de periodicidade de visitas ao profissional é justificada pela precária condição financeira, pela indisponibilidade de tempo e, além disso, pelas pessoas julgarem apresentar outros problemas de maior necessidade de resolução.

Quanto à importância da cavidade bucal e da manutenção da boa saúde dos dentes, os deficientes visuais associam a cavidade bucal ao seu aspecto funcional, sendo a questão estética menos citada. Constata-se portanto que, uma vez possuindo a limitação sensorial de

não enxergar, o portador de deficiência visual consegue perceber a importância da boca e dos dentes para comer e falar. A preocupação com o mau hálito e a manutenção da saúde são os fatores mais citados pelos entrevistados acerca dos motivos para manter os dentes saudáveis. Esses resultados estão de acordo com estudos feitos em crianças e adolescentes deficientes visuais, que também citam que esses indivíduos consideram importante manter os dentes saudáveis⁴.

Grande parte dos entrevistados relatou ter aprendido a técnica de escovação que utiliza rotineiramente com o cirurgião-dentista (39,58%). No entanto, 33,33% dos entrevistados relataram que nunca haviam tido esse tipo de aprendizado e somente 16,67% da amostra relatou ter aprendido a técnica de escovação que utiliza com os pais (Tabela 3). Em relação a esse fato, temos a colocação de Goulart e Vargas (1998)⁴, na qual se deve ter uma consideração diferenciada em relação aos pais de portadores de necessidades especiais, uma vez que esses não só podem como também devem ser grandes aliados no processo de educação em saúde bucal desses sujeitos.

Ainda, no presente estudo constatou-se que a maioria dos indivíduos relatou escovar os dentes mais do que duas vezes por dia. No entanto, quanto ao período de escovação escolhido não foi encontrado um período específico de escolha, sendo a escovação realizada de manhã, ao meio dia/após o almoço e antes de dormir. Resultados semelhantes foram encontrados previamente⁹, onde acrescenta-se ainda a colocação de Pomarico *et al* (2000)¹⁹, sobre a escovação mais importante ser a noturna, pois o fluxo salivar e a capacidade tampão da saliva estão reduzidos durante o sono, o que permite que a ação das bactérias sobre os tecidos dentais e gengivais seja mais facilitada.

Já com relação ao uso do fio dental, um baixo percentual de deficientes visuais relatou fazer seu uso. Isso pode ser explicado uma vez que o uso do fio dental, quando

adequado, é trabalhoso e consome tempo superior para realização da limpeza bucal⁹. Assim, fica clara a necessidade de maiores explicações sobre técnicas em higiene bucal para portadores de deficiência visual⁴.

É importante ressaltar que a maior parte dos entrevistados deste estudo afirmou que a principal maneira com que percebem a placa dental é o hálito, seguido pela língua. Esse fato confirma a necessidade de utilização do tato para ensinar o que é placa bacteriana e como removê-la⁴. Por fim, cita-se a importância da compreensão das habilidades e das limitações dos portadores de deficiência visual, que serve como um auxiliar para a educação em saúde bucal desses sujeitos²⁰. Assim, promover um cuidado dental compreensivo para os deficientes visuais não é só recompensador, mas também um serviço comunitário que os serviços de saúde são obrigados a preencher.

Considerações Finais

As percepções acerca da manutenção da saúde bucal manifestadas pelos deficientes visuais sinalizam para a necessidade de implantação de um programa de educação em saúde bucal, sendo necessário motivar os deficientes visuais aos cuidados preventivos para que situações extremas como a perda dentária, tida por muitos como um fato inevitável, seja evitada. A educação e motivação para saúde bucal podem, dessa maneira, ser utilizadas como uma maneira auxiliar de inclusão social, no sentido de desenvolvimento dos princípios de auto-cuidado e autonomia melhorando, assim, a qualidade de vida dessa população.

Referências Bibliográficas

1. Masi I e col. *Deficiente visual: educação e reabilitação*. Programa Nacional de Apoio à Educação dos Deficientes Visuais. Brasília: Ministério da Educação, 2002. 47p.
2. Associação Catarinense para Integração do Cego. Disponível em: <http://www.jornalismo.ufsc.br/acic> Acesso em 12 mai 2006.
3. Golin AF. *O trabalhador portador de deficiência visual: um estudo de caso* (dissertação de mestrado). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da UFSC; 2003.
4. Goulart ACF, Vargas, AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. *Arq Odontol* 1998; 34(2): 107-19.
5. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev FOB* 2001; 9(1/2):63-9.
6. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cáries: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 145-53.
7. Conselho Federal de Odontologia 2004; 12(59). Disponível em <http://www.cfo.org.br/jornal9/default.htm>. Acesso em 19 mar 2007.
8. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Publica* 2000; 34(2):190-5.
9. Santos PA dos, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores do ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras* 2003; 6(1):67-74.
10. Hedman E, Ringberg C, Gabre P. Knowledge of and attitude to oral health and oral diseases among young adolescents in Sweden. *Swedish Dental Journal* 2006; 30(4):147-54.
11. Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev. Saúde Publ* 1989; 23:509-14.
12. Campos JADB, Garcia PPNS. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras* 2004; 7(1): 58-65.

13. Al-Omiri MK, Board J, Al-wahadni AM, Saeed KN. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. *J Dent Educat* 2006; 70(2): 179-87.
14. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisboa IC, Curra LCD et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde Debate* 1992; (34):33-9.
15. Narvai PC. A prática hegemônica e os dilemas das outras práticas. In: Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1995, p.79-90.
16. Ferreira JMS, Masooni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* 2005; 9(17): 381-8.
17. Moura LFAD, Moura MS de, Toledo AO de. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1079-86.
18. Barreira AK, et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. *Revista Faculdade Odontologia Universidade Federal Bahia* 1997; 1(16-17):13-20.
19. Pomarico L, Ramos AR, Pomarico IRS, Tera LFR, Magnanini MMF. Higiene bucal no ambiente escolar – avaliação de professoras. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 2000; 3(14):295-9.
20. Nandini NS. New insights into improving the oral health of visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2003; 21(4):142-3.

2.1.1 Tabelas e gráficos

Tabela 1. Distribuição das respostas sobre os problemas de boca conhecidos pelos usuários da ACIC de Florianópolis.

Table 1. Answer distribution about oral problems knowledge among ACIC users.

Quais os problemas da boca que você conhece?*	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Cárie Dental	33	68,75
Obturação	9	18,75
Sangramento	4	8,33
Dor de Dente	19	39,58
Problema de canal	12	25
Problema de gengiva	12	25
Tártaro	6	12,5
Sapinho	6	12,5
Afta	7	14,58
Outros	12	25

*Mais de uma resposta

Tabela 2. Frequência das respostas obtidas com relação a durabilidade dos dentes pelos sujeitos do estudo.

Table 2- Frequency from the answers obtained concerning teeth durability from the subjects of the study.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
SIM	28	58,33
Se cuidar, se tratar, se for ao dentista	20	41,67
Depende da sorte, natureza	8	16,66
Outros	0	0
Não sabe por quê	0	0
NÃO	20	41,67
Estragam, caem	11	22,93
Duram algum tempo	7	14,58
Outros	1	2,08
Não sabe por quê	1	2,08

Tabela 3. Hábitos de higiene oral dos deficientes visuais do estudo (n=48).

Table 3- Oral habits of visually impaired subjects (n=48).

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Métodos de higiene utilizados		
Escova dental	47	97,92
Creme dental	47	97,92
Fio Dental	10	20,83
Solução para bochechos	4	8,33
Outros	4	8,33
Frequência de escovação		
Menos do que uma vez por dia	2	4,17
Uma vez por dia	2	4,17
Duas vezes por dia	10	20,83
Mais do que duas vezes por dia	34	70,83
Período da escovação		
Pela manhã	36	75,00
Ao meio dia, após o almoço	37	77,08
Antes de dormir	37	77,08
Outros	5	10,42
Quem ensinou a técnica de escovação utilizada		
Pai/mãe/familiares	8	16,67
Cirurgião-dentista	19	39,58
Professor da escola	5	10,42
Ninguém nunca ensinou	16	33,33

Gráfico 1. Distribuição das respostas sobre conhecimentos relativos à cárie dental.
Graphic 1- Answer distribution about caries knowledge.

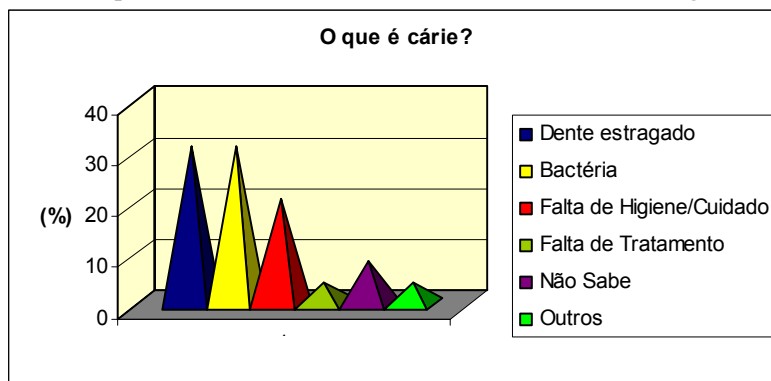
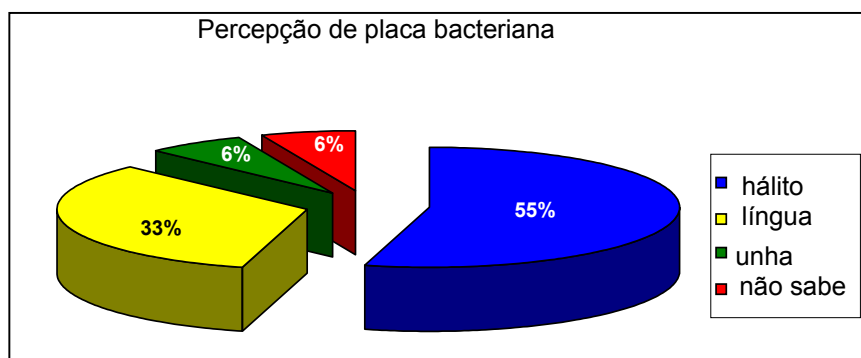


Gráfico 2. Distribuição das respostas sobre práticas em relação à cárie dental.
Graphic 2 – Answers distribution about caries practices.



Gráfico 3. Modo de percepção da placa bacteriana pelos deficientes visuais.
Graphic 3 – Perception form of plaque from visually impaired people.



2.2 ARTIGO 2*

IMPLICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA VISUAL NA CAPACIDADE DE CONTROLE DE PLACA BACTERIANA

Visually impaired implications in the plaque control capacity

Graziela Oro Cericato¹

Ana Paula Soares Fernandes²

¹ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela UFSC.

²Doutora em Engenharia de Produção. Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Estomatologia. Florianópolis,SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Graziela Oro Cericato

Rua 15 de novembro, 763, apto 1300.

Centro

Passo Fundo (RS)- Brasil

CEP: 99010-000

Tel: (54) 3312-1137

email: gracericato@yahoo.com.br

*Formatado de acordo com as normas da RFO/UPF

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar a capacidade de controle de placa bacteriana de deficientes visuais. Primeiramente, foi aplicado um questionário aos deficientes visuais da Associação Catarinense para Integração do Cego. Após, foi avaliada a capacidade de controle de placa bacteriana por meio do Índice de Controle de Placa (ICP). Dos 48 deficientes visuais, 22 possuíam baixa visão e 26, cegueira. 70.83% da amostra relatou escovar os dentes mais do que duas vezes/dia. No entanto, quando a qualidade da escovação foi avaliada pelo ICP, somente em 35,42% dos sujeitos era adequada. A análise estatística não mostrou relação significativa (5%), entre a condição visual e o ICP ($p=0,4945$) e entre esse e o número de dentes perdidos (DP) ($p=0,7929$). O mesmo ocorreu com a aplicação do teste de correlação de Spearman (5%) para a correlação entre tempo de deficiência visual e as variáveis ICP ($r=0,168$; $p=0,2534$) e DP ($r=0,2703$; $p=0,0631$). Assim, pode-se concluir que a condição visual não pode ser considerada como fator de gravidade para a capacidade de controle de placa e para a perda de elementos dentários.

Palavras-chave: Deficientes visuais. Placa dentária. Odontologia Preventiva.

ABSTRACT

The aim of the present study was to evaluate the capacity of controlling bacterial plaque of visually impaired individuals. Firstly, a questionnaire was applied to the visually impaired at the *Associação Catarinense para a Integração do Cego*. After, a Bacterial Plaque Control Index (ICP) evaluated the capacity of plaque control. Of 48 visually impaired, 22 had low vision and 26, blindness. 70.83% of the sample reported to brush the teeth more than twice/day. However, when the quality of teeth brushing was evaluated by the ICP, it was appropriated only in 35.42% of the individuals. The statistical analysis did not show significant relation (5%) between the visual condition and the ICP ($p = 0.4945$) and between that one and the number of lost teeth (DP) ($p = 0.7929$). The same thing took place with the application of the Spearman Correlation Test (5%) for the correlation between time of visual impairment and the variables ICP ($r = 0.168$; $p = 0.2534$) and DP ($r = 0.2703$; $p = 0.0631$). So, it was possible to conclude that the visual condition cannot be considered an aggravating factor for the capacity of controlling bacterial plaque and for the teeth loss.

Key-words: Visually Impaired. Dental Plaque. Preventive Dentistry.

Introdução

A atenção odontológica aos pacientes portadores de necessidades especiais pode ser considerada incipiente em nosso país. A odontologia moderna mudou seu paradigma privilegiando os aspectos preventivos, e, nesse sentido, o paciente tem um papel ativo enquanto responsável por sua saúde bucal, e precisa ser conscientizado e motivado a desempenhá-lo.

A pessoa com deficiência visual pode ser cega ou ter baixa visão. Segundo o Decreto de Lei 3298, de 20 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, no seu artigo 4º, inciso III, deficiência visual significa acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações¹.

As pessoas com baixa visão possuem diferentes dificuldades visuais: dificuldade ou impedimento no campo central, visão “embaçada”, campo visual restrito, entre outros², sendo que a incidência de baixa visão é maior do que a cegueira. No Brasil, estima-se que 15% da população possuam algum tipo de deficiência, sendo que dessas, 0,3% equivalem à cegueira e 2% equivalem à baixa visão³.

A visão desempenha um importante papel no desenvolvimento psicomotor da pessoa. Assim, a falta de visão dificulta a auto-estimulação para a repetição de gestos e ações, tornando mais difícil o aprendizado na segunda infância⁴.

O indivíduo cego, ou com baixa visão, pode passar por dificuldades. Entretanto, com tratamento precoce, atendimento educacional adequado, programas e serviços especializados, a perda da visão não significará o fim da vida independente e não ameaçará

a vida plena e produtiva do deficiente visual³. Ainda, deve-se lembrar que a cegueira não acarreta dificuldades cognitivas, uma vez que a linguagem, a principal ferramenta do pensamento, está preservada⁵.

Os portadores de deficiências neuropsicomotoras muitas vezes apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes levando a sua perda. São pessoas que geralmente não têm habilidade para promoverem uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que outras a façam, ou a façam de maneira inadequada⁵ e, sabendo-se que o principal fator etiológico tanto da cárie como da doença periodontal é a placa bacteriana, a qualidade de higiene bucal realizada pelo paciente assume um papel extremamente importante.

A remoção da placa bacteriana, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais^{6,7}.

Um fator importante é o período em que a deficiência visual se instalou, uma vez que aquelas pessoas que nunca enxergaram ou que perderam a visão precocemente, não têm conceitos visuais e, portanto, necessitam explicações mais detalhadas para realizarem as tarefas diárias, entre elas a higienização bucal⁴.

A literatura nos mostra algumas investigações que discutem sobre a deficiência visual e a relação com a odontologia. Nesse sentido, estudos que avaliaram as condições de saúde bucal de portadores de deficiência visual, encontraram uma higiene bucal deficiente e ruim, na maioria dos casos^{8,9,10}. Ainda, observaram que os parcialmente cegos, ou com baixa visão, apresentaram uma melhor higiene bucal quando comparados com os

totalmente cegos⁸. Quanto às condições bucais, os achados demonstram altos índices de inflamação gengival e condição bucal inadequada¹¹.

A observação de ocorrência de problemas mais graves em pessoas cegas com relação a pessoas com baixa visão também foi relatada por O'Donnell¹², que realizou um estudo sobre a ocorrência de traumatismos nos dentes anteriores ocasionados em virtude da deficiência visual e observou que os traumas dentais mais severos foram encontrados nas crianças totalmente cegas.

Al Sardeed, Bedi e Hunt¹³, buscaram compreender quais eram as atitudes dos profissionais da Odontologia frente às pessoas com necessidades especiais. Os resultados mostraram que 54% dos dentistas apresentam verbalizações positivas com relação ao atendimento a pessoas com deficiência. As verbalizações positivas indicam que os profissionais mostraram-se sensibilizados diante das pessoas com necessidades especiais.

Assim o objetivo desse trabalho foi avaliar a capacidade de controle de placa bacteriana de portadores de deficiência visual e relacioná-la com condição visual (cegueira ou baixa visão).

Metodologia

A amostra utilizada para realização do estudo constituiu-se de 48 deficientes visuais da Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC), sendo 26 portadores de cegueira e 22 portadores de baixa visão. Para ser selecionado para a amostra, o sujeito deveria estar matriculado na ACIC durante o primeiro semestre de 2007, estar disponível no momento da coleta dos dados e ter concordado com a participação no estudo. Assim,

todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi adaptado ao tipo de deficiência visual, autorizando, assim, a coleta e utilização dos dados.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, os deficientes visuais concordantes com a participação no estudo eram convidados a responder a um questionário. Devido à característica especial da população em estudo, a aplicação do questionário foi realizada de maneira individual, sendo que a pesquisadora responsável pela aplicação do questionário lia as questões e as opções de resposta de cada questão, integralmente, e anotava a resposta dada pelo sujeito da pesquisa.

Na segunda etapa do estudo foi avaliada a capacidade de controle de placa. Para isso, foi utilizado o ICP (Índice de Controle de Placa), proposto por O'Leary, Drake e Naylor¹⁴ (1972). Como o objetivo dessa mensuração era avaliar a capacidade do indivíduo de realizar a remoção da placa bacteriana, o índice foi coletado da seguinte maneira: primeiramente era aplicada solução evidenciadora de placa bacteriana com auxílio de cotonetes. Após, o sujeito realizava um bochecho com água para remoção de excessos da solução evidenciadora da cavidade bucal e recebia um kit de higiene bucal contendo escova dental, pasta dental e fio dental e, então, era convidado a escovar seus dentes da maneira rotineira com que realizava a escovação. Por fim, realizava-se a mensuração do índice, onde eram examinadas as superfícies vestibular, lingual/palatina, mesial e distal dos dentes e registrada a presença ou ausência de placa em cada uma delas.

A mensuração de placa bacteriana era anotada em um formulário específico e a soma das superfícies com placa era dividida pelo número de superfícies examinadas, resultando no ICP. Os terceiros molares não foram examinados, conforme preconizado pelos autores do ICP. Com a utilização desse mesmo formulário foi possível coletar dados acerca do número de dentes perdidos de cada sujeito do estudo.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio de estatística descritiva, teste de associação entre variáveis - teste U de Mann-Whitney - e teste de correlação de Spearman. As análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. O teste de associação entre variáveis foi utilizado entre as variáveis ICP (Índice de Controle de Placa) e tipo de deficiência visual (Cegueira ou Baixa Visão) e entre DP (número de Dentes Perdidos) e tipo de deficiência visual. Já o teste de correlação de Spearman foi utilizado entre as variáveis ICP e tempo de deficiência visual e entre DP e tempo de deficiência visual.

A metodologia utilizada nesse estudo foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovada pelo parecer 359/06.

Resultados

Dos 48 deficientes visuais da amostra do estudo, 27 eram do sexo feminino e 21 do sexo masculino, sendo a média de idade encontrada de 31,6 anos, com mediana de 32,5 anos.

Quanto ao grau de instrução, 40% dos entrevistados possuíam o ensino fundamental incompleto, seguido de 22,9% que possuíam o ensino médio completo. Além disso, 12,5% dos pesquisados relataram nunca terem estudado.

As causas da deficiência visual encontradas foram bastante variadas, com predomínio de glaucoma, problemas ocorridos na retina do olho e problemas congênitos.

Com relação à realização da escovação dental diária, todos os participantes relataram que não recebem ajuda de terceiros para sua realização. Com relação à frequência diária de escovação, a maioria dos sujeitos relatou escovar mais do que duas vezes por dia

(n=34; 70,83%). 20,83% relataram escovar 2 vezes por dia; 4,16% relataram escovar 1 vez por dia e os outros 4,16% relataram escovar menos do que uma vez por dia.

A escovação dos sujeitos foi avaliada individualmente através do ICP e, assim, foi considerada adequada ($ICP < 10\%$) em 35,42% da amostra. Quanto a variável número de dentes perdidos, foi encontrada uma média de pouco mais de 5 dentes perdidos por indivíduo, sendo que apenas 31,25% (n=15), não apresentaram perda dental. Os valores médios encontrados para as variáveis ICP e DP estão descritos na tabela 1.

A tabela 2 apresenta os resultados das associações entre o ICP e DP com o tipo de deficiência visual apresentada pelo sujeito (cegueira ou baixa visão). A tabela mostra que apesar de os valores médios encontrados tanto para o ICP quanto para DP serem menores nos sujeitos com baixa visão, não houve diferença estatisticamente significativa com relação aos sujeitos portadores de cegueira.

A aplicação do teste de correlação de Spearman mostrou que a diferença entre as médias do ICP e DP e o tempo de deficiência visual não foi significativa para nenhuma das duas variáveis, sendo que os valores encontrados para o ICP foram $r=0,168$; $p=0,2534$ e para DP foram $r= 0,2703$; $p=0,0631$.

Discussão

A emergência de programas de promoção em saúde para deficientes visuais assume grande importância na medida em que procura utilizar metodologias de educação como parte do processo de capacitação dessa população, auxiliando assim, no processo de inclusão social.

Com base nas características da população estudada, pode-se dizer que as ações de promoção de saúde na ACIC encontrariam uma situação favorável, no entanto, no aspecto

de escolaridade e no caso de implantação de programas de educação em saúde bucal, haveria a necessidade de adequação do conteúdo para uma linguagem mais popular, uma vez que grande parte da população possui nível de escolaridade considerado baixo.

Com relação à higienização bucal, sabe-se que muito mais importante do que a frequência diária da escovação é a qualidade da escovação realizada. Nesse sentido, estudos demonstram que a qualidade de higienização da população em geral, que tem o benefício da visão, é, na maioria das vezes, considerada entre satisfatória e regular^{15,16}, não é de se espantar que quase 65% dos participantes desse estudo apresentaram uma escovação inadequada, quanto a capacidade para remoção de placa bacteriana, uma vez que a técnica de escovação (circular, horizontal), não foi avaliada. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores, realizados em portadores de necessidades especiais¹⁶ e também exclusivamente em portadores de deficiência visual^{9,10}.

Alguns autores, ao estudarem a eficiência da escovação diária concluíram que esse é o método mais indicado como hábito rotineiro de higiene bucal, por ser de fácil acesso à população. Nesse sentido, a literatura mostra grande número de pesquisas que relatam a importância da motivação para a manutenção da higiene bucal, uma vez que somente através de conscientização do indivíduo da sua situação bucal é que se pode conseguir uma cooperação do paciente com relação ao controle de placa bacteriana^{17,18,19}.

Com relação à perda dental, pode-se dizer que ela é tida como temática de relevância avaliada pela saúde pública, haja vista que é considerada como uma decorrência das doenças bucais mais prevalentes²⁰ e também devido a sua alta ocorrência. Nesse estudo, 68,75% dos participantes apresentaram pelo menos a perda de um elemento dentário. A ocorrência dessa prevalência de perda dental nessa população pode ser parcialmente explicada devido a idade média da população em estudo (31,6 anos), uma vez que a prática

hegemônica, caracterizada pela ênfase curativa e mutiladora, constitui provavelmente a vivência concreta dos sujeitos desse estudo.

Ainda em relação à perda dentária, o estudo realizado por Schembri e Fiske¹¹ em portadores de deficiência visual, encontrou também um alto índice de perda dentária, sendo que 45% dos participantes daquele estudo possuíam edentulismo.

Ao contrário do que foi encontrado por Anaise⁸, os resultados desse estudo não conseguiram mostrar uma relação direta entre a gravidade da deficiência visual (cegueira ou baixa visão) e a qualidade de controle de placa bacteriana, ocorrendo o mesmo com a relação com o número de dentes perdidos.

Os resultados desse estudo permitem dizer que ao trabalhar com portadores de deficiência visual, há total relevância e necessidade de destaque para os cuidados preventivos em saúde bucal. Ensinar práticas de higiene bucal adequada para deficientes visuais requer uma abordagem especial com tempo e paciência²¹, uma vez que os recursos visuais, muito utilizados para as práticas de educação em saúde bucal, não podem ser utilizados.

Um indivíduo com deficiência visual pode ser educado para conseguir um adequado controle de placa bacteriana, através de colocação de finalidades realistas, via demonstração passo-a-passo, bem como através de dicas auxiliares sobre higiene bucal adequada¹¹. Nesse sentido, a literatura cita um método de ensino de escovação específico para uma população de deficientes visuais, onde a música foi utilizada como recurso auxiliar²¹. Dessa maneira, cada vez que a música mudava de ritmo, era sinal de que os deficientes visuais deveriam mudar a superfície dentária que estavam escovando. Além disso, há na literatura outros métodos de adaptação de materiais educativos para essa população em especial, sendo os recursos de informática e o Braille os mais citados na

literatura, além de materiais que utilizem o tato como recurso de captação da mensagem a ser transmitida^{4,9,11,21-23}.

Assim, há a necessidade de desenvolvimento de novas formas de ensino que sejam efetivos^{13,19}, devido à necessidade de motivação e também devido à necessidade de desenvolvimento de habilidade psicomotora, para efetuação de uma higiene bucal com qualidade, dos deficientes visuais, para que se evitem situações extremas como a perda dos dentes.

Conclusão

A metodologia empregada para a realização do estudo não permitiu dizer que o grau de deficiência visual é fator de gravidade para a capacidade de controle de placa e para a perda de elementos dentários. No entanto, devido à disparidade dos dados encontrados na literatura acerca desse mesmo tema, sugere-se que estudos mais detalhados sejam realizados para que se possam tomar posições mais concretas sobre a influência do grau de deficiência visual na manutenção da saúde bucal do indivíduo.

Com relação à educação dos deficientes visuais em relação aos cuidados com a saúde bucal, pode-se perceber a necessidade de desenvolvimento de materiais educativos que visem à participação do indivíduo no processo de ensino-aprendizagem, facilitando com isso a motivação para os cuidados diários com a boca e auxiliando, assim, o processo de inclusão social desses indivíduos, uma vez que quanto mais capacitados para exercerem o auto-cuidado, tanto mais autonomia para exercer suas atividades diárias esses indivíduos terão.

Agradecimentos

Este artigo é parte integrante da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa a pesquisadora Graziela Oro Cericato. Os autores agradecem ao Prof. Dr. Jose Fletes pelo auxílio estatístico prestado. Um agradecimento especial a Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC) de Florianópolis e aos participantes da pesquisa pela presteza para realização desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto Lei nº 3298. Regulamenta a Lei nº 7853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 20 dez 1989.
2. Carvalho KMM et al. Visão subnormal – orientações ao professor do ensino regular. Campinas; Ed. da Unicamp; 1992.
3. Acic. Associação Catarinense para Integração do Cego. Disponível em URL: <http://www.jornalismo.ufsc.br/acic> [2006 mai 12].
4. Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. Arq Odontol 2001; 37 (2):183-8.
5. Batista CG, Turrini CA, Moraes ABA, Rolim GS. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec 2003; 1 (2):170-4.

6. Chiapinotto GA, Meller D, Santos FB. Meios mecânicos de limpeza dos dentes: avaliação de indivíduos de uma clínica privada. RGO 1998; 46:142-4.
7. Navia JM. Prevention of dental caries: agents with increase tooth resistance dental caries. Int Dent J 1972; 22: 427-30.
8. Anaise JH. Periodontal disease and oral hygiene in a group of blind and sighted Israeli teenagers (14-17 years of age). Community Dent Oral Epidemiol 1979; 7:353-6.
9. Cacalano AC, Quintela RS. Orientação e motivação sobre higiene bucal, voltada aos deficientes visuais. Rev EAP/APCD 2000; 1(2):20-2.
10. Goulart ACF, Vargas AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Arq Odontol 1998; 34 (2): 107-19.
11. Schembri A, Fiske J. The implications of visual impairment in an elderly population in recognizing oral disease and maintaining oral health. Spec Care Dentist 2001; 21(6): 222-6.
12. O'Donnell D. The prevalence of nonrepaired fractured incisors in visually impaired Chinese children and Young adults in Hong Kong. Quint Int 1992; 25(5): 363-5.
13. Al Sarheed M, Bedi R, Hunt NP. Attitudes of dentists, working in Riyadh, toward people with a sensory impairment. Spec Care Dentist 2001; 21(3): 113-6.
14. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol 1972; 43:38.
15. Moimaz SAS, Gulinelli JL, Garbin CAS, Spinelli EB, Saliba O. Avaliação do programa de promoção de saúde bucal para pré-escolares. RPG Rev Pós Grad 2004; 11(2): 182-8.

16. Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. *Odontol Clin.-Cientif* 2004; 3(3):187-192.
17. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente. Avaliação de recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e da doença periodontal. *RGO* 1992; 40: 143-50.
18. Medeiros UV, Carvalho JCC. Estudo das condições de saúde bucal da população. Programa comunitário de atenção periodontal. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1990; 44:165-70.
19. Todescan JH, Sima FT. Campanhas de prevenção e orientação para com a higiene bucal. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1991; 45: 537-9.
20. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(6):1545-7.
21. Nandini NS. New insights into improving the oral health of visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2003; 21(4):142-3.
22. Silvério F, Santos JFF, Cunha VPP, Naressi WG. Ilumine um sorriso: materiais lúdico-pedagógicos para portadores de deficiência visual. *Rev EAP/APCD* 2001; 3(1): 25-8.
23. Yalcinkaya SE, Atalay T. Improvement of oral health knowledge in a group of visually impaired students. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4(4): 243-53.

2.2.1 Tabelas e Figuras

Tabela 1. Medidas de tendência central das variáveis ICP e DP (n=48).

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
ICP	15.37	13.07	3.57	41.67
DP	5.06	2.50	0	25.00

Tabela 2. Resultado da associação entre ICP e DP com o tipo de deficiência visual.

	Cegueira	Baixa visão	Valor de p
ICP	15,75	14,92	p=0,4945*
DP	5,5	4,5	p= 0,7929*

* Sem diferença estatisticamente significativa pelo teste U de Mann-Whitney ($\alpha=5\%$; $p<0,05$).

CAPÍTULO 3. REFERÊNCIAS

ACIC, Associação Catarinense para Integração do Cego. Disponível em: <http://www.jornalismo.ufsc.br/acic>. Acesso em 12 mai 2006.

AGUIAR, S.M.H.C.A. et al. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buco-dental direcionado a pacientes excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. **Revista Faculdade Odontologia Lins**, v.12, n. ½, p.16-23, 2000.

AGUIAR, F.L.M.A.de; GARCIA, R.M.C. **Análise descritiva de atendimentos odontológicos aos pacientes portadores de necessidades especiais em alguns serviços assistenciais no Distrito Federal**. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Associação Brasileira de Odontologia –DF. Brasília, DF, 2003.

AL-OMIRI, M.K.; BOARD, J.; AL-WAHADNI, A.M.; SAEED, K.N. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. **J Dent Educat**, v.70, n.2, p.179-187, Feb. 2006.

AMARAL, L. A. **Pensar a diferença: deficiência**. Brasília: CORDE, 1994.

ANAISE, J.H. Periodontal disease and oral hygiene in a group of blind and sighted Israeli teenagers (14-17 years of age). **Community Dent Oral Epidemiol**, v.7, p.353-6, 1979.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIRES,I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A.C. e col. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo: Artmed, 2003. cap. 6.

BATISTA, C.G.; TURRINI,C.A.; MORAES,A.B.A.; ROLIM,G.S. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. **J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v.1,n.2, p.170-174, mar./abr.2003.

BIANCHETTI, L. Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes. In: . **Um olhar sobre a diferença: Interação, trabalho e cidadania**. São Paulo: Papyrus, 1998. p.21-51

BRASIL. Decreto Lei 3298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

CARVALHO, K.M.M. *et al.* **Visão subnormal – orientações ao professor do ensino regular.** Campinas: Ed. da Unicamp, 1992.

CERQUEIRA, J.B.; FERREIRA, E.M.B. **Recursos didáticos na educação especial.** Disponível em: http://200.156.28.7/Nucleus/media/common/Nossos_Meios_RBC_RevDez1996_Artigo3 . Acesso em 20 jul 2006.

CHIAPINOTTO, G.A.; MELLER, D.; SANTOS, F.B. Meios mecânicos de limpeza dos dentes: avaliação de indivíduos de uma clínica privada. **Rev Gaúcha Odontol**, v. 46, p. 142-144, 1998.

CORREIOS. **Como enviar cartas para um amigo deficiente visual.** Disponível em : <http://www.efetividade.net/2007/10/15/como-enviar-cartas-para-um-amigo-deficiente-visual-central-braille-dos-correios/>. Acesso em 16 out 2007.

DEITOS, Teresinha Pellicoli. **As novas tecnologias e os cegos em situações interativas e a compensação social.** 2000. Dissertação. (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSC, Florianópolis.

ENGAR, R.C.; STIEFEL, D.J. Dental treatment of the sensory impaired patient Seattle: University of Washington, 1977. 65 p.

FAYE, E.; BARRAGA, N.C. **The low vision patient.** Grune e Stratton, 1985.

FRANCO, J.R.; DIAS, T.R.S. A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso. **Revista Benjamin Constant**, n.30, abr, 2005.

GOLIN, A.F. **O trabalhador portador de deficiência visual: um estudo de casa.** Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Programa de pós graduação em Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.2003.102p.

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

GRELLEY, C.G.; GOLDSTEIN, P.A.; FORRESTER, D.J. Oral manifestations in a group of blind students. **J Dent Child**, v.43, n.1, p.39-41, 1976.

HEDMAN, E.; RINGBERG, C.; GABRE, P. Knowledge of and attitude to oral health and oral diseases among young adolescents in Sweden. **Swedish Dental Journal**, v.30, n.4, p.147-54, 2006.

HOLBROOK, M.C. What is visual impairment? In: HOLBROOK, M.C. (Org.) **Children with visual impairments: a parent's guide**. Bethesda: Woodbine House, 1996.

HOROWITZ, A. M. The public's oral health: the gaps between what we know and what we practice. **Adv Dent Res**, v.9, n.2, p.91-95, 1995.

YALCINKAYA, S.E.; ATALAY, T. Improvement of oral health knowledge in a group of visually impaired students. **Oral Health Prev Dent**, v.4, n.4, p.243-53, 2006.

JORNAL NACIONAL. **Produtos já chegam às prateleiras com impressão em braile**.

Disponível em:

<http://jornalnacional.globo.com/Jornalismo/JN/0,,AA15158113586,00.html>. Acesso em 12 abr 2007.

MASI, I e col. **Deficiente visual: educação e reabilitação**. Programa Nacional de Apoio à Educação dos Deficientes Visuais. Brasília: Ministério da Educação, 2002. 47p.

MATOS, S.R. Educação, Cidadania e exclusão à luz da educação especial: retrato da teoria e da vivência. Benjamin Constant, Rio de Janeiro, v.9, n.26, dez.2003. pg 12-19.

MAZZOTTA, M. **Educação especial no Brasil: História e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.

McGOLDRICK, P.M. Principles of Health Behaviour and Health. In: **Community Oral Health**. Oxford: C. Pine, 1997, p.291-98.

MILLER, S.J.H. **Enfermidades dos olhos**. 16 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1981. cap.36.

MIN, H. Y.; SAMPAIO, M. W.; HADDAD, M. A. O. **Baixa visão: conhecendo mais para ajudar melhor**. São Paulo: Laramara, 2001.

O'DONNELL, D. The prevalence of nonrepaired fractured incisors in visually impaired Chinese children and Young adults in Hong Kong. **Quint Int**, v.25, n.5, p.363-5, 1992.

O'LEARY, T.J.; DRAKE, R.B.; NAYLOR, J.E. The plaque control record. **J Periodontol**, v.43, p.38, 1972.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: KRIEGER (coord). **ABOPREV**: promoção de saúde bucal. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas,1999.

PETRY, P.C.; VICTORA, C.G.; SANTOS, I.S. Adultos livres de cáries: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.145-153, jan-mar, 2000.

PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev. Saúde Publ.** v.23, p. 509-514,1989.

PINTO, V.G. Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva. São Paulo: Santos, 3 ed, 1990.

RATH, I.B S.; BOSCO, V.L.; ALMEIDA, I.C.S.; MOREIRA, E.A.M. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v.37,n.2, p.183-88, jul/dez, 2001.

SASSAKI, R. Implicações do paradigma da inclusão para o emprego de pessoas com deficiência. In: ABRANCHES, C. **Inclusão dá trabalho**. Belo Horizonte: Armazém de Idéias, 2000. p. 82-110.

SCHEMBRI, A.; FISKE, J. The implications of visual impairment in an elderly population in recognizing oral disease and maintaining oral health. **Spec Care Dentist**, v. 21, n.6, p.222-226, 2001.

SILVÉRIO,F.; SANTOS, J.F.F.; CUNHA,V.P.P.; NARESSI,W.G. Ilumine um sorriso: materiais lúdico-pedagógicos para portadores de deficiência visual. **Rev EAP/APCD**, v.3, n.1, p.25-28, dez. 2001.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Publica**, v.34, n.2, p.190-5, 2000.

YALCINKAYA, S.E.; ATALAY, T. Improvement of oral health knowledge in a group of visually impaired students. **Oral Health Prev Dent**, v.4, n.4, p.243-53, 2006.

CAPÍTULO 4

APÊNDICES

APÊNDICE A- METODOLOGIA DA PESQUISA

1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como sendo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório. Segundo Barbetta (2004), o estudo descritivo exploratório possui como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito.

2 Aspectos éticos e legais

A metodologia utilizada por este estudo foi previamente encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo 359/06, recebendo parecer favorável para sua realização (ANEXO A).

3 Seleção da amostra

O primeiro passo para determinação da amostra da pesquisa foi procurar instituições especializadas no atendimento dos deficientes visuais localizados na região de Florianópolis (SC). Assim, foram encontradas a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) e a Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC). O fato de a primeira instituição possuir um número relativamente pequeno de deficientes visuais frequentando-a rotineiramente (n=3), fez com que se optasse por sua exclusão, trabalhando-se somente com a ACIC (Figura 1).

A ACIC é uma instituição privada, sem fins lucrativos, de âmbito estadual, fundada em 18 de junho de 1977. Seu principal objetivo é realizar Educação, Reabilitação e Profissionalização de pessoas portadoras de deficiência visual, atendendo tanto a Santa Catarina, como a outros estados e inclusive outros países.



Figura 1. Foto da fachada da Associação Catarinense para Integração do Cego.

A amostra utilizada no estudo é caracterizada como uma amostra por conveniência. Assim, para a seleção dos sujeitos participantes da pesquisa, do total de 130 usuários da ACIC, foram considerados os 60 usuários que se faziam presentes no dia da semana (terça-feira), destinado pela instituição para a realização do trabalho, durante o primeiro semestre de 2007.

Para a seleção dos sujeitos, no primeiro dia da pesquisa foi realizada uma reunião com todos os usuários presentes na instituição, na qual foi explicada a importância da realização do estudo e a metodologia para coleta dos dados. Dos 60 usuários que se faziam presentes nas terças-feiras, 48 usuários concordaram em participar do estudo, constituindo, assim, a amostra do presente trabalho.

4 Coleta de dados

As pessoas envolvidas com o presente trabalho foram convidadas a participar do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B e

C), que, de acordo com a resolução 196/96, foi adaptado de acordo com o tipo de deficiência visual.

Esse estudo foi realizado em duas etapas:

1ª. Etapa: Identificação

Na primeira etapa foram realizadas visitas semanais à instituição, com o intuito de obter informações sobre a mesma e sobre a realidade do processo de educação em saúde bucal da instituição.

Durante essas visitas, os deficientes visuais concordantes com a participação no estudo eram convidados a responder a um questionário constituído por três temáticas: o conhecimento popular dos deficientes visuais quanto à saúde bucal, a percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal e as práticas cotidianas quanto à saúde bucal (Apêndice D).

Devido à característica especial da população em estudo, a aplicação do questionário foi realizada de maneira individual, sendo que a pesquisadora responsável pela aplicação do questionário lia as questões e as opções de resposta de cada questão, integralmente, e anotava a resposta dada pelo sujeito da pesquisa.

O questionário utilizado nesse estudo foi desenvolvido a partir de dados obtidos por estudos anteriores: Goulart e Vargas (1998); Unfer e Saliba (2000); Al-Omiri *et al* (2006).

2ª. Etapa: Avaliação da Capacidade de controle de Placa Bacteriana

Para avaliar a capacidade de controle de placa, foi utilizado o ICP (Índice de Controle de Placa), proposto por O'Leary, Drake e Naylor (1972). Como o objetivo dessa

mensuração era avaliar a capacidade do indivíduo de realizar a remoção da placa bacteriana, o índice foi coletado da seguinte maneira: primeiramente era aplicada solução evidenciadora de placa bacteriana com auxílio de cotonetes (Figura 2).



Figura 2: Demonstrativo de revelador de placa bacteriana e cotonetes utilizados para sua aplicação.

Após, o sujeito realizava um bochecho com água para remoção de excessos da solução evidenciadora da cavidade bucal e recebia um kit de higiene bucal contendo escova dental, pasta dental e fio dental (Figura 3 e 4) e, então, era convidado a escovar seus dentes da maneira rotineira com que realizava a escovação (Figura 5).



Figura 3. Kits de higiene bucal fornecido para realização da higiene bucal.



Figura 4: Participantes do estudo recebendo kit de higiene bucal.



Figura 5. Participantes do estudo realizando escovação dos dentes

Por fim, realizava-se a mensuração do índice, onde eram examinadas as superfícies vestibular, lingual/palatina, mesial e distal dos dentes e registrada a presença ou ausência de placa em cada uma delas. A mensuração de placa bacteriana era anotada em um formulário específico (Apêndice E) e a soma das superfícies com placa era dividida pelo número de superfícies examinadas, resultando no ICP. Os terceiros molares não foram examinados, conforme preconizado pelos autores do ICP.

5 Ações Complementares

Com o objetivo de informar os deficientes visuais quanto a importância da realização de cuidados em relação à saúde bucal, após a realização da coleta dos dados e sem interferir nos mesmos, os sujeitos da pesquisa receberam informações sobre a maneira correta de higienizar a boca e tiveram acesso a um folheto informativo (Apêndice F) que versava sobre a importância da manutenção de uma boa higiene bucal. Esse folheto foi

previamente analisado pela instituição, e com o auxílio desta foi adaptado para os deficientes visuais sendo impresso em Braille para os portadores de cegueira total e em tinta ampliada para os portadores de baixa visão, e também foi disponibilizado via computador pelo método de Jaw's que a instituição possui, no qual o computador "lê" o texto para os deficientes visuais. É importante lembrar que esses folhetos ficaram disponíveis na biblioteca local da Instituição (Figura 6), para que, além dos participantes da pesquisa, todos os usuários da ACIC pudessem ter acesso às informações nele contidas.

Além do acesso ao folheto informativo, os participantes do estudo tiveram oportunidade de acesso a um material educativo confeccionado especialmente para essa população (Figura 7). Trata-se de um projeto pioneiro, com o intuito de demonstrar a possibilidade de adaptação de materiais educativos em relação à saúde bucal adaptados especialmente aos portadores de deficiência visual. O material foi confeccionado com placas de madeira, em forma de encaixe, e com diferentes superfícies para facilitar o tatoamento por parte dos sujeitos.



Figura 6. Usuário da ACIC tendo acesso a leitura do folheto informativo em Braille, disponível na biblioteca da instituição.



Figura 7. Material educativo adaptado aos deficientes visuais desenvolvido pelo estudo

6 Análise dos resultados

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva de frequência e também por meio de realização de testes de associação entre variáveis através do aplicativo SESTATNET (www.sestatnet.ufsc.br), que é um ambiente flexível de ensino-aprendizagem de Estatística por meio da Internet. O Sestatnet disponibiliza, e aplica, procedimentos de descrição, testes de hipóteses e modelos de regressão para variáveis qualitativas e quantitativas.

Assim, para análise dos dados sobre conhecimento popular, percepção e práticas cotidianas em saúde bucal dos deficientes visuais foi realizada estatística descritiva de frequência.

Para verificar a associação entre as variáveis Índice de Controle de Placa (ICP) e Tipo de deficiência visual (cegueira ou baixa visão) foi utilizado o teste U de Mann-

Whitney. Esse mesmo teste foi utilizado para verificar a associação entre o número de dentes perdidos (DP) e o tipo de deficiência visual. O teste de Mann Whitney é utilizado para analisar associação entre duas variáveis X e Y, no caso em que uma variável seja qualitativa nominal e a outra seja qualitativa ordinal. Esse teste também é utilizado como alternativa para o teste t de Student, para dados não pareados, quando a variável quantitativa não atender à normalidade.

Já para verificar a associação entre ICP e Tempo de deficiência visual e DP e tempo de deficiência visual foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Nesse teste, o coeficiente r de correlação de Spearman é uma medida numérica da associação linear entre variáveis qualitativas ordinais X e Y. Todas as análises estatísticas foram realizadas a nível de 5% de significância.

7 Perspectivas

A metodologia utilizada para realização desse trabalho visa fornecer subsídios para futuras intervenções em educação em saúde bucal na população estudada. Nesse sentido, pretende-se dar continuidade ao trabalho com os sujeitos deficientes visuais, desenvolvendo uma quantidade maior de materiais educativos/informativos adaptados para essa população, bem como materiais que permitam a participação ativa do portador de deficiência visual no processo de ensino-aprendizagem em saúde bucal. Para isso, pretende-se contar com a participação de toda a equipe de apoio educacional da instituição para poder desenvolver um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. Além disso, buscar-se-ão recursos para instalação de programas educativo-preventivos na instituição com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento das doenças bucais dos deficientes visuais, para proporcionar-lhes uma melhoria na qualidade de vida.

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (maiores de 18 anos)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Graziela Oro Cericato. Sou cirurgiã- dentista e estou fazendo Mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina. Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa de dissertação de Mestrado em Odontologia, do Programa de Pós- Graduação em Odontologia da UFSC, na área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, intitulada “Educação em saúde bucal em portadores de deficiência visual: um estudo de caso na Associação Catarinense Para Integração do Cego”.

Esta pesquisa tem como objetivo verificar o conhecimento popular, a percepção e a prática cotidiana das pessoas portadoras de deficiência visual quanto aos cuidados em relação à saúde bucal.

Se concordar em participar desse estudo, você será convidado a responder a um questionário sobre seus conhecimentos e práticas diárias com relação à saúde bucal. Após, você receberá um kit de higiene bucal contendo escova dental, pasta dental e fio dental e, então, será convidado a demonstrar como realiza a escovação de sua boca. Nesse momento, a pesquisadora responsável fará a medição de um índice que avalia a capacidade de remoção de placa bacteriana durante a escovação. Além disso, você vai receber um folheto informativo falando sobre a correta higienização da boca.

Os tratamentos propostos não causam prejuízos à saúde, e todas as informações são absolutamente confidenciais. Quanto aos riscos em participar desse estudo, salienta-se que você poderá sentir-se constrangido em responder algumas questões presentes no questionário, no entanto, lembro que a adesão a este trabalho é voluntária, não havendo nenhum prejuízo ao voluntário, caso decida abandoná-lo, o que poderá ser feito a qualquer momento.

Maiores informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas no Departamento de Estomatologia da UFSC, pelo telefone: (XXXX- XXXX- XXXX), no qual está alocada a Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes, Orientadora dessa Dissertação de Mestrado, ou ainda pelos telefones (XXXX-XXXX-XXXX – Graziela Oro Cericato) e (XXXX – XXXX-XXXX- Ana Paula Soares Fernandes).

Eu, _____,
documento de identidade/ CPF _____, afirmo que, após receber todos os esclarecimentos referentes ao estudo a ser realizado, forneci espontaneamente todas as informações registradas na ficha cadastral e no questionário. Autorizo, ainda, a eventual realização de fotografias da cavidade bucal, divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do exterior, e a utilização dos dados com finalidades científicas, respeitando os respectivos códigos de ética. Estou ciente de que nome e dados que possam revelar minha identidade serão mantidos em sigilo absoluto. Não haverá nenhum gasto com a realização deste estudo nem participando deste.

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do paciente

Assinatura do autor ou responsável pelas orientações

Assinatura da Orientadora da dissertação de Mestrado, Prof. Dra. Ana Paula Soares Fernandes

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (menores de 18 anos)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Graziela Oro Cericato. Sou cirurgiã- dentista e estou fazendo Mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina. Seu filho(a) está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa de dissertação de Mestrado em Odontologia, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, na área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, intitulada “Educação em saúde bucal em portadores de deficiência visual: um estudo de caso na Associação Catarinense Para Integração do Cego”.

Esta pesquisa tem como objetivo verificar o conhecimento popular, a percepção e a prática cotidiana das pessoas portadoras de deficiência visual quanto aos cuidados em relação à saúde bucal.

Se concordar com a participação do seu filho(a) nesse estudo, ele(a) será convidado a responder a um questionário sobre os conhecimentos e práticas diárias com relação à saúde bucal. Após, ele(a) receberá um kit de higiene bucal contendo escova dental, pasta dental e fio dental e, então, será convidado a demonstrar como realiza a escovação da boca. Nesse momento, a pesquisadora responsável fará a medição de um índice que avalia a capacidade de remoção de placa bacteriana durante a escovação. Além disso, seu filho(a) vai receber um folheto informativo falando sobre a correta higienização da boca.

Os tratamentos propostos não causam prejuízos à saúde, e todas as informações são absolutamente confidenciais. Quanto aos riscos em participar desse estudo, salienta-se que ele(a) poderá sentir-se constrangido em responder algumas questões presentes no questionário, no entanto, lembro que a adesão a este trabalho é voluntária, não havendo nenhum prejuízo ao voluntário, caso decida abandoná-lo, o que poderá ser feito a qualquer momento.

Maiores informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas no Departamento de Estomatologia da UFSC, pelo telefone: (XXXX- XXXX- XXXX), no qual está alocada a Profa. Dra. Ana Paula Soares Fernandes, Orientadora dessa Dissertação de Mestrado, ou ainda pelos telefones (XXXX-XXXX-XXXX – Graziela Oro Cericato) e (XXXX –XXXX-XXXX- Ana Paula Soares Fernandes).

Eu, _____,
documento de identidade/ CPF _____, afirmo que, após receber todos os esclarecimentos referentes ao estudo a ser realizado, forneci espontaneamente todas as informações registradas na ficha cadastral e no questionário. Autorizo, ainda, a eventual realização de fotografias da cavidade bucal, divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do exterior, e a utilização dos dados com finalidades científicas, respeitando os respectivos códigos de ética. Estou ciente de que nome e dados que possam revelar minha identidade serão mantidos em sigilo absoluto. Não haverá nenhum gasto com a realização deste estudo nem participando deste.

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do paciente

Assinatura do autor ou responsável pelas orientações

Assinatura da Orientadora da dissertação de Mestrado, Prof. Dra. Ana Paula Soares Fernandes

PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

17. Qual é a importância da cavidade bucal?

- Comer Estética
 Falar Outros. Qual?.....

18. Por que é importante ter os dentes sadios?

- Evitar dor Evitar mal hálito
 Estética Para ter/melhorar a saúde
 Outros. Qual?.....

19. Como você percebe a placa dental na sua boca?

- Pelo hálito Pela língua
 Com a unha Outros. Qual?.....

20. Quais dos problemas citados abaixo você já teve?

- Dor de dente Fratura dental Outros. Qual?.....
 Cárie Dentária Úlcera/feridas Não sabe
 Placa bacteriana

21. Como está a saúde da sua boca?

- Boa Regular Ruim
 Não sabe

22. Você tem cárie?

- Sim Não Não sabe

23. Você sente a necessidade de receber instruções mais claras sobre o funcionamento da cavidade bucal?

- Sim Não

24. Você sente falta de livros ou outros materiais específicos para auxiliar na educação sobre a saúde bucal e o funcionamento da cavidade bucal?

- Sim Não

25. Que dificuldades você encontra durante o atendimento odontológico?

26. O que mais causa ansiedade ou medo durante o atendimento odontológico?

PRÁTICAS COTIDIANAS PARA HIGIENE ORAL

27. Com que frequência você escova seus dentes?

- () Menos que uma vez por dia () Uma vez por dia
 () Duas vezes por dia () Mais que duas vezes por dia

28. O que você utiliza para limpar seus dentes?

- () Escova dental () Pasta dental
 () Fio dental () Solução para bochechos
 () Outros. Especifique.....

29. Quando você escova seus dentes?

- () Pela manhã () Ao meio dia/ após o almoço
 () Antes de dormir () Outros. Especifique.....

30. Por quanto tempo você escova seus dentes?

- () Menos que um minuto () Um minuto
 () Mais que um minuto () Não sabe

31. Quem lhe ensinou a escovar os dentes?

- () Pai/mãe/ familiares () Professores da escola
 () Dentista () Ninguém nunca ensinou.

32. Com que frequência você costuma visitar o dentista?

- () Regularmente a cada 6 meses () Ocasionalmente
 () Quando tem algum problema dental () Você nunca foi ao dentista.

33. A última vez que você foi ao dentista foi:

- () Seis meses atrás () Entre 6-12 meses atrás
 () Entre 1-2 anos atrás () Entre 2-5 anos atrás
 () Faz mais que 5 anos.

34. Qual é o tipo de atendimento que você procura quando precisa ir ao dentista?

- () Público (dentistas dos postos de saúde) () Privado (dentista particular)
 () Convênio () Outros. Especifique.....

35. Que tratamentos você realizou na sua última visita ao dentista?

- () Revisão dos dentes () Tratamento de canal/ dor de dente
 () Passar flúor nos dentes () Tratamento na gengiva
 () Raspagem () Restauração de um ou mais dentes
 () Coroa/ prótese () Tratamento ortodôntico
 () Extração de dente(s) () Outros. Especifique

36. Você acha necessário a instituição possuir um cirurgião-dentista para atender seus usuários? () Sim () Não

APÊNDICE F – Folheto informativo

O QUE É UMA BOA HIGIENE BUCAL?

- Hálito puro e sorriso saudável são o resultado de uma boa higiene bucal.
- Seus dentes ficam limpos e livres de resíduos alimentares;
- A gengiva não sangra nem dói durante a escovação e o uso do fio dental;
- O mau hálito deixa de ser um problema permanente.

COMO GARANTIR UMA BOA HIGIENE BUCAL?

Uma boa higiene bucal é uma das medidas mais importantes que você pode adotar para manter de seus dentes e gengivas em ordem. Dentes saudáveis não só contribuem para que você tenha uma boa aparência, mas são também importantes para que você possa falar bem e mastigar corretamente os alimentos. Manter uma boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas.

Cuidados diários, como a boa escovação e o uso correto do fio dental são a maneira mais econômica, menos dolorida e menos preocupante de se cuidar da saúde bucal.

Para diminuir o risco do desenvolvimento de cáries e outros problemas bucais:

- Escove bem os dentes no mínimo três vezes ao dia e use fio dental diariamente.
- Prefira consumir alimentos balanceados e evite comer entre as principais refeições.
- Use produtos de higiene bucal, inclusive creme dental, que contenham flúor.
- Visite seu dentista regularmente a cada 6 meses para revisões.

DICAS PARA REALIZAR UMA ESCOVAÇÃO ADEQUADA

- Uma escovação adequada deve durar, no mínimo, dois minutos.
- Escove os dentes com movimentos suaves e curtos, com especial atenção para os dentes posteriores, difíceis de alcançar.
- Concentre-se na limpeza de cada setor da boca, da seguinte maneira:
 - Escove as superfícies voltadas para a bochecha dos dentes superiores e, depois, dos inferiores.
 - Escove as superfícies internas dos dentes superiores e, depois, dos inferiores.
 - Em seguida, escove as superfícies de mastigação.
 - Para ter hálito puro, escove também a língua, local onde muitas bactérias ficam alojadas.
- Troque sua escova de dentes a cada três meses ou quando perceber que ela começa a ficar desgastada.

APÊNDICE G – Gráficos do tipo box-plot representativos da mediana de idade (em anos), do ICP, do número de dentes perdidos (DP) e do tempo de deficiência visual (em anos) da amostra do estudo.

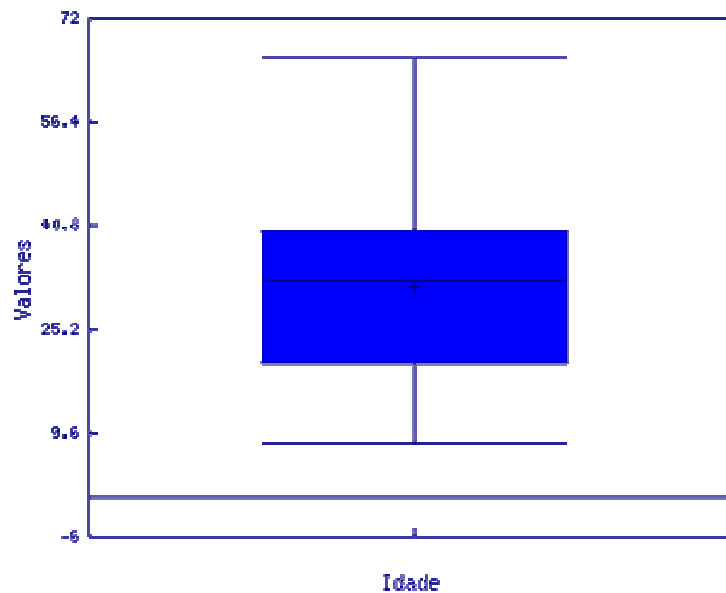


Gráfico 1. Box-plot representativo da idade (em anos) da amostra do estudo.

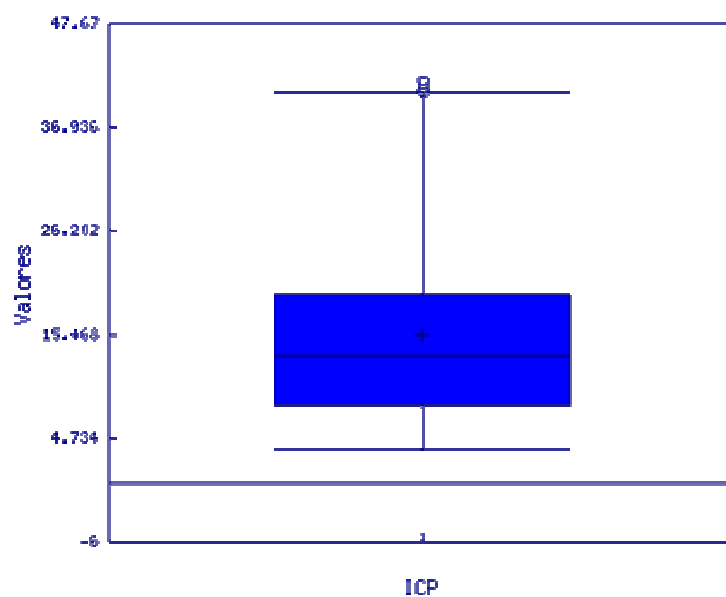


Gráfico 2. Box-plot representativo do ICP da amostra do estudo.

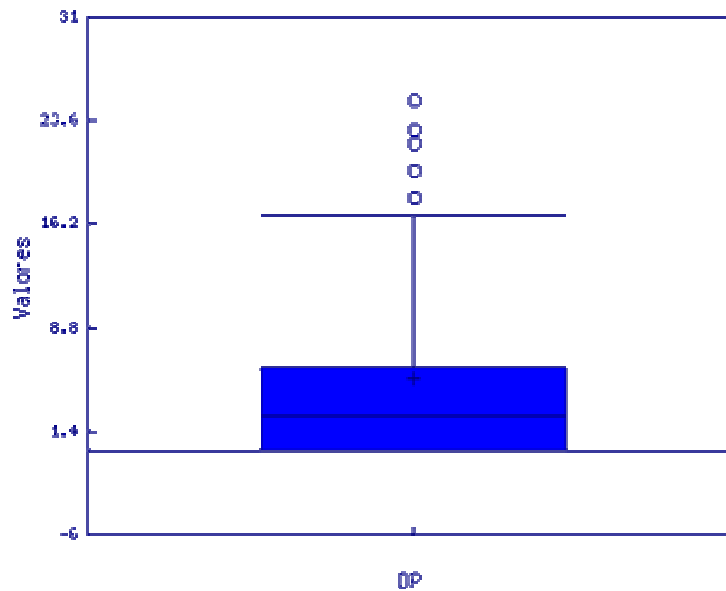


Gráfico 3. Box-plot representativo da variável DP da amostra do estudo.

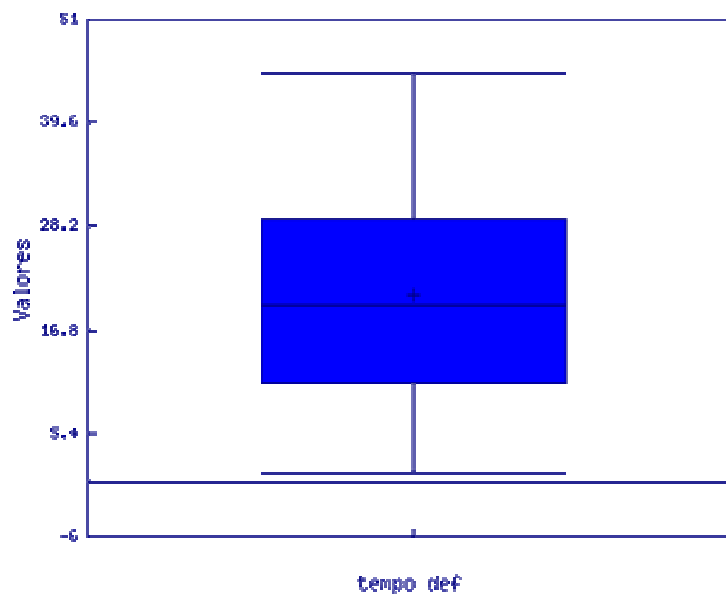


Gráfico 4. Box-plot representativo do tempo de deficiência visual (em anos) da amostra do estudo.

APÊNDICE H- Estatística descritiva do estudo

Tabela 1. Distribuição das respostas sobre os problemas de boca conhecidos pelos usuários da ACIC de Florianópolis.

Quais os problemas da boca que você conhece?*	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Cárie Dental	33	68,75
Obturação	9	18,75
Sangramento	4	8,33
Dor de Dente	19	39,58
Problema de canal	12	25
Problema de gengiva	12	25
Tártaro	6	12,5
Sapinho	6	12,5
Afta	7	14,58
Outros	12	25

*Mais de uma resposta

Tabela 2. Frequência das respostas obtidas com relação a durabilidade dos dentes pelos sujeitos do estudo.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
SIM	28	58,33
Se cuidar, se tratar, se for ao dentista	20	41,67
Depende da sorte, natureza	8	16,66
Outros	0	0
Não sabe por quê	0	0
NÃO	20	41,67
Estragam, caem	11	22,93
Duram algum tempo	7	14,58
Outros	1	2,08
Não sabe por quê	1	2,08

Tabela 3. Hábitos de higiene oral dos deficientes visuais do estudo (n=48).

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Métodos de higiene utilizados		
Escova dental	47	97,92
Creme dental	47	97,92
Fio Dental	10	20,83
Solução para bochechos	4	8,33
Outros	4	8,33
Frequência de escovação		
Menos do que uma vez por dia	2	4,17
Uma vez por dia	2	4,17
Duas vezes por dia	10	20,83
Mais do que duas vezes por dia	34	70,83
Período da escovação		
Pela manhã	36	75,00
Ao meio dia, após o almoço	37	77,08
Antes de dormir	37	77,08
Outros	5	10,42
Quem ensinou a técnica de escovação utilizada		
Pai/mãe/familiares	8	16,67
Cirurgião-dentista	19	39,58
Professor da escola	5	10,42
Ninguém nunca ensinou	16	33,33

Tabela 4. Medidas de tendência central das variáveis ICP e DP (n=48).

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
ICP	15.37	13.07	3.57	41.67
DP	5.06	2.50	0	25.00

Tabela 5. Resultado da associação entre ICP e DP com o tipo de deficiência visual.

	Cegueira	Baixa visão	Valor de p
ICP	15,75	14,92	P=0,4945*
DP	5,5	4,5	P= 0,7929*

* Sem diferença estatisticamente significante pelo teste U de Mann-Whitney ($\alpha=5\%$; $p<0,05$).

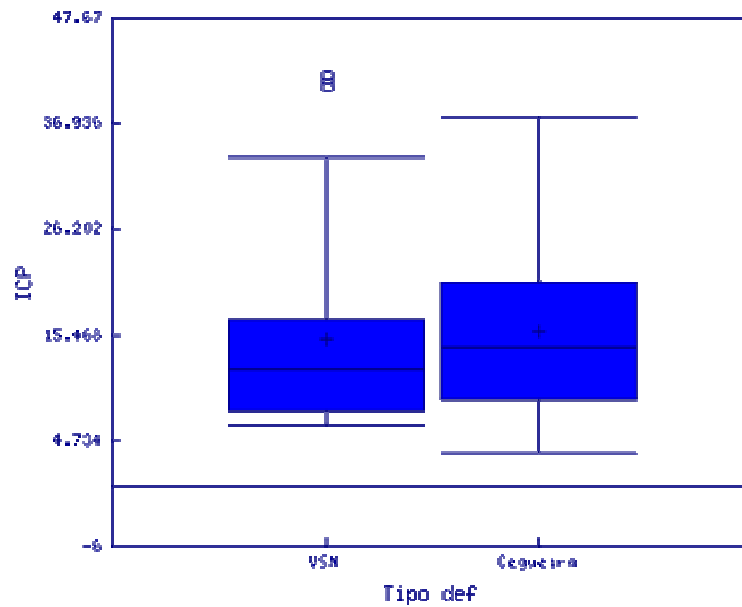


Gráfico 1. Box-plot representativo da do ICP de acordo com o tipo de deficiência visual.

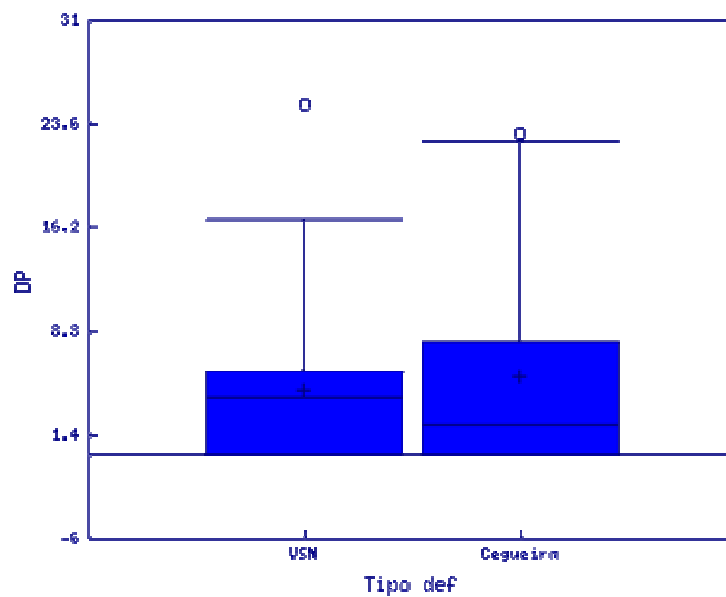


Gráfico 2. Box-plot representativo de DP de acordo com o tipo de deficiência visual.

Tabela 6. Resultado da associação entre ICP e DP com o tempo de deficiência visual.

	Valor de p	Valor de r
ICP	p=0,2534*	0,168
DP	p= 0,0631*	0,2703

* Sem correlação estatisticamente significativa pelo teste de Spearman ($\alpha=5\%$; $p<0.05$).

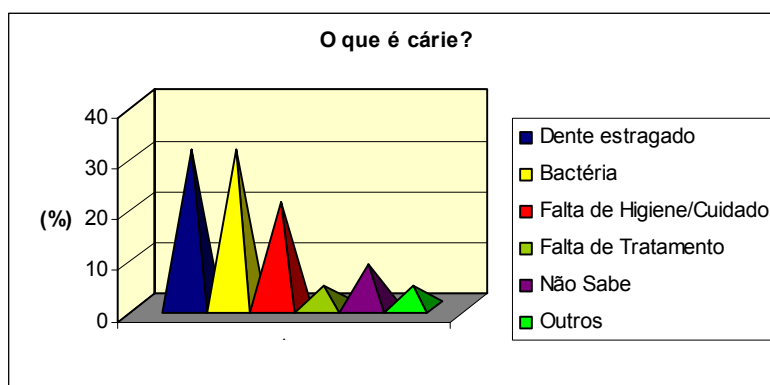


Gráfico 3. Distribuição das respostas sobre conhecimentos relativos à cárie dental.



Gráfico 4. Distribuição das respostas sobre práticas em relação à cárie dental.

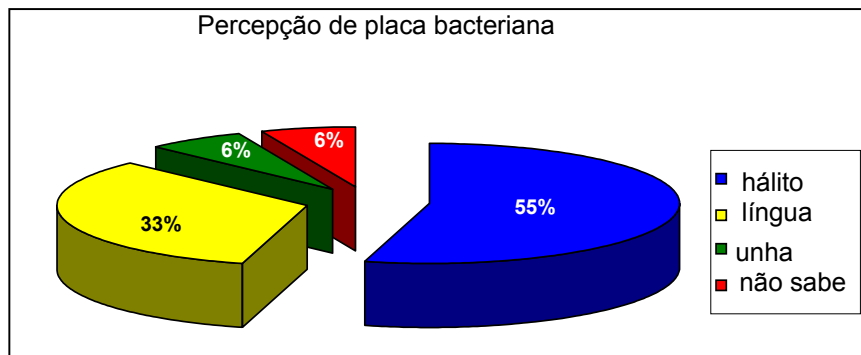


Gráfico 5. Modo de percepção da placa bacteriana pelos deficientes visuais.

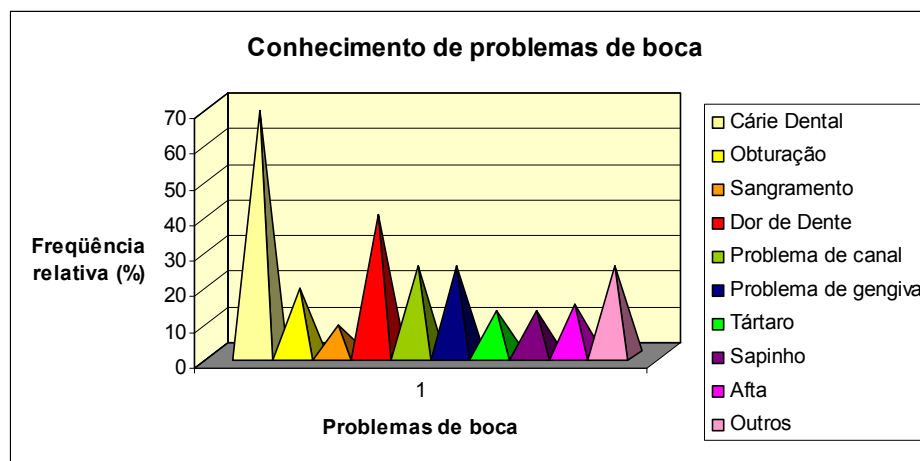


Gráfico 6. Conhecimentos dos deficientes visuais da ACIC com relação aos problemas da boca.

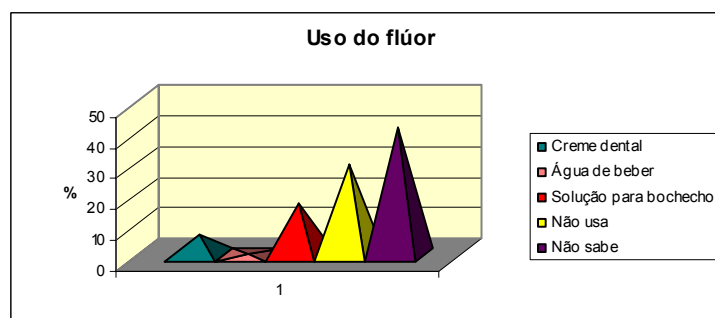


Gráfico 7. Respostas relativas ao uso do flúor pelos deficientes visuais da ACIC.

CAPÍTULO 5

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CEPESH – UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N°. 359/06

I – Identificação:

Título do Projeto: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: UM ESTUDO DE CASO EM DEFICIENTES VISUAIS.**
 Pesquisador Responsável: Profª Ana Paula Soares Fernandes (Departamento de Estomatologia/CCS/UFSC – Odontologia em Saúde Coletiva).
 Pesquisador Principal: Graziela Oro Cericato (Mestranda em Odontologia/UFSC)
 Data Coleta dados: março a junho de 2007
 Local onde a pesquisa será conduzida: ACIC – Associação Catarinense para Integração do Cego.
 Data de apresentação ao CEP: dez/06

II - Objetivos:

GERAL: Verificar as dificuldades e as necessidades dos portadores de deficiência visual da ACIC (Associação Catarinense para Integração do Cego), na cidade de Florianópolis (SC), quanto à utilização de medidas preventivas e quanto à educação em saúde bucal.

ESPECÍFICOS:

- Verificar a percepção sobre saúde bucal dos deficientes visuais;
- Verificar a capacidade de higiene bucal dos deficientes visuais;
- Desenvolver e aplicar um programa de educação em saúde bucal para os portadores de deficiência visual;
- Avaliar a efetividade do programa de educação em saúde bucal desenvolvido para os portadores de deficiência visual..

III - Sumário do Projeto

Pesquisa caracterizada como estudo de caso e designada, **apenas no resumo**, como qualitativa, descritiva e observacional. A amostra, **prevista apenas na folha de rosto**, será constituída de 50 portadores de deficiência visual, os frequentadores da ACIC de Florianópolis, com idades entre 14 e 70 anos, **segundo informação constante apenas no resumo**. Os procedimentos para coleta dos dados envolvem 3 etapas:

- 1) Semanalmente os participantes serão convidados a participar de uma entrevista semi-estruturada para obter informações sobre seus conhecimentos acerca da cavidade bucal e realização do ICP (Índice de Controle de Placa), que inclui bochecho com solução evidenciadora de placa bacteriana, escovação dos dentes pelo próprio sujeito e mensuração do índice conforme descrição da técnica.
- 2) Elaboração e aplicação do programa de educação em saúde bucal adaptados à população do estudo.
- 3) Avaliação da aplicação do programa de instrução em higiene bucal, com aplicação novamente da mesma entrevista e novo levantamento do ICP.

O projeto informa apenas que os dados receberão tratamento estatístico adequado.

IV - Comentário

As pesquisadoras demonstram qualificação para o desenvolvimento do estudo, através de seus currículos. O tema é relevante e pouco explorado na área de abrangência desse comitê, tendo em vista que são poucos os projetos apresentados para avaliação no CEP/UFSC envolvendo odontologia, saúde coletiva e população portadora de necessidades especiais.

Os riscos não foram previstos pelas pesquisadoras. **Alerta-se então para a possibilidade de constrangimentos e o fato de ser população vulnerável, com necessidades especiais e/ou menores de idade.**

Os benefícios destacados relacionam-se ao recebimento de um kit de higiene bucal e participação no programa de instrução em higiene bucal a ser desenvolvido com os participantes, sob orientação da pesquisadora principal.

O TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é o documento mais importante para análise ética dos projetos, pois, é através dele que os sujeitos são informados e esclarecidos a respeito da pesquisa e, onde é possível perceber a postura ética do pesquisador.

Assim, **deverá ser reformulado e apresentado em duas versões**, uma para os pais ou responsáveis pelos menores de 18 anos e outra para os maiores. **Deverá ser esclarecedor sobre os procedimentos** a que serão submetidos, escrito em linguagem acessível a pessoas leigas e, neste caso, talvez seja interessante apresentá-lo em Braille para os maiores de idade. **Alerta-se para a necessidade de informar** sobre a gravação das entrevistas, pois não está colocado no projeto. **Sugere-se ainda**, que os 2 últimos parágrafos sejam colocados como 5º e 6º, respectivamente, antes do espaço para o consentimento. **Os telefones das pesquisadoras também deverão ser acrescentados**, uma vez que não poderão ser encontradas no Departamento de Estomatologia nos finais de semana e a noite.

Quanto aos métodos para coleta e análise de dados destaca-se que em pesquisa qualitativa os dados são referentes a percepções, pontos de vista e significados de uma população específica sobre determinada situação e em contextos também específicos, por isso não permite uma amostragem muito ampla e prevê análise através da codificação de dados subjetivos, sem generalizações e, muito menos, tratamento estatístico específico.

Recomenda-se, se for do interesse das pesquisadoras, que a entrevista seja substituída por questionário, com perguntas fechadas que permitam abordar uma amostragem significativa e maior da população adequando ao método quantitativo ou rever o número de sujeitos e as questões da entrevista (muito dirigidas) para adequá-las ao modelo qualitativo de pesquisa.

Destaca-se, também, que o **método deverá ser adequado** ao tempo disponível pela pesquisadora principal para desenvolver seu projeto.

Tais comentários são pertinentes, uma vez que, a metodologia faz parte da análise ética das pesquisas, pois se um projeto for inadequado do ponto de vista metodológico, é inútil e eticamente inaceitável, conforme o item VII.14 da Resolução CNS 196/96.

V – Parecer CEP:

(X) com pendência (detalhes pendência)*

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 18 de dezembro de 2006.

Vera Lucia Bosco
Coordenadora - CEP

*O processo em pendência deverá retornar em 60 dias ao Comitê.

Em março de 2007 recebemos das pesquisadoras documento com os esclarecimentos e sugestões feitas pelos relatores, incluindo os 2 modelos de TCLE reformulados e alterações na metodologia para coleta de dados. Dessa forma, somos favoráveis a sua aprovação.

VI: Parecer Final do CEP:

Aprovado



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP-UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO B – ESTATUTO DA ACIC

**ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO
INTEGRAÇÃO DO CEGO**

Registro de Tit. DocTsºs., P. Jurídicas e Outros Papéis
 Oficial: Iolê Faria de Souza CGC 80.672.124/0001-52
 Oficial Substituto: Maria Faria de Souza
 Rua Vidal Ramos, 53 s1104 CEP88010-320 Florianópolis/SC
 Protocolado Sob o nº 108900 no livro A-12
 Registrado Sob o nº 003768 as fls 004 no livro A-19
 Arquivado Sob o nº 000004
 Florianópolis, 07/08/1998
 O Oficial _____

CAPÍTULO

DAS FINALIDADES

- Art. 1º** - A Associação Catarinense para Integração do Cego - ACIC, é uma entidade de cegos, para cegos, fundada em 18 de junho de 1977, na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina onde tem sede e foro; é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, de âmbito estadual e que tem por finalidade promover e integrar os cegos e deficientes da visão de ambos os sexos e de todas as idades, sem quaisquer distinções.
- § 1º** - Aplica integralmente suas rendas, recursos e eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento dos objetivos institucionais no território nacional.
- § 2º** - Não remunera, nem concede vantagens ou benefícios por qualquer forma ou título, a seus diretores, conselheiros, sócios, Instituidores, benfeitores ou equivalentes.
- § 3º** - Não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto.
- Art. 2º** - Para este estatuto são consideradas pessoas cegas ou de visão subnormal as pessoas que tenham menos que 30% (trinta por cento) de visão no melhor olho após correção ótica.
- Art. 3º** - Para cumprir seus objetivos, a ACIC deverá:
- Dar assistência aos cegos e deficientes da visão, promovendo a sua integração na família e na sociedade, através de atividades profissionais, culturais, recreativas e previdenciárias, assim como conscientizá-los das suas possibilidades, limitações direitos e deveres.
 - Estimular-lhes o exercício de atividades lucrativas, promover a sua colocação profissional e favorecer-lhes condições de competir no mercado de trabalho, de modo a que possam manter-se com recursos próprios;
 - Assistir-lhes os dependentes, em especial a infância e particularmente na prevenção da cegueira;
 - Promover campanha de esclarecimento público quanto às suas possibilidades de trabalho e de servir, combater preconceitos que possam levar à sua segregação e lutar para que, neste sentido, sejam adotadas providências legais ou de outra natureza.
 - Manter intercâmbio com entidades congêneres do Brasil e do exterior, bem como colaborar com entidades públicas ou privadas que visem idênticos objetivos;



- f) Organizar ou estimular e/ou Implantar Imprensa Braille, Biblioteca Braille Especializada, um Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência - CRPC, e um Centro de Oficinas Pedagógicas - COP;
- g) Adotar quaisquer outras iniciativas que visem à consecução dos propósitos enunciados nesse ou no artigo anterior.

CAPÍTULO II

DOS SÓCIOS

- Art. 4º - O quadro social da ACIC constituir-se-á de pessoas físicas, jurídicas, as quais, em nenhuma hipótese, responderão pelas obrigações que a sociedade assumir.
- Art. 5º - Haverá seis categorias de sócios, a saber: fundadores, efetivos, assistidos, cooperadores, beneméritos e honorários.
- Art. 6º - São sócios fundadores os que assinaram a ata de fundação da ACIC.
- Art. 7º - São sócios efetivos os cegos ou deficientes da visão que se filiaram a ACIC para cooperar nos trabalhos da entidade e usufruir da assistência que ela proporciona.
- Art. 8º - São sócios assistidos os cegos ou deficientes da visão em qualquer idade que se filiam a ACIC para usufruir da assistência que ela proporciona sem direito a votar e ser votado.
- Art. 9º - São sócios cooperadores as pessoas físicas ou jurídicas, que desejarem colaborar para a manutenção e desenvolvimento das atividades da ACIC.
- Art. 10º - São sócios beneméritos as pessoas pertencentes às categorias de sócios prevista nos artigos anteriores e que tenham prestado relevantes serviços à ACIC ou à causa dos cegos e deficientes da visão.
- Art. 11º - São sócios honorários as pessoas não pertencentes ao quadro da ACIC e que tenham prestado os mesmos serviços mencionados no artigo anterior.
- § Único - As distinções previstas neste e no artigo anterior serão concedidas por iniciativa de qualquer dos órgãos de administração da ACIC e mediante aprovação do Conselho Deliberativo.
- Art. 12º - São deveres dos sócios e fundadores, efetivos e cooperadores:
- a) Trabalhar em favor dos objetivos visados pela ACIC;
 - b) Satisfazer pontualmente o pagamento da contribuição financeira a que se tenham obrigado, bem como cumprir outros compromissos assumidos para com a ACIC;



- c) Respeitar e cumprir os presentes estatutos, assim como as normas e diretrizes reguladoras das atividades sociais.

Art. 13° - São direitos dos sócios de quaisquer categorias exceto a dos assistidos:

- a) Ser votado para compor órgãos de administração

Art. 14° - O exercício de voto é exclusivo dos sócios fundadores e efetivos, que estejam em pleno gozo de direitos sociais e civis, ressalva quanto aos pertencentes às demais categorias, a hipótese de estarem ocupando cargo em órgãos de direção.

Art. 15° - Qualquer sócio, efetivo ou cooperador, poderá conseguir a condição de remido, se pagar de uma só vez a curto prazo, a importância para tal estipulada e anualmente revista pelo Conselho Deliberativo.

§ Único - Será considerado sócio em gozo de seus direitos sociais aquele que não estiver agravado com qualquer punição, e que não esteja com sua mensalidade em atraso, de no mínimo 60 dias, exceto os sócios remidos e beneméritos.

Art. 16° - O sócio que infringir os presentes estatutos ou, por suas atividades, trazer para a ACIC riscos de desprestígio ou descrédito, será punido com advertência, suspensão ou eliminação do quadro social.

§ Único - As penalidades previstas neste artigo serão aplicadas pelo Conselho Deliberativo ou pela Diretoria, admitindo, neste último caso, recurso do interessado aquele órgão. No caso do infrator ser um membro do Conselho Deliberativo, será julgado pelo mesmo, com direito à defesa, no entanto sem direito à voto.

CAPÍTULO III

DOS ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO, SUA ESTRUTURA E COMPETÊNCIA

Art. 17° - São órgãos de administração da ACIC a Assembléia Geral, o Conselho Deliberativo, o Conselho Fiscal, a Diretoria e os Departamentos ou Serviços.

Art. 18° - Somente os sócios civilmente capazes e em pleno gozo de seus direitos sociais podem exercer cargos nos órgãos diretivos.



CAPÍTULO IV
DA ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 19° - A Assembléia Geral é o órgão máxmo da ACIC e se constitui pela reunião dos sócios fundadores e efetivos no pleno gozo de seus direitos sociais e será presidida pelo Presidente do Conselho Deliberativo ou, na sua ausência, pelo Presidente da Diretoria, convidando-se qualquer dos presentes para secretariar os trabalhos.

Art. 20° - Cabe à Assembléia Geral:

- a) Apreciar, em segunda e última Instância, por iniciativa da Diretoria ou da metade mais um dos sócios, constando desse número 2/3 dos sócios efetivos e/ou fundadores, quaisquer decisões adotadas pelos demais órgãos da administração e infrigentes das normas estatutárias ou lesivas aos interesses sociais, assegurado ao recorrido, amplo direito de defesa;
- b) Eleger o Conselho Deliberativo, dentre os sócios de quaisquer das categorias previstas no Art. 5°, dando preferência aos cegos e deficientes visuais;
- c) Aprovar reformas estatutárias, por proposta do Conselho Deliberativo, da Diretoria ou da metade mais um dos sócios, constando desse número 2/3 dos sócios efetivos ou fundadores no pleno gozo de seus direitos sociais, ouvido, neste caso, o parecer da Diretoria e a do Conselho Deliberativo;
- d) Deliberar sobre proposta de dissolução da sociedade, indicando, se for o caso, destino a ser dado ao patrimônio social, observando o disposto no Art. 59°;
- e) Autorizar a alienação ou hipoteca de bens móveis e imóveis da sociedade, mediante proposta do Conselho Deliberativo ou da Diretoria, ouvido, neste último caso, o Conselho Deliberativo.

Art. 21° - A Assembléia Geral reunir-se-á:

- a) Ordinariamente, de cinco em cinco anos, na primeira quinzena de dezembro, para eleger o Conselho Deliberativo;
- b) Extraordinariamente, sempre que regularmente convocada.

Art. 22° - As reuniões da Assembléia Geral serão convocadas:

- a) Quando Ordinárias, pelo Presidente do Conselho Deliberativo e mediante edital divulgado com antecedência mínima de 8 (oito) dias na imprensa local falada e afixado na sede da ACIC.
- b) Quando Extraordinárias, por iniciativa do Conselho Deliberativo, do Conselho Fiscal, da Diretoria ou da metade mais um dos sócios, constando desse número 2/3 dos sócios fundadores ou, efetivos, observadas, quanto ao mais, as condições estabelecidas no item anterior.



Art. 31º - Os membros suplentes do Conselho Deliberativo assumirão a condição de titular no caso de falta, licença ou renúncia de Conselheiro e serão sempre convocados para as reuniões do Conselho, funcionando em substituição aos membros efetivos ausentes.

§ Único - Em quaisquer dos casos previstos neste artigo, os suplentes serão chamados a exercer as funções por ordem de eleição na chapa.

Art. 32º - O Conselho Deliberativo terá mandato de cinco anos e reunir-se-á ordinariamente, na segunda quinzena do mês de março de cada ano para os fins previstos no Item VIII do Art. 28º e extraordinariamente sempre que convocado pelo presidente, por iniciativa própria ou a pedido do presidente da ACIC, do Conselho Fiscal ou de metade mais um dos sócios.

Art. 33º - Se o Presidente se recusar à convocação, esta poderá ser feita diretamente por quem nela tiver interesse, respeitada a competência estabelecida no artigo anterior.

Art. 34º - A convocação, em qualquer caso, far-se-á com três dias de antecedência, por comunicação escrita individual, mediante recibo.

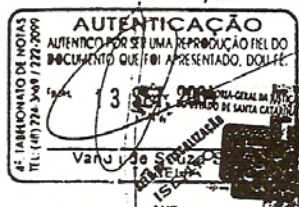
§ Único - Ficam dispensados o prazo e as formalidades deste artigo, se houver manifesta urgência, reconhecida e aceita pelo Conselho na reunião a que a convocação se referir.

Art. 35º - O Conselho Deliberativo só poderá reunir-se com a presença de pelo menos 2/3 de seus membros, sendo que é da metade mais um o quorum para deliberações, as quais serão adotadas por maioria simples e mediante votação nominal, salvo opção da maioria dos presentes por outra modalidade de votação.

Art. 36º - Ao Presidente do Conselho Deliberativo compete convocar e presidir as reuniões, representar o órgão, decidir questões de ordem, conduzir e ordenar os debates, votar nas deliberações tomadas por voto secreto, proferir o voto de minerva e ordenar despesas necessárias ao funcionamento e desempenho das atribuições do Conselho.

§ Único - O Presidente do Conselho Deliberativo, poderá:

1. Comparecer as reuniões de Diretoria;
2. Compete a Presidência do Conselho Deliberativo dar posse ao Presidente e Vice-Presidente, bem como os demais Diretores indicados, inclusive os membros do Conselho Fiscal;
3. Aprovar o regimento interno da ACIC, proposto pela Diretoria, tendo para tal fim, o prazo de 90 dias para redação e apresentação ao Conselho Deliberativo;
4. Os bens móveis, imóveis e semoventes, só poderão ser alienados, vendidos ou permutados por ato da Diretoria e referendado pelo Conselho Deliberativo;



5. Acolher pedidos de admissão ou suspender qualquer membro do Conselho Deliberativo, da Diretoria, do Conselho Fiscal ou de qualquer comissão, face a inobservância das disposições estatutárias, responsabilizando-os por danos morais ou materiais causados à entidade.

Art. 37º - Ao Secretário compete secretariar as reuniões, redigir, assinar e expedir correspondências, substituir o Presidente nas suas faltas e impedimentos e requisitar ao Departamento de Finanças o numerário indispensável às despesas do órgão, das quais prestará contas ao Conselho e este àquele Departamento, em relatório apresentado até 10 de janeiro de cada ano e relativo ao ano anterior.

CAPÍTULO VI

DA DIRETORIA

Art. 38º - A Diretoria da ACIC será composta por um Presidente e um Vice-Presidente, que deverão ser pessoas deficientes visuais, um Diretor Secretário, um Diretor Tesoureiro, um Diretor Técnico, um Diretor Administrativo, um Diretor Social de Previdência e Assistência e um Diretor de Desportos.

Art. 39º - Os cargos de Presidente e Vice-Presidente são privativos de pessoas deficientes visuais, conforme o que está escrito no Art. 2º.

Art. 40º - Os Diretores da ACIC serão indicados das seguintes formas:

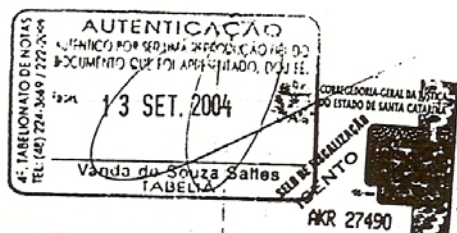
- a) O Diretor Secretário, o Diretor Tesoureiro, o Diretor Técnico e o Diretor Administrativo serão da livre escolha da Presidência dentre os sócios fundadores, efetivos ou cooperadores, em pleno gozo de seus direitos sociais, podendo ser dispensados quando julgar conveniente;
- b) O Diretor de Desportos será indicado de comum acordo pela Presidência e pelos sócios desportistas da ACIC;
- c) O Diretor Social de Previdência e Assistência, será indicado de comum acordo pela Presidência e pelo Grêmio Feminino da ACIC.

§ Único - A Investidura e a dispensa dos Diretores serão submetidos a homologação do Conselho Deliberativo.

Art. 41º - Subsequente à eleição, entre a data desta e a da posse, o Presidente submeterá ao Conselho Deliberativo os nomes dos Diretores, realizando-se a posse conjunta da Diretoria no dia 15 de Dezembro, a cada quatro anos.

Art. 42º - As deliberações administrativas da ACIC serão tomadas pelo seu Presidente, devendo na ocasião oportuna, dar ciência à Diretoria.

§ Único - As votações da Diretoria far-se-ão nominalmente, salvo opção da maioria dos presentes por outra modalidade, em todos os casos em que o Sr. Presidente achar de bom alvitre submeter à apreciação da Diretoria.



Art. 43º - Cabe ao Presidente:

- a) Representar a sociedade, ativa e passivamente, em juízo e fora dele;
- b) Assinar, com o Diretor Tesoureiro, os cheques ou outros documentos de obrigação financeira;
- c) Presidir as reuniões da Diretoria;
- d) Superintender as atividades dos órgãos executivos da ACIC;
- e) Nomear e demitir os Diretores de Departamento, observado o disposto no Art. 40º, itens "b" e "c";
- f) Autorizar despesas;
- g) Encaminhar ao Conselho Deliberativo o relatório anual das atividades da ACIC e respectiva prestação de contas;
- h) Admitir funcionários da entidade;
- i) Sempre que o Presidente se afastar do Estado ou do País, dará posse ao Vice-Presidente e informará ao Presidente do Conselho Deliberativo.

Art. 44º - Cabe ao Vice-Presidente:

- a) Substituir o Presidente nas suas faltas e impedimentos e sucedê-lo no caso de vaga, observando o disposto no Art. 65º;
- b) Executar quaisquer tarefas ou atribuições que lhe sejam confiadas.

Art. 45 - São atribuições dos Diretores da ACIC:

1. Diretor Secretário:

- a) Dirigir e finalizar os serviços de secretaria;
- b) Redigir as atas e a correspondências, que assinará;
- c) Ter sob guarda e responsabilidade todos os documentos e correspondências da entidade;
- d) Encarregar-se do controle e registro dos sócios de todas as categorias e expedição das carteiras de sócios efetivos.

2. Diretor Tesoureiro:

- a) Assinar, juntamente com o Presidente, os cheques ou outros documentos de obrigação financeira;
- b) Ter sob sua guarda e responsabilidade toda a documentação contábil da entidade;
- c) Prestar informações, quando solicitadas à Diretoria ou ao Conselho Deliberativo, sobre a situação financeira de entidade;
- d) Elaborar balanço anual e balancete trimestrais;
- e) Elaborar o orçamento anual da entidade.

3. Diretor Técnico:

- a) Dirigir e coordenar a equipe técnica do CRPC;
- b) Coordenar os serviços executados e os programas de atendimento especializado, desenvolvidos no CRPC;



- c) Ter sob sua guarda e responsabilidade, toda a documentação técnica e prontuários dos atendimentos do CRPC;
- d) Prestar informações à Diretoria ou ao Conselho Deliberativo, quando solicitadas, sobre as atividades desenvolvidas no CRPC;
- e) Representar a entidade quando se referir a assuntos técnicos;
- f) Elaborar o plano de atividades do CRPC para o ano letivo;
- g) Apresentar relatórios anuais das atividades desenvolvidas até dezembro de cada ano;
- h) Emitir parecer sobre admissão ou demissão de técnicos e professores especializados.

4. Diretor Administrativo:

- a) Zelar e controlar o patrimônio da Entidade;
- b) Encarregar-se da aquisição de material de consumo e equipamentos para o diferentes serviços da entidade;
- c) Promover ações para a obtenção de recursos financeiros para a entidade;
- d) Encarregar-se do controle do almoxarifado;
- e) Ter sob sua guarda e responsabilidade toda a documentação administrativa e encarregar-se das prestações de contas das despesas realizadas, enviando relatório trimestral à Presidência e à Tesouraria;
- f) Solicitar, com a devida antecedência, à Presidência e à Tesouraria, recursos financeiros para efetuar despesas programadas;
- g) Elaborar um orçamento anual com previsão de despesas para a manutenção dos serviços da entidade;
- h) Prestar informações à Diretoria ou ao Conselho Deliberativo, quando solicitadas, sobre as atividades administrativas desenvolvidas;
- i) Ter sob sua guarda o controle de horário, entradas e saídas dos funcionários e técnicos;
- j) Controlar o pagamento das mensalidades das diferentes categorias de sócios;
- k) Emitir parecer sobre admissão ou demissão de funcionários administrativos.

5. Diretor Social de Previdência e Assistência:

- a) Elaborar um calendário de eventos da entidade;
- b) Coordenar as atividades sociais da entidade: festividades, comemorações, etc;
- c) Representar a entidade em eventos sociais;
- d) Encarregar-se da divulgação da entidade e zelar pela promoção da imagem positiva das pessoas cegas;
- e) Promover eventos que visem angariar recursos para a entidade;
- f) Prestar informações à Diretoria ou ao Conselho Deliberativo, quando solicitadas, sobre as atividades sociais desenvolvidas;
- g) Elaborar um relatório anual das atividades desenvolvidas, até dezembro de



6. Diretor de Desportos:

- a) Elaborar o calendário de eventos esportivos que a entidade participará ou a ser promovido pela entidade;
- b) Manter registro dos atletas participantes nas diversas modalidades desportivas;
- c) Coordenar as atividades desportivas programadas pelo departamento;
- d) Promover eventos que visem arrecadar recursos para o departamentos;
- e) Zelar pela conservação de todo o material desportivo;
- f) Solicitar, previamente ao Diretor Administrativo, a reposição ou aquisição de materiais desportivos ou equipamentos necessários;
- g) Prestar informações à Diretoria ou ao Conselho Deliberativo, quando solicitadas, sobre as atividades desportivas desenvolvidas;
- h) Elaborar um relatório anual de atividades, até dezembro de cada ano.

CAPÍTULO VII

DOS DEPARTAMENTOS

Art. 46°- Haverá na ACIC, seis Departamentos, a saber: Departamento de Secretaria, Departamento de Finanças, Departamento de Educação, Reabilitação e Profissionalização, Departamento de Administração e Patrimônio, Departamento de Previdência e Assistência e Departamento de Desportos.

Art. 47°- Cada Departamento será dirigido por um Diretor, de livre escolha do Presidente, na forma do disposto no Art. 40° itens "a", "b" e "c".

Art. 48°- Ao Departamento de Secretaria, que será dirigido pelo Diretor Secretário, caberá:

- a) Manter arquivo de toda a documentação legal e correspondências da entidade;
- b) Dispor de funcionários responsáveis pelo expediente, elaboração e expedição de correspondências;
- c) Dispor de um serviço de office-boy para encaminhamento de documentação e correspondência;
- d) Dispor de arquivo com registro de sócios de todas as categorias;
- e) Elaborar e difundir um boletim informativo trimestral em Braille e em tinta, sobre as atividades desenvolvidas pela a ACIC.

Art. 49° - Ao Departamento de Finanças, que será dirigido pelo Diretor Tesoureiro, caberá:

- a) Elaborar o orçamento de receita e despesas relativas a cada exercício social, assim como balancetes trimestrais e balanço anual
- b) Acompanhar todos os assuntos e procedimentos relativos aos Interesses econômicos-financeiros e patrimoniais da ACIC;
- c) Encarregar-se da contabilidade da ACIC;



- d) Assinar, juntamente com o Presidente, os cheques ou outros documentos de obrigação financeira;
- e) Ter sob sua guarda e responsabilidade toda a documentação contábil da entidade.

Art. 50° - Ao Departamento de Educação, Reabilitação e Profissionalização, que será dirigido pelo Diretor Técnico, caberá:

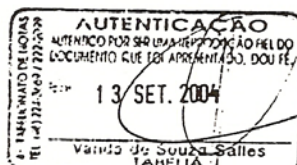
- a) Promover a aquisição de obras em Braille e material didático, com vistas à formação de biblioteca;
- b) Implantar e desenvolver o ensino Braille;
- c) Mobilizar recursos técnicos e humanos, necessários ao desempenho das atividades técnicas e ao desenvolvimento de programas de atendimento especializado;
- d) Pesquisar no mercado de trabalho as oportunidades de colocação profissional dos atendidos pela ACIC;
- e) Promover a reabilitação das pessoas a que se refere a letra anterior e o seu treinamento especializado com vistas ao desempenho social adequado e ao exercício de atividades profissionais compatíveis;
- f) Promover contatos visando à celebração de convênios com entidades públicas ou privadas, interessadas nos objetivos constantes do item anterior, encaminhando o assunto à apreciação da Diretoria;
- g) Acompanhar o desempenho profissional dos atendidos pela ACIC com vistas à sua produtividade e ao seu comportamento no trabalho.

Art. 51° - Ao Departamento de Administração e Patrimônio, que será dirigido pelo Diretor Administrativo, caberá:

- a) Organizar e superintender o serviço de arrecadação de mensalidade e outras participações financeiras;
- b) Manter registro dos bens patrimoniais, zelando pela sua manutenção e conservação;
- c) Promover a arrecadação dos fundos para financiamento das atividades e programas desenvolvidos pela ACIC;
- d) Executar ações administrativas pertinentes que visem o bom funcionamento da entidade;
- e) Manter registro de toda a documentação administrativa da ACIC.

Art. 52° - Ao Departamento Social, de Previdência e Assistência que, será dirigido pelo Diretor Social, de Previdência e Assistência, caberá:

- a) Organizar as atividades sociais da ACIC, com vista à recreação e lazer dos associados;
- b) Desempenhar atividades de relações públicas da ACIC;
- c) Encarregar-se dos trabalhos relativos à assistência prevista na letra "c" do Art. 3°;
- d) Articular-se com órgãos assistenciais e previdenciários, públicos e privados, objetivando a extensão dos seus benefícios aos assistidos pela ACIC;



- e) Promover eventos culturais, visando o aproveitamento do potencial artístico dos associados;
- f) Ter sob guarda e responsabilidade Instrumentos musicais e equipamentos e manter a documentação pertencente ao departamento.

Art. 63° - Ao Departamento de Desportos, que será dirigido pelo Diretor de Desportos, caberá:

- a) Manter registro de todo o material e equipamentos desportivos;
- b) Manter fichário de registro de todos os sócios desportistas;
- c) Manter uma sala de troféus;
- d) Manter registro de documentos relacionados com atividades desportistas.

CAPÍTULO VIII

DO CONSELHO FISCAL

Art. 54° - O Conselho Fiscal é órgão de fiscalização das atividades económico-financeiras da ACIC e compõe-se de seis membros dos quais três serão titulares e três suplentes.

Art. 55° - O Conselho Fiscal terá mandato de 4 (quatro) anos, sendo eleito e empossado juntamente com a Diretoria.

Art. 56° - Dentro de três dias a contar da data de posse, o Conselho Fiscal, reunido por convocação e sob a Presidência do mais idoso dos seus membros, elegerá um Presidente e um Secretário.

Art. 57° - Compete ao Conselho Fiscal:

- a) Emitir parecer conclusivo sobre as contas da Diretoria;
- b) Analisar a escrita contábil, conferindo-a com a documentação existente.

Art. 58° - O Conselho Fiscal, reunir-se-á ordinariamente para apreciar o balanço anual e extraordinariamente, sempre que convocado pelo seu Presidente ou por iniciativa da Diretoria ou Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 59° - O tempo de existência da ACIC é indeterminado.

Art. 60° - Em caso de dissolução da sociedade, o seu patrimônio deverá ser entregue a Instituição congênera, que mantenha serviço de assistência e promoção dos cegos e deficientes visuais, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.



- § Único - Para satisfazer este artigo, será dada prioridade à Instituição que tenha sede em Santa Catarina, a critério da Assembléia Geral.
- Art. 61° - É vedada qualquer contribuição de lucros ou prêmios aos membros da Administração da ACIC, os quais exercerão suas funções gratuitamente.
- Art. 62° - Não será admitido o voto por procuração.
- Art. 63° - Os Diretores poderão exercer a chefia de um Departamento, sempre que isto se fizer necessário, a critério do Presidente da ACIC.
- Art. 64° - Ao Vice-Presidente poderá ser confiada a direção de um departamento.
- Art. 65° - Vagando o cargo de Presidente no curso da primeira metade do mandato, proceder-se-á nova eleição, dentro de trinta dias. Se a vaga ocorrer na segunda metade do quadriênio, o Vice-Presidente assumirá o cargo e complementará o mandato.
- Art. 66° - O Presidente poderá designar um Diretor para substituir o Vice-Presidente ou outro Diretor, em suas faltas e impedimentos.
- Art. 67° - Os presentes estatutos poderão ser reformados por deliberação da Assembléia Geral, em reunião para este fim expressamente convocada e pelo voto de 2/3 dos presentes.
- Art. 68° - O atual Conselho Deliberativo cumprirá seu mandato, após o qual será eleito novo Conselho com mandato de cinco anos.
- Art. 69° - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Deliberativo.



ANEXO C – Normas da Revista Brasileira de Epidemiologia (Qualis A Nacional)

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: Debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por três relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), de um sumário mais extenso (uma lauda), em inglês, com maior número de informações (podendo conter, inclusive, citação de tabelas e figuras), para divulgação na home page da Abrasco - <http://www.abrasco.org.br/>. Os títulos e notas de rodapé das figuras e tabelas deverão ser bilingües (português/inglês ou espanhol/inglês). Os resumos deverão ter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Os originais devem ser apresentados em espaço duplo e submetidos em três vias. O manuscrito deverá ser apresentado com uma página de rosto, onde constarão:

-título (quando apresentado em português ou espanhol, trazer também o título em inglês);

- nome(s) do(s) autor(es) (último Sobrenome deve ser indicado em letras maiúsculas) e respectiva(s) instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, endereço para correspondência e fontes de financiamento da pesquisa e respectivo número do processo.

Todos os artigos deverão ser encaminhados juntamente com o disquete e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (linguagem compatível com o ambiente Windows). Quando datilografados, devem obedecer o mesmo formato.

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

Palavras-chave

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o “Medical Subject Headings” da NML.

Abreviaturas

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista.

Envio de manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico, no seguinte endereço:
Av. Dr. Arnaldo, 715 subsolo - sala S28
01246-904 São Paulo, SP - Brasil
fone/fax (011) 3085 5411
e-mail: revbepi@edu.usp.br

© 2007 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, sl. 208
CEP 21041-210 - Rio de Janeiro - Brasil
Tel./Fax: +55 21 2560 8699 - 2560 8403



abrasco@ensp.fiocruz.br

ANEXO D – Normas da RFO/UPF (Qualis B Nacional)

Novas normas de publicação
Vigentes a partir de julho de 2006 (v. 11, n. 2)

A RFO UPF é uma publicação semestral, dirigida a classe odontológica, que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

Os artigos deverão ser encaminhados com exclusividade para a Faculdade de Odontologia da UPF, Campus I – BR 285 – Bairro São José; CEP 99001-970; Passo Fundo – RS – Brasil, aos cuidados do coordenador de editoração da revista, obedecendo às normas e instruções a seguir.

1 – Normas gerais

a) Os trabalhos enviados para a publicação devem estar acompanhados por uma comunicação assinada por todos os autores, na qual declaram que o trabalho ou pesquisa é original; não foi apresentado para publicação em outro periódico; foi desenvolvido sem interesses pessoais, de agências financiadoras ou de organizações; foi conduzido dentro dos princípios éticos e legais. Também devem declarar total aprovação e responsabilidade pelo conteúdo e elaboração. Todos os artigos deverão trazer endereço(s), telefone(s) e área de especialidade do(s) autor(es). Em caso de mais de um autor, deve ser indicado o responsável pelo trabalho para correspondência.

b) Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião dos Conselhos Editorial e Científico da revista.

c) Todos os artigos serão submetidos à apreciação de um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).

d) Todos os direitos autorais dos artigos publicados, inclusive de tradução, serão transferidos para a RFO UPF, permitindo-se, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição e com a devida citação da fonte. No caso de aceitação e antes da publicação do artigo, o(s) autor(es) deverá(ão) redigir uma declaração transferindo formalmente os direitos autorais à revista.

e) A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.

f) Os originais e as ilustrações publicadas não serão devolvidos aos autores, a não ser por sua solicitação expressa quando da publicação do trabalho.

g) Cada trabalho publicado dará direito a dois exemplares impressos da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

2 – Apresentação dos originais

Os artigos destinados a RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine. O texto (incluindo tabelas, quadros e esquemas) e as ilustrações devem ser submetidos em três (3) vias impressas, sempre acompanhadas por mídia digital (disquete ou CD-ROM). Dessas três vias impressas, duas devem vir sem nenhuma identificação dos autores, para que a avaliação possa ser realizada com isenção. Recomenda-se que os autores mantenham uma cópia em seu poder.

O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, folhas de papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, 15 páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafados em itálico palavras e abreviaturas escritas em

outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes. A mídia digital deverá ser fornecida em arquivo gerado em programa de edição de texto Microsoft Word for Windows ou Write (editores de texto IBM compatíveis).

Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório.

2.1 – Composição dos artigos

Na elaboração dos artigos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto

- título do artigo no primeiro idioma (que deve ser conciso mas informativo);
- título do artigo no segundo idioma (idem ao item anterior);
- nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver);
- nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- o nome e o endereço do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave

Apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação destas palavras-chave, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS", elaborada pela Bireme, e a de "Descritores em Odontologia - DeOdonto", elaborada pelo SDO/FOUSP.

c) abstract e key words

Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela ao do resumo.

d) texto

No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver). No caso de artigos de revisão sistemática e relatos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos.

- **Introdução:** estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.
- **Metodologia:** identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.
- **Resultados:** devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatar ou resumir informações importantes).

- Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.
- Conclusão: deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.
- Agradecimentos: citar auxílios técnico, financeiro e intelectual que por ventura possam ter contribuído para a execução do estudo.
- Formas de citação no texto:

No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Números seqüenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto:

- "... manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável³.
- "Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos e xerostomia.^{1-4, 6,9,15.}
- ¹ autor: Field⁴ (1995) ...;
- ² autores: Feinmann e Peatfield⁵ (1995) ...;
- mais do que 2 autores: Sonis et al.⁸ (1995) ...;

e) referências

As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores.

Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina "et al.". Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências:

Livro:

Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

Livro	em	suporte	eletrônico:
Wotherspohn AC, Falzon MR, Isaacson PG. Fractures: adults and old people [monograph on CD-ROM]. 4th ed. New York: Lippincott-Raven; 1998.			
Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL: http://www.hist.com/dentistry .			

Capítulo	de	livro	em	suporte	eletrônico:
Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 571-653.					

Capítulo	de	livro	em	suporte	eletrônico:
Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM]. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1999.					
Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Available from: URL: http://www.sinuses.com/postsurg.htm .					

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros:
Avery JK, editor. Oral development and histology. 2nd ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1994.

Organização ou sociedade como autor de livros:
American Dental Association and American Academy of Peridontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.

Artigo de periódico:
Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. J Bras Endod 2002; 11(3):324-30.
McWhinney S, Brown ER, Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaife RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. Ann Thorac Surg 2000; 70(3):702-10.

Artigo de periódico em suporte eletrônico:
Nerallah LJ. Correção de fístulas pela técnica de bipartição vesical. Urologia On line [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL: <http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>.
Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia óssea em pacientes adolescentes. Rev Bras Ortop [periódico em CD-ROM] 1998;33(2).

Artigo sem indicação de autor:
Ethics of life and death. World Med J 2000;46:65-74.

Organização ou sociedade como autor de artigo:
World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ 2001;79:373-4.

Volume com suplemento:
Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-82.

Fascículo sem indicação de volume:
Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. Clin Orthop 1992;(218):18-21.

Sem volume ou fascículo:
Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. J Clin Practice 2000:344-57.

Resumo:
Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. Quintessence Int 1999;46:1277.

Errata:
White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in Br Med J 2000;321(7264):835]. Br Med J 2000; 321(7262):698.

Artigo citado por outros autores - apud:
O'Reilly M, Yanniello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003; 124(2):173-7.

Dissertações e Teses:
Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP; 2001.

Dissertações e teses em suporte eletrônico:
Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Trabalho apresentado em evento:
Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitchunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica: 2005; Águas de Lindóia. Anais. Brazilian Oral Research; 2005. p.63

Trabalho de evento em suporte eletrônico:

Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998.

Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos**legais:**

Brasil. Portaria no 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

F) tabelas, quadros, esquemas e gráficos

Devem ser apresentados em folhas individuais. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto.

Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como "figuras" e constar da seqüência numérica juntamente com as imagens.

g) imagens (fotografias, radiografias e microfografias)

As imagens, assim como o texto, devem ser submetidas em 3 (três) jogos em papel fotográfico preto e branco. Não serão aceitas imagens fora de foco, impressas em papel não fotográfico, ou resultantes de qualquer outro tipo de impressão caseira ou não profissional. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente "aumentadas" em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas só será executada em caso de absoluta necessidade, sendo o seu custo adicional de responsabilidade do(s) autor(es).

Deve constar, no verso de cada imagem, a sua numeração em algarismo arábico (de acordo com a ordem em que aparece no texto), o título do trabalho e a indicação de sua posição correta. Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As legendas para todas as imagens deverão ser impressas em separado. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada. Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.

3 – Lista de conferência do material a ser enviado

- Carta de encaminhamento
- Termo de transferência e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores
- Telefones e E-mails de todos os autores
- Xerox do parecer do Comitê de Ética
- Um original contendo a identificação dos autores
- Duas cópias sem qualquer identificação dos autores
- Três jogos de imagens (com identificação no verso)
- Mídia digital (disquete ou CD-Rom) contendo todos os arquivos em formato eletrônico (texto e imagens)

CAPÍTULO 6. Relação dos trabalhos publicados e os enviados para publicação durante o mestrado

A. Artigos completos publicados em periódicos

1. CERICATO, GO; GARBIN, D.; FERNANDES, APS. A inserção da odontologia no PSF: uma revisão crítica das ações e dos critérios de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Revista da Faculdade de Odontologia. Universidade de Passo Fundo, v.12, n.3, p.18-23, set/dez, 2007.
2. CERICATO, GO ; SIVIERO, D ; WOITCHUNAS, FE ; DAMIAM, MF. As vértebras cervicais como instrumento para determinação da idade óssea. Revista da Faculdade de Odontologia. Universidade de Passo Fundo, v. 12, p. 42-46, 2007.
3. DAMIAM, MF ; WOITCHUNAS, FE ; CERICATO, GO ; CECHINATO, F ; MORO, G. ; MASSOCHIN, M. ; CASTOLDI, F. . Análise da confiabilidade e da correlação de dois índices de estimativa da maturação esquelética: índice carpal e índice vertebral. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, v. 11, p. 110-120, 2006.

B. Trabalhos completos publicados em anais de eventos

1. CERICATO, GO ; GARBIN, D. ; FERNANDES, APS. Uso dos Sistemas especialistas em odontologia. In: X CBIS- Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006, Florianópolis. Anais do X CBIS, 2006. p. 212-216.
2. GARBIN, D. ; CERICATO, GO ; FERNANDES, APS. Educação Continuada em Odontologia via Web: Um Estudo da Arte no Brasil. In: X CBIS - Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006, Florianópolis. Anais do X CBIS, 2006. p. 1235-1238.
3. CERICATO, GO; CECHINATO, F. ; DAMIAM, MF ; MORO, G. ; CECHETTI, D.; WOITCHUNAS, FE. Determinação do Surto de Crescimento Puberal por meio do índice de maturação das Vértebras Cervicais. In: III CIOSC - Congresso Internacional de Odontologia de Santa Catarina, 2006, Florianópolis. Anais do III Congresso Internacional de Odontologia de Santa Catarina, 2006.

C. Resumos publicados em anais de congressos

1. CERICATO, GO.; GARBIN, D.; FERNANDES, APS.; RIBEIRO, DM. O Programa Brasil Sorridente e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas: uma análise descritiva do estágio atual. In: 24ª Reunião Anual da SBPqO, 2007, Atibaia. Pesquisa odontológica Brasileira - Supplement, 2007. v. 20. p. 84-84.
3. CERICATO, GO; GARBIN, D.; FERNANDES, APS. Recursos didáticos na Educação em Saúde Bucal para Pacientes portadores de deficiência visual. In: 25o. CIOSP - Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2007, São Paulo. Anais eletrônicos do 25o. CIOSP, 2007.

4. GARBIN, D. ; CERICATO, GO; FERNANDES, APS. Educação Continuada em Odontologia: a internet como meio de atualização a distância. In: 25º CIOSP – Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2007, São Paulo. Anais eletrônicos do 25º CIOSP, 2007.

5. CERICATO, GO; SIVIERO, D.; WOITCHUNAS, FE; DAMIAM, MF. As vértebras cervicais como instrumento de estimativa da idade óssea. In: 23ª Reunião Anual da SBPqO, 2006, Atibaia. Pesquisa Odontológica Brasileira - Supplement, 2006. v. 20. p. 84-84.

6. CERICATO, GO; GARBIN, D. ; FERNANDES, APS. Métodos de avaliação das Ações da equipe de Saúde Bucal do PSF. In: Seminário Nacional de promoção de Saúde, 2006, Itajaí. Anais do Seminário Nacional de promoção de Saúde, 2006.

7. CERICATO, GO; GARBIN, D. ; FERNANDES, APS. A inserção do cirurgião -dentista no PSF: uma revisão crítica sobre os métodos de avaliação das ações da equipe de saúde bucal. In: III CIOSC - Congresso Internacional de Odontologia de Santa Catarina, 2006, Florianópolis. Anais do III Congresso Internacional de Odontologia de Santa Catarina, 2006.

D. Artigos enviados para publicação

1. SILVA, ACB; CERICATO, GO; LORENZZONI, D; BOSCO, VL. Aspectos éticos e legais na pesquisa com uso de animais. Enviada para Revista Bioética (Brasília). (em avaliação).

E. Cursos ministrados

1. CARRASCO, GR; RATH, IBS.; CERICATO, GO. Deficiência visual: aspectos psicológicos no atendimento odontológico. In: 25º CIOSC. nov, 2006.

F. Artigos em desenvolvimento

1. CERICATO, GO.; GARBIN, D.; MOREIRA, EAM. Oral status, nutrition and relationship with quality of life. (em desenvolvimento).

2. GARBIN, D.; CERICATO, G.O.; RIBEIRO, D.M. A implantação dos Centros de Especialidades odontológicas e sua relação com a porcentagem de cobertura das Equipes de Saúde Bucal. (em desenvolvimento).

G. Participação em eventos

1. 24ª Reunião Anual da SBPqO. 2007. Atibaia.

2. III CIOSC - Congresso Internacional de Odontologia de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

3. I Fórum Nacional de Saúde Bucal no Serviço Público. 2006. Florianópolis.

4. X CBIS- Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Florianópolis, 2006.

5. Seminário Nacional de promoção de Saúde. 2006. Itajaí.

6. 23ª. Reunião Anual da SBPqO. 2006. Atibaia.