

37 Motivação em Saúde Bucal com Deficientes Visuais: Relato de uma Experiência

Iris do Céu Clara Costa
Renata Paula Costa Trigueiro
Ana Daniela Silva da Silveira

Um preâmbulo sobre questões ligadas à inclusão

O paradigma da inclusão social consiste em transformar a sociedade num lugar viável que oportunize a convivência entre pessoas de todos os tipos e inteligências, na realização de seus direitos, necessidades e potencialidades.

Atualmente existem no mundo algo em torno de 500 milhões de pessoas com alguma forma de deficiência. Segundo dados do IBGE com base no censo demográfico de 2000, há no Brasil 25 milhões de brasileiros com deficiência as mais diversas, o que representa 14,5% da população. É uma parcela considerável de homens, mulheres, crianças e jovens excluídos dos seus direitos mais básicos como ir e vir ao estudo, ao trabalho, ao lazer (Mello, 2001; Maciel 2011).

Nesse contexto, a inclusão social, é um processo que vislumbra a construção de um novo tipo de sociedade, através de transformações de toda ordem, da estrutura física à mentalidade das pessoas, inclusive do próprio portador de necessidades especiais, que tantas vezes, cercado dos seus direitos, se autodiscrimina.

O processo de inclusão vem sendo implantado em cada sistema social. Dessa forma, há inclusão na educação, no lazer, no transporte, etc. Quando isto ocorre, podemos falar em educação inclusiva, no lazer inclusivo, no transporte inclusivo, e assim por diante. Uma outra maneira consiste em dizermos, por exemplo, educação para todos, lazer para todos, transporte para todos. Dito de uma forma ou de outra, quanto mais sistemas comuns da sociedade adotarem a inclusão, mais cedo se completará a construção de uma verdadeira sociedade para todos – a sociedade inclusiva (Mello, 2011).

Felizmente, no Brasil atual, a necessidade de se construir uma sociedade democrática e inclusiva, onde todos tenham seu lugar, é quase um consenso. Aliás nesse aspecto, o Brasil é um dos países que tem uma das legislações mais promissoras sobre acessibilidade. Os avanços nessa temática têm que ser creditados principalmente para a luta do movimento de pessoas com deficiência, que percebem no seu dia a dia que a acessibilidade é um dos meios para se alcançar a inclusão social (Maciel, 2011).

Assim, pode-se dizer que, para que haja inclusão social, é necessário aprender a respeitar e reconhecer a riqueza da diversidade, para que possamos nos desenvolver e nos humanizar. Pensar em inclusão é um exercício complexo, mas extremamente prazeroso, onde podemos ao mesmo tempo nos transformar em cidadãos contemporâneos, empreendedores e contribuintes na construção de uma sociedade mais justa e igualitária (Cintra, 2004; Russo, 2004).

Considerando que portadores de deficiência visual fazem parte de um grupo social excluído, e que todo cidadão de qualquer etnia, credo ou raça, tem direito à saúde, informação e conhecimento, este relato de experiência descreve um trabalho educativo em saúde bucal, realizado no Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte – IERC/RN, cujo objetivo foi motivar um grupo de crianças e adolescentes, matriculados nessa Instituição. Sabe-se que a educação sozinha não muda tudo, mas sem ela a sociedade também não muda. Baseada nessa premissa Freiriana, fornecer elementos que capacitem o indivíduo a ter autonomia e conhecimento de fazer escolhas mais saudáveis, geram a perspectiva de proporcionar saúde, que, por sua vez, funciona como aparato de proteção, no sentido de que esclarece e ajuda a conquistar os direitos do cidadão (Costa et al., 2001).

Alguns conceitos são básicos no entendimento da temática da inclusão. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS/OMS, 2003):

- Deficiência é qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica;
- Incapacidade é qualquer redução ou falta de capacidade para exercer alguma atividade, dentro dos limites considerados normais para o ser humano, e que em geral resulta de uma deficiência;
- Desvantagem é o impedimento resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para um indivíduo.

Deficiência e incapacidade são características individuais que um sujeito poderá ou não ter. A desvantagem entretanto, é um fenômeno social que passa a ser responsabilidade de todos nós.

Os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, estão intrinsecamente ligados ao nosso processo histórico, que iniciou com a segregação, passou pela integração, até chegar à inclusão. A segregação é um princípio vinculado ao conceito de deficiência, isto é, baseia-se na ideia de perda e por conseguinte, fundamenta a postura assistencialista, da caridade e da benevolência.

A integração, por sua vez, está direcionada a uma lógica reabilitadora, reparadora, que objetiva a “normalização” da pessoa, para uma vez sendo considerada normal, ser integrada à sociedade. Neste modelo, os portadores de deficiência,

deixam a posição de “coitados”, imposta pelo princípio da exclusão e passam a assumir o papel de “super-heróis”, onde tentam participar da sociedade a qualquer custo, enfrentando todas as barreiras, embora nem sempre contem com as transformações sociais necessárias.

Já o termo acessibilidade tem um conceito muito amplo e é um problema enfrentado por grande parte da população brasileira, que tem problemas de acesso em várias situações sociais como saúde, educação, lazer, moradia, entre outros bens de consumo. Se a clientela é deficiente a questão da acessibilidade se agrava, pois além de sofrerem exclusão econômica, social, cultural, de raça, dentre outras, tem como agravante, dificuldades de acesso pedagógico e consequentemente menor acesso à educação (Cintra, 2004; Russo, 2004).

A inclusão, por sua vez, se fundamenta no conceito de desvantagem e na geração de oportunidades iguais para todos. Cintra (2004) descreve a inclusão social como tarefa de todos e diz que *“o trabalho de inclusão social deverá contemplar a construção de rampas subjetivas nas pessoas, pois sem o envolvimento e participação delas, de nada adiantam o acesso físico, arquitetônico e ambiental, pois a exclusão vai continuar existindo”*.

A inclusão social de pessoas com deficiência é um exercício de equiparação de oportunidades e uma garantia da participação efetiva dessa população nos processos pedagógicos, onde devem ser preparados para enfrentar os desafios da vida.

Segundo Prieto (2004), é na busca da inclusão social que se consegue a inclusão escolar, e com esta, é possível modificar a sociedade e torná-la inclusiva.

Princípios da Extensão Universitária e sua importância no despertar da sensibilidade social do aluno e na compreensão das políticas inclusivas

Entende-se por atividade de extensão universitária aquela que é voltada para o objetivo de tornar acessível à sociedade o conhecimento de domínio da Universidade, seja por sua própria produção, seja pela sistematização do conhecimento universal disponível (Plano, 2011).

Assim, é atribuído à extensão, responsabilidades de intervenção extramuros, a partir do argumento do “compromisso social” da universidade, na maioria das vezes, substitutivos da ação governamental e sob a influência do modelo americano de extensão cooperativa, incorporada à prática universitária como prestação de serviços sob a forma de cursos práticos, conferências e serviços técnicos e assistenciais. Nesse formato, esse componente assistencial passou a influenciar fortemente a geração de projetos na área da saúde, mostrando inclusive a necessidade de sensibilização do alunado para os problemas sociais.

Apesar desse pressuposto, o que tem se observado no ensino superior das profissões de saúde é uma enorme divergência entre o que é ensinado e o que de fato a população precisa. Alguns trabalhos na área do ensino mostram que as profissões de saúde devem ser medidas pelo nível de saúde da população que utiliza seus serviços e não pela qualificação científica e tecnológica dos seus profissionais, o que de certa forma tem influenciado um entendimento da relação ensino-serviço, da relação paciente-profissional e da necessidade de mudanças curriculares que promovam essas aproximações (Mendes Júnior et al, 2005).

Na tentativa de integrar o contexto universidade-serviços fora de sintonia e algumas vezes divergentes, alguns movimentos sociais ligados à universidade despontaram ao longo

do tempo na tentativa de vencer essas diferenças. Na década de 50 a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva surgiram na perspectiva de aliar saúde pública com medicina liberal. Outros movimentos como a medicina comunitária e a integração docente-assistencial (IDA), foram importantes como primeiras experiências aliadas a participação comunitária e voluntariada na prestação de serviços, além de no caso da IDA tentar quebrar a resistência dos estudantes quanto a abordagem social e epidemiológica das doenças (Costa e Araújo 2010).

A diversidade dos cenários de prática é um ponto importante na construção desse processo, pois é fundamental que os profissionais, enquanto alunos, conheçam os vários espaços de prestação de serviços. Por outro lado, as mudanças almejadas na formação do profissional têm que ser construídas a partir da reflexão crítica de todos os segmentos participantes da atenção como: universidade (professores, alunos e dirigentes), serviços de saúde (gestores e profissionais) e população (usuários, conselhos municipais de saúde). As mudanças são complexas e para concretizá-las, as universidades precisam de apoio técnico e político, o qual deverá ser traduzido por um trabalho articulado entre os Ministérios da Educação e da Saúde, proporcionando a formação dos formadores, atividades de capacitação e debates entre os segmentos interessados (docentes, discentes, serviços e usuários) (Costa et al 2000).

Ainda nesse contexto, e apesar do caráter obrigatório da extensão universitária nas instituições de ensino superior, através da Lei da Reforma Universitária nº 5.540 de 1968, a relação unidirecional da universidade, transmissora de conhecimento para a comunidade, destinatária do conhecimento, continua com a desarticulação entre ensino, pesquisa e extensão (Tavares et al. 2010).

Nesse sentido, algumas experiências contemporâneas voltadas para a graduação como Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), com incentivos material e financeiro por parte do governo federal estão acontecendo, agregando à formação universitária na área da saúde novos valores como acolhimento, humanização, vivência universitária nos serviços, além de oportunidades de conhecer e experienciar *in loco* toda a dinâmica processual da atenção à saúde, bem como a compreensão do adoecimento e rotina dos usuários no seu contexto de vida. Isso certamente fará a diferença na formação dos profissionais que tiverem essas oportunidades curriculares e na aproximação do contexto ensino-serviço.

O Pró-Saúde tem entre outros objetivos específicos, entre eles o de reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; além de estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e Universidades, no sentido de melhorar a qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao usuário, integrando a rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação.

O PET Saúde, por sua vez, apresenta como objetivos específicos: promover a integração ensino-serviço-comunidade; institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; valorizar estas atividades pedagógicas; promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços; estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade e

incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.

Outras iniciativas após a graduação, que também recebem incentivos do governo federal e que surgiram com a perspectiva de continuar estreitando laços nessa relação ensino-serviço, são as residências multiprofissionais em saúde e os mestrados profissionais, voltados principalmente para qualificar profissionais em serviço, constituindo uma forma de educação permanente.

Assim, diante da nova realidade que se configura em nossa sociedade, faz-se necessário o universo acadêmico adaptar-se às necessidades de conhecimentos emancipadores. Entenda-se conhecimento emancipador como aquele que une técnica a produção. É, portanto, um conhecimento mais cidadão, humano, centrado em questões sociais inerentes à população, a qual está sendo destinada a atividade extensionista. A extensão universitária como um dos eixos do tripé que sustenta a missão da universidade, surge como uma oportunidade de produção desse conhecimento advindo de experiências vividas por acadêmicos em comunidades, onde permite-se que o discente possa narrar sobre o seu fazer, tornando possível que outros finais ou que outros processos sejam criados (Costa, 2007).

As experiências têm mostrado que a extensão possui características que, se bem exploradas, podem vir a contribuir para uma mudança no processo de ensinar e aprender: possuem um arsenal metodológico diferenciado; é feita de encontros entre alunos, professores e comunidades; tem a possibilidade de, neste encontro, incorporar outros saberes, de criar um senso comum e de ampliar a capacidade de reflexão sobre as práticas, porque nelas se constituem, ou seja, são constituídas pelas experiências vividas pelos protagonistas (Castro, 2010).

Desviando-se da concepção assistencialista, universidades federais têm expressado uma nova postura frente a extensão universitária, baseando-se em um princípio educativo em que a relação teoria-prática é capaz de desenvolver um novo pensamento e ações efetivas. Dessa forma, a extensão deixa de ser uma ação isolada e toma âmbito maior, compondo uma função acadêmica onde o pensar e o fazer estão intimamente relacionados, constituindo-se parte integrante de uma perspectiva de interdisciplinaridade e indissociabilidade entre ensino e pesquisa (Jezine, 2010)

A indissociabilidade é protegida pelo artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988, que afirma: “as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”, dessa forma essas funções merecem tratamento igualitário quando equiparadas (Moita e Andrade, 2009). É fundamental que o tripé pesquisa-ensino-extensão seja mantido na formação acadêmica, para que o aluno vivencie essa experiência universitária, que certamente balizará sua postura diante da vida profissional e do mundo.

A referida indissociabilidade orienta a qualidade da produção universitária porque consegue afirmar a necessidade das três funções em um fazer universitário autônomo, competente e ético. E ainda, se os princípios da indissociabilidade, forem postos em ação, impedem os reducionismos que se verificam na prática universitária quando há uma valorização individual das funções, ou quando existem articulações duais. Um exemplo de agregação dual é a priorização da associação do ensino e da extensão, que resultará em uma formação preocupada com os problemas sociais contemporâneos, necessitando assim da pesquisa para produção do conhecimento científico. Considerando-se a associação ensino-pesquisa por sua vez, teremos grandes avanços tecnológicos, mas corre-se o risco de

perder a visão ético-político-social adquirida quando se pensa nos beneficiados finais desse saber científico. Enfim, quando a articulação entre extensão e pesquisa exclui o ensino, perde-se a dimensão formativa que dá sentido à universidade (Moita e Andrade, 2009).

Essas relações, embora importantes, deixam evidente que as articulações duais ou enfatizam a produção do novo saber, ou a intervenção nos processos sociais, ou ainda a transmissão de conhecimentos na formação profissional, indo de encontro aos conceitos de indissociabilidade preconizados para uma produção universitária de qualidade (Moita e Andrade, 2009).

Assim, os projetos de extensão, vistos como uma das formas de aprendizagem, devem contribuir para a implementação de quatro pilares da educação contemporânea, ou seja, aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer (Costa, 2007).

Nessa nova dinâmica do mercado, o profissional deverá aprender a diagnosticar, a solucionar problemas, ser capaz de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe. Os pontos dessa dinâmica coincidem com as competências e habilidades que o profissional de saúde deverá ter segundo as Diretrizes Curriculares dos Cursos da área da saúde (Costa e Araújo, 2010). Como desafio da formação profissional em saúde, a partir das Diretrizes Curriculares, as instituições universitárias deverão pensar numa formação voltada para a humanização do homem, a partir da integração de conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos. Isso implica repensar a inserção desse profissional na sociedade e construir sua participação partindo da reflexão, questionamentos e formulação de propostas, fundamentadas na sua realidade vivencial, visando a transformação dessa realidade (Costa, 2007).

Portanto, o espaço onde se desenvolve a extensão universitária pode ser caracterizado como um ambiente de integração das várias áreas do conhecimento, onde se desenvolvem estratégias de aproximação entre os diferentes sujeitos, favorecendo a multidisciplinaridade, a consciência cidadã e humana, além de uma postura ativa e crítica da realidade que os cercam. Contribuí, portanto, para a formação de consciências político-sociais mais apuradas.

Considerando-se as transformações ocorridas no mundo do trabalho, as diretrizes curriculares definem algumas competências gerais na formação do profissional de saúde, para que o mesmo possa dar conta dessas transformações. No campo da tomada de decisões, este profissional deverá desenvolver habilidade para avaliar, sistematizar e escolher a conduta mais apropriada. Na comunicação, deverá ser capaz de interagir com os pacientes/comunidades, além de ter habilidades para comunicação verbal, não verbal, escrita e meios eletrônicos. No que se refere a liderança, são consideradas competências indispensáveis o trabalho em equipe multiprofissional, responsabilidade, empatia, gerenciamento e administração de recursos humanos, físicos e materiais. Quanto a atenção à saúde, o profissional deverá estar apto dentro de um trabalho em equipe a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação no nível individual e coletivo, contempladas no sistema de saúde vigente e no nível de atenção à saúde e gestão que o município se enquadra (Costa e Araújo, 2007).

Dessa forma, através do contato com comunidades de nível sócio-econômico-cultural desfavorecido e fora do ambiente formal de ensino, o aluno universitário aprende a conviver com uma realidade diferente da sua, conhece na prática os problemas que mais acometem essas comunidades e passa a

buscar as soluções que mais se adéquam. Além disso, por meio das atividades de extensão, nas quais a atuação ocorre a nível grupal, o aluno aprende a atuar no âmbito da saúde coletiva, levando novos conhecimentos à população, captando dela informações e experiências, além de adquirir capacidade de comunicação, de trabalhar em conjunto e resolver conflitos.

Isto posto, pode-se dizer que a extensão é a função universitária que promove a melhor articulação entre o compromisso do estudante da área de saúde com a comunidade, oportunizando um ambiente de aprendizado adequado. As atividades de extensão favorecem um maior e melhor relacionamento e comunicação entre a equipe de saúde e desta com a comunidade. Dessa forma, propicia trocas de saberes entre a universidade e a sociedade, sendo a ferramenta executora do processo dialético entre teoria e prática, possibilitando ao aluno uma visão integrada do social, formando profissionais com um perfil diferenciado, onde a perspectiva da integralidade caminha paralela a execução de um novo modelo pedagógico cujo objetivo maior é promover o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social (PLANO, 2011).

Nesse sentido, tem contribuído para a formação de futuros profissionais mais preocupados em tornar digno e humano o plano de atenção à saúde, ciente da influência dos aspectos socioeconômicos sobre o processo saúde-doença e de seu papel provocador de transformações, trabalhando como importante aliado da construção da cidadania.

Percebe-se que os alunos que durante a graduação participam de atividades de extensão tornam-se mais preparados para atuar na comunidade, enquanto futuros profissionais, principalmente nos serviços de saúde, pelo fato de construírem uma consciência social comunitária e conhecerem a diversidade cultural e social inerente ao ser humano (Galassi et al., 2006).

Relato da experiência de motivação em saúde bucal no Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos do Rio Grande do Norte – IERC-RN

Essa experiência faz parte de um Projeto de Extensão intitulado Ateliê do Sorriso, existente desde 2005, no Departamento de Odontologia da UFRN. A população alvo deste relato foram deficientes visuais, devidamente matriculados no IERC-RN, os quais foram motivados, através de reflexões e contínua criatividade, a partir dos instrumentos didático-pedagógicos, técnicas e recursos usados na abordagem metodológica, adaptados às suas necessidades, criados exclusivamente para esta clientela, tais como: cartilhas em Braille, macro-modelos de vários materiais (isopor, porcelana fria, cartolina), dinâmicas de grupo, desenhos em alto-relevo, músicas e gincanas, estimulando em função das suas limitações, os sentidos do tato e audição, além da percepção individual de cada participante. Dessa maneira, pôde-se contribuir para a aprendizagem de conteúdos ligados à Saúde Bucal, através da construção de materiais didáticos que pudessem explicar ao deficiente visual da forma mais objetiva possível, respeitando-se as suas limitações, conteúdos e informações de como cuidar da sua própria boca.

Complementando a metodologia pedagógica, foi realizado um acompanhamento odontológico, no qual foram feitas escovações supervisionadas, tanto para estimular a independência e autonomia do deficiente quanto a higiene oral, bem como para controlar o biofilme dentário, respon-

sável pelas principais doenças bucais (cárie dentária e doenças periodontais).

Entende-se que para educar pacientes portadores de deficiência visual, é necessário não apenas identificar as necessidades destes indivíduos, mas reconhecer as possibilidades e o potencial que cada um carrega consigo. É importante não apenas criar, mas recriar e inventar novos recursos e estratégias de ensino, que possam favorecer a inclusão e o acesso do portador de deficiência visual aos recursos lúdico-pedagógicos disponíveis, e desta forma, tornar possível o aprendizado e o interesse pela saúde bucal. Para Silva (2010), antes de qualquer coisa, é preciso acolhê-lo com naturalidade, com respeito, lembrando que, antes de ser deficiente, ele é um ser humano como você, capaz de participar, interagir, aprender e produzir, desde que lhes sejam dadas as oportunidades para o desenvolvimento das suas potencialidades.

Para tanto, é preciso considerar que cada indivíduo é ímpar no que se refere à maneira de pensar, querer e sentir, mesmo aqueles com deficiência. O que se deseja quando fazemos parte de um programa educativo, é que alcancem autonomia de pensamentos e atitudes, a partir do aprendizado de conhecimentos que os tornem independentes e, ao mesmo tempo, integrados ao seu ambiente.

Os programas educativos odontológicos voltados para populações de menor acesso, como os deficientes visuais, por exemplo, são raros, embora essa clientela precise ser tão considerada no contexto geral da saúde como qualquer outra, haja vista o princípio da Universalização do atendimento do Sistema Único de Saúde (Penerini, 1994; Rath et al., 2001; Van der Ley, 2001)

Do ponto de vista legal, a atenção a portadores de deficiência foi oficializada no Brasil a partir da Constituição Brasileira de 1988, estabelecendo dentre outros direitos, a proibição de qualquer preconceito ao trabalhador deficiente (Artigo 7) e o acesso físico para as pessoas portadoras de deficiência, resguardando-lhes o “direito de ir e vir” (Artigo 244). Através do Artigo 208, “a educação como dever do Estado” assegurou-se aos portadores de deficiência um ensino especializado, controlado e mantido pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação – SEESP (Russo, 2004; Silva, 2004).

Quanto aos conceitos de deficiência visual, estes foram explicitados a partir do Decreto 5296, de 02 de dezembro de 2004, da Presidência da República, e tem o seguinte teor: “Cegueira – é a acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica” e a “Baixa Visão – como sendo a acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores” (Brasil, 2004).

Nessa mesma linha, o Censo Escolar realizado no ano 2000 expressou os seguintes conceitos: “Deficiência Visual é a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, variando entre cegueira e baixa visão. Considera ainda que cegueira é a perda total ou resíduo mínimo de visão, que leva a pessoa a precisar do Braille ou recursos tecnológicos, como leitores de texto com sintetizador de voz” (Silva, 2010).

Pontos importantes na convivência com deficientes visuais

Segundo Santin, Simmons (2004), entender que a deficiência visual é uma diferença e não um déficit, é imprescindível para se entender como uma criança que nasceu totalmente cega conhece o mundo, obtém informações sobre ele e constrói a sua realidade, aliando elementos sensoriais, cognitivos e afetivos, numa construção particular do mundo.

Estes mesmos autores relatam que a visão não pode ser considerada de maneira isolada, mas como uma parte da percepção sensorial total; de forma que, na ausência da primeira, outros sentidos como audição, tato, olfato e paladar têm que funcionar sem a informação da visão e a inter-relação que ela proporciona. Durante o desenvolvimento da criança cega, a boca é, durante muito tempo, o principal órgão sensorial, de modo que, a atenção do bebê que nasceu cego fica focalizada internamente e assim se mantém, devido à ausência da estimulação alternativa representada pela visão.

A exploração do mundo exterior somente ocorre quando a criança cega se desloca no sentido de descobrir o que a rodeia, e este desenvolvimento de mobilidade vai depender particularmente da informação fornecida pela audição. A partir deste momento, o bebê passa a vivenciar o mundo não só por meio do tato, da audição, do olfato e do paladar, mas, ao mesmo tempo, sua percepção e seus conceitos acerca do que a rodeia, lhes são apresentados através das descrições dos videntes, formando desta maneira a imagem do seu ambiente (Penerini, 1994; Santin e Simmons, 2004; Grifin e Gerber, 1996).

A ausência do sentido visual exige do indivíduo portador de deficiência, experiências alternativas de desenvolvimento, para possibilitar a adaptação e a inclusão destes indivíduos na sociedade, ou seja, uma percepção tátil retificada, junto com o desenvolvimento dos outros sentidos, possibilita ao indivíduo cego, evoluir de um reconhecimento simplista a uma interpretação complexa do ambiente. Os pais e educadores têm papel fundamental neste processo, uma vez que convivem com estes indivíduos desde a infância, sendo então os responsáveis por estimular este desenvolvimento (Padula e Spungin, 2004; Rogow, 1991).

Na vivência com deficientes visuais, é preciso agir normalmente, passando confiança, tendo paciência e disponibilidade, dando-lhes atenção sem pressa ou interrupção. Converse naturalmente evitando gestos ou expressões faciais. Os termos olhar e ver podem ser usados, desde que se façam as devidas adaptações a sua operacionalização, ou seja, considerando que o cego “vê através do tato”, coloque o material do qual está falando na mão dele, fornecendo o máximo possível de orientações verbais sobre o mesmo. Nunca é demais lembrar que a deficiência não torna a pessoa aquela que não serve mais para nada. O cego vive e enxerga o mundo, só que de forma subjetivamente diferente (Silva, 2010).

Para conviver com o cego, compreensão é a chave de tudo. Busque saber suas reais necessidades, procurando interagir e comunicar-se com ele, pois uma boa comunicação leva a um bom atendimento. Não ignore sua presença, dirija-se a ele e não ao seu acompanhante. Ao encontrá-lo e ao despedir-se aperte sua mão. Nas suas conversas evite falar alto, pois a maioria não tem problema auditivo. Quando o cego estiver sozinho identifique-se ao se aproximar dele: evite brincadeiras do tipo “advinhe quem é”. Lembre-se: o mundo é para todos,

embora nossa formação positivista nos leve a negar isso. Todos nós temos limitações: a do cego é visual, a nossa pode ser de atitude ou da falta dela (Silva, 2010).

Nesse contexto, as práticas educacionais atuais apoiam a minimização das diferenças, através da ênfase que é dada às semelhanças e não às diferenças. Essas práticas militam a favor da integração de crianças portadoras de deficiência, descredenciando a ideia de excepcionalidade. No caso dos cegos, o ensino do Braille é o grande diferencial, que promove o ajuste educacional do deficiente visual com o mundo que o cerca, trazendo-lhes oportunidades de terem autonomia e serem produtivos, participando da sociedade e do mercado de trabalho como seres humanos que são.

Preparando os deficientes visuais para a atenção odontológica

Conviver com pessoas que portam uma deficiência visual, parcial ou total, exige algumas regras de organização no lar e/ou local de trabalho, as quais são fundamentais para que o deficiente alcance sua independência e autonomia. Uma ferramenta facilitadora é o Braille, além da estimulação dos sentidos remanescentes. Quando o deficiente visual é estimulado a utilizar sua percepção tátil, olfativa, gustativa, auditiva e sinestésica, tanto a sua locomoção quanto o domínio do espaço físico em casa e no trabalho são facilitados (Lemos e Cerqueira, 2004; Santin e Simmons, 2004)

No que se refere ao atendimento odontológico dessa clientela, Lannes e Moraes (1997) lembram alguns cuidados especiais. Estes são descritos passo a passo a seguir, os quais deverão ser levados em conta para um bom condicionamento do paciente deficiente visual parcial ou total. Assim, antes de iniciar o tratamento odontológico em uma criança com essa deficiência, e para proporcionar-lhe segurança e tranquilidade, o dentista deverá considerar alguns pontos importantes, tais como:

- a) Dirija-se diretamente ao paciente chamando-o pelo nome.
- b) Evite expressões de pesar ou referências à cegueira como uma doença. Igualdade não combina com piedade. Se deseja tratá-lo como ser humano, de igual para igual, apenas seja atencioso.
- c) Descreva ao paciente o arranjo do consultório, situando-o no espaço e no ambiente, falando sobre as dimensões da sala, distribuição espacial de móveis e equipamentos e nunca esqueça de explicar adequada e calmamente qualquer procedimento operatório antes de executá-lo.
- d) Deixe o paciente fazer perguntas sobre o curso do tratamento e lembre sempre que, apesar de deficiente, ele é sobretudo sensível e receptivo.
- e) Permita ao paciente que usa óculos que os mantenha, para segurança e proteção, mas evite referências visuais.
- f) Em vez de usar a abordagem *dizer-mostrar-sentir-fazer*, convide o paciente a *tocar, experimentar ou cheirar*, pois nele, estes são os sentidos mais aguçados.

- g) Demonstre na unha do paciente a ação da taça de borraça por exemplo. Além disso, acione a seringa tríplice, a caneta de alta rotação e o sugador, antes de usá-los no ato clínico, para que ele conheça, se familiarize e identifique estes sons. Isto certamente ajudará a condicionar o paciente e a estabelecer uma relação de confiança entre ele e a equipe profissional. Isso é fundamental!
- h) Segurar as mãos do paciente sempre promove relaxamento. Portanto, quando explicar os procedimentos de higiene bucal, coloque as mãos do paciente sobre as suas, guiando lenta e deliberadamente a escova de dentes.
- i) Limite os cuidados odontológicos do paciente com eficiência a um só dentista. Isso estreita laços e estabelece uma relação de afeto, de confiança que favorece o desenrolar do tratamento.
- j) Por fim, mantenha o ambiente relaxado usando uma música ambiente suave e reduzindo o nível de ruídos internos e externos.

Instrumentos educativos criados para motivação dos deficientes visuais do IERC

É cada vez mais comum projetos de Educação em Saúde Bucal que visam motivar indivíduos de todas as idades e classes sociais para o autocuidado. Desta forma, são inúmeros os materiais didáticos disponíveis no mercado para este fim, como slides, vídeos, cartazes, desenhos e jogos, que servem de alicerce para a educação na área odontológica.

No que diz respeito a deficientes, os recursos disponíveis são escassos e muitas vezes inexistentes, agravando, ainda mais, as condições de trabalho educativos com esta clientela, que devido às suas limitações, já têm dificuldades de apreender novas informações e de utilizá-las em benefício próprio.

Deste modo, no presente relato de experiência, descreve-se materiais usados na educação em saúde bucal, especialmente criados pelos participantes do Projeto de Extensão, para motivar portadores de deficiência visual, assistidos pelo Instituto de Educação e Reabilitação de Cegos – IERC, da cidade de Natal-RN.

Dos temas ligados ao trabalho educativo foram ressaltados: “A Anatomia dentária” (para entendimento da forma e função de cada grupo de dentes), “A Etiologia da cárie” (que permitiu compreender porque os dentes doem, como a cárie evolui, etc.), “A Importância da boca no convívio social” (que possibilitou o repasse de informações sobre a boca e suas funções, a halitose, dentre outros) além de “Recursos pedagógicos adicionais” (cartilhas em braille, paródias musicais, histórias infantis adaptadas para o imaginário odontológico). Para trabalhar didaticamente cada tema, foram criados os seguintes materiais:

“A Anatomia dentária”

- Macrodententes em isopor

Considerando que o conhecimento sobre o “eu” é a base para a implementação de hábitos de higiene e de autocuidado, foram confeccionados macro-modelos dentários em isopor, respeitando a anatomia de cada elemento e o contorno de

suas raízes; para que fosse possível a compreensão, através do tato, do formato dos dentes, de suas características e de como o dente se fixa ao osso através das raízes. Quando as características dos elementos dentários já se encontravam bem consolidadas, foram “mostrados” aos alunos dentes naturais extraídos para que fosse possível fazer a relação entre o modelo de isopor e o natural, definindo os elementos dentários em sua posição e função específicas, justificando a necessidade de um método de limpeza diferenciado para os dentes anteriores e posteriores.

Ver figura 1 e 2 no final do capítulo.

- Macro-dente em porcelana fria ou *biscuit*

Ainda no sentido de explicar a anatomia, foram confeccionados dentes com massa de porcelana fria (*biscuit*), de modo a representar as texturas dos diversos tecidos dos dentes e relacioná-las à evolução da cárie e ao surgimento da dor. Assim, na porção mais externa (parte branca) foram aplicadas camadas de verniz, com o intuito de deixar a superfície lisa e brilhante, representando o esmalte saudável. Na camada intermediária referente à dentina (parte amarela), foram feitas rugosidades, ranhuras na massa de *biscuit*, simulando a porosidade do tecido dentinário e, portanto, sua maior fragilidade ao processo cariioso. Por fim, foi feito no centro da escultura, um espaço vazio (parte vermelha) representando a câmara pulpar, ou “o local onde fica o nervo do dente”. Esta estratégia pedagógica possibilitou uma melhor compreensão por parte dos alunos, da anatomia interna dos dentes, e da consciência de que o elemento dentário é um órgão vivo, sensível e que, por isso, requer cuidados.

Ver figura 3 e 4 no final do capítulo.

- Desenhos

Segundo relatos dos professores e do Presidente da Instituição (que é portador de deficiência visual total), além de achados da literatura (Griffin e Gerber, 1996; Rocha, 2004), os alunos precisam estar familiarizados com desenhos e gravuras, para que, no futuro, sejam capazes de compreender, através do tato, as formas e seus significados, desenvolvendo a concepção e reconhecimento dos objetos. Para isso, os portadores de deficiência visual devem ser apresentados a objetos complexos em forma tridimensional (como os dentes, por exemplo) para só depois ter acesso à sua representação bidimensional gráfica (Griffin e Gerber, 2004). Assim, após a utilização dos macrodentes em isopor, bem como de dentes naturais, foram confeccionados desenhos dos elementos dentários em cartolina, utilizando-se tinta especial em alto-relevo para ser “lido com os dedos”.

Ver figura 5 e 6 no final do capítulo.

Durante o processo de utilização desses desenhos, os alunos puderam se familiarizar com o contorno e a forma dos dentes, além de treinar sua coordenação motora e sua percepção tátil, através da pintura dos desenhos baseados no contorno que o alto-relevo proporciona.

Concomitantemente, foram criadas figuras em cartolina, idênticas aos desenhos com tinta em alto-relevo, que foram recortadas e identificadas com uma etiqueta com o nome do elemento dentário escrito em Braille, para que fosse possível

uma melhor percepção dos contornos dos dentes, e sua associação com o nome e a função de cada elemento dentário.

Ver figura 7 no final do capítulo.

“A Etiologia da cárie”

Descrito anteriormente, o macrodente confeccionado em porcelana fria, foi utilizado tanto para explicar a anatomia dentária quanto para descrever a consistência dos tecidos dentários e assim explicar o processo evolutivo da cárie. Além disso, outras atividades foram realizadas acerca da etiologia da cárie, como a diferença entre os alimentos quanto à sua cariogenicidade, através do índice de percepção, bem como, o uso correto da escova e do dentífrico para uma escovação adequada.

- **Alimentos saudáveis e Alimentos Cariogênicos**

Para tentar diferenciar os alimentos quanto à sua cariogenicidade, lançou-se mão de uma analogia utilizando-se uma faca e dois tipos de alimentos: uma maçã (representando as frutas e os legumes em geral, do grupo alimentos saudáveis – Foto 8), e goiabada (representando os doces e outras guloseimas, do grupo alimentos cariogênicos – Foto 9).

A atividade foi realizada cortando-se uma maçã em pedaços. A faca ainda suja, foi examinada pelos alunos através do tato, os quais constataram que a superfície da mesma estava praticamente limpa e sem resíduos. Em seguida, a mesma faca foi usada para cortar a goiabada, e, ao examiná-la, os alunos sentiram que a faca suja de doce grudava nos dedos. Daí puderam perceber a diferença da superfície da faca ao cortar a fruta e ao cortar o doce.

Ver figura 8 e 9 no final do capítulo.

Assim, comparando-se a lisura da faca com a lisura do esmalte dentário, foi possível explicar porque alimentos doces e pegajosos como a goiabada, por exemplo, gruda nos dentes, sendo o grupo de alimentos a serem controlados porque podem causar danos aos dentes, reforçando-se o conceito de alimentos cariogênicos. Por outro lado, alimentos mais fibrosos e adstringentes, como a maçã, por exemplo, que não grudam, são alimentos que podem ser consumidos a vontade, o que reforçava o conceito de alimentos saudáveis. A partir daí, pôde-se estabelecer uma relação entre o grudar mais nos dentes, como uma característica que traz mais perigo; porque, se gruda mais, retém mais e torna-se mais difícil a sua remoção. Após esta atividade de percepção tátil, os alunos puderam comer os alimentos oferecidos, e assim, comprovar a aderência dos dois alimentos nos seus próprios dentes.

“A Importância da boca no convívio social”

- **Escovação**

O processo de escovação ainda é o meio mais efetivo de controle mecânico das doenças biofilme dependentes, cárie e das doenças periodontais. No entanto, para deficientes visuais, aquelas atividades simples e corriqueiras para o restante da população, como colocar o dentífrico na escova por exemplo, pode se tornar muito difícil; fazendo com que o deficiente dependa de terceiros para realizar a simples tarefa de escovar seus dentes. Assim, através do uso de escovas e dentífrico com flúor, os alunos foram ensinados a colocar o dentífrico na escova utilizando os dedos indicador e polegar para deli-

mitar as cerdas e assim colocar a quantidade necessária e/ou suficiente para uma boa escovação.

Ver figura 10 no final do capítulo.

Após a colocação do dentífrico, era realizada uma escovação supervisionada segundo a técnica de Fones. Esta foi a escolhida pela facilidade de execução e aceitação, visto que, os alunos da Instituição onde realizou-se este trabalho, constituem-se de crianças e adolescentes. Daí, em vez de evidenciarmos o biofilme como de praxe, com clientela vidente, era recomendado, sob a nossa supervisão, que os alunos escovassem apenas uma hemiarcada e através da sensibilidade da própria língua (auto percepção) sentissem a diferença entre as superfícies dentárias da hemiarcada escovada e aquelas que ainda não haviam sido higienizadas. Com isso, os alunos podiam perceber a diferença, em sua própria boca, entre os dentes limpos e sujos, bem como a sensação refrescante que os dentes lhes dava.

Esta atividade proporcionou a consolidação de informações repassadas em outros momentos sobre cariogenicidade dos alimentos, presença de biofilme, halitose, etc, e ainda, possibilitou que estes alunos, realizassem a sua higiene oral, que até então era feita com a ajuda de terceiros.

“Recursos pedagógicos adicionais”

- **Cartilha em Braille**

Inventado por Louis Braille em 1825, o sistema Braille é reconhecido mundialmente como método de leitura e escrita para pessoas portadoras de deficiência visual. Utiliza seis pontos em relevo, dispostos em duas colunas, possibilitando a formação de 63 símbolos diferentes que representam os caracteres gramaticais e matemáticos. Desta forma, o sistema Braille é utilizado em associações de apoio e ensino ao deficiente visual como forma de inclusão, já que possibilita ao portador de deficiência o acesso a textos e, atualmente, até a Internet (Lemos e Cerqueira, 2004).

Assim, buscando tornar possível um maior esclarecimento acerca dos conceitos sobre saúde bucal, autocuidado, e ainda, como mais uma forma de exercício da leitura em Braille, visto que este Sistema faz parte da educação e reabilitação do deficiente visual, criou-se uma cartilha explicativa impressa neste Sistema de leitura que ressaltou temas como a importância da boca, suas estruturas, a forma e função dos dentes, os alimentos mais saudáveis, porque limpar a boca e outros conceitos, essenciais para favorecer a saúde bucal.

Ver figura 11 e 12 no final do capítulo.

- **Paródias musicais**

Sabe-se que, no deficiente, a audição e o tato são os sentidos mais aguçados. Aproveitando essa condição de estímulo, utilizou-se também a música como instrumento educativo neste trabalho.

Para isso, algumas letras de músicas bem conhecidas, de vários estilos (MPB, Pagode, Axé, Forró) foram parodiadas, gravadas em um CD no estúdio da Escola de Música da UFRN e utilizadas nas atividades de recreação.

É interessante ressaltar que os conteúdos repassados desta forma lúdica tiveram grande receptividade e aceitação, facilitando o aprendizado dos alunos e tornando o momento de recreação uma forma de consolidação de conhecimentos.

- **Contação de histórias**

Dentre os instrumentos pedagógicos utilizados, a contação de histórias exerceu um grande fascínio, especialmente entre os alunos do Ensino Básico, cujo universo simbólico ainda é muito ligado aos personagens infantis das histórias tradicionais.

Relatos de alunos de odontologia e professores do IERC, participantes do Projeto Ateliê do Sorriso, sobre as atividades desenvolvidas

Como processo avaliativo, ao final de cada semestre aplica-se um formulário de acompanhamento das ações, onde os participantes expressam suas percepções e sugerem estratégias que possam otimizar os objetivos do projeto. Transcreve-se a seguir as falas dessas pessoas e o que essa participação acrescentou à sua formação e trabalho.

Relatos de alunos de Odontologia

... [Fiquei impressionada, como mesmo tendo uma deficiência, aquelas crianças eram felizes e se entusiasmavam cada vez que nós chegávamos. Elas não se sentem diferentes] ... [Senti-me recompensado em trabalhar com este público devido a sua alegria de viver. É gratificante e incrível o quanto se cresce pessoalmente, como acrescenta valores] ... [Trabalhar com pessoas especiais possibilitou com que me sentisse mais útil, pois estava passando um conhecimento que poderia melhorar a vida delas] ... [Me senti útil em poder auxiliar pessoas, das quais pude compreender melhor a sua realidade de vida, aprendendo como auxiliá-las, e de como é viver e conviver com limitações] ... [Tive a sensação de pleno crescimento, aumentando minha capacidade de tratar pessoas especiais e trabalhando com solidariedade, aprendendo mais a cada dia] ... [Me fez sentir um futuro profissional, preparado, além de um cidadão mais humanizado e preocupado com o bem-estar da sociedade]...

Relato de Professores do IERC-RN

... [Este projeto vem enriquecer nosso trabalho na Instituição. Percebo compreensão e respeito às diferenças, respeitando o limite do outro] ... [Observo o interesse dos nossos alunos em manter a higiene bucal, fazendo uso correto dos instrumentos de limpeza dos dentes. Gostaria que houvesse a preocupação dos alunos da Universidade em colocar para os professores e alunos em que este tipo de prática acrescentou em seu trabalho ou estudo] ... [Torço pela existência e continuidade do projeto, pois é gratificante ver o sorriso no rosto de quem possui alguma limitação para viver] ... [O projeto tem uma importância tamanha, não só pelas ações desenvolvidas, mas também pelo comprometimento dos alunos da Universidade com o Instituto, proporcionando momentos de educação, de saúde e também lazer] ...

Conclusões

Pôde-se perceber durante a realização deste trabalho a carência e a necessidade de recursos educativos direcionados a portadores de deficiência visual. Criar materiais materiais e técnicas que pudessem servir de suporte para realizar atividades educativas com essa clientela foi o grande desafio que nos acompanhou em todo o seu desenvolvimento. Além dos novos conhecimentos adquiridos, os alunos deficientes visuais tiveram acesso a procedimentos e técnicas que lhes proporcionaram autonomia para realizar tarefas corriqueiras como escovar os dentes, e, ainda, despertaram para a necessidade de cuidar da boca da mesma maneira que cuidam do corpo.

Além disso, observou-se, com o desenvolvimento das atividades, uma melhoria nas condições de higiene oral, percebendo-se assim a introjeção de conhecimentos e a motivação aos autocuidados, representada pela redução do índice de sangramento gengival, cujos valores foram $X=23.686$ e 10.583 ; e $SD=13,420$ e $14,632$ para as situações de antes e depois respectivamente. Esses valores com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0047$), indicaram altos níveis de motivação no trabalho realizado. Tais resultados mostram que o acesso à informação em saúde democratiza oportunidades e torna as pessoas mais participantes de sua própria vida, gerando ao mesmo tempo, uma sociedade mais justa, igualitária e cidadã.

Para os alunos de odontologia, essa experiência foi desafiadora, por terem exercitado sua criatividade, elaborando material educativo até então inexistente. Do ponto de vista da sensibilidade social, a participação nesse projeto de extensão foi uma experiência inovadora porque possibilitou a vivência com uma clientela diferenciada, afetiva, sensível, atenta, o que gerou sentimentos de solidariedade, fraternidade e a satisfação de contribuir com uma sociedade mais inclusiva.

Por fim, conclui-se que a saúde bucal é necessária como qualquer outro bem de consumo, à inclusão das pessoas com deficiências, no caso específico, com deficiência visual, de maneira que uma vez informadas possam ter oportunidades de se autocuidarem, que dentre tantos outros benefícios estimula a autoestima, aumenta a autonomia, melhora a saúde e amplia as perspectivas de qualidade de vida. Para todos foi uma lição de cidadania. Para os deficientes visuais, porque aprenderam coisas que melhoraram sua vida, e para os nossos alunos universitários, porque fizeram parte disso.

Referências

Brasil. Gabinete da Presidência da República. Decreto 5296 de 02 de Dezembro de 2004.

Castro LMC. A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores. In: Reuniao anual da ANPED, 27, Caxambu, 2004. Anais, 2004. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/inicio.htm>>. Acesso em: 20 nov 2010.

Cintra F. A acessibilidade da pessoa com deficiência no ambiente educacional. In: Forte U, Cintra F, Cintra F. Políticas públicas de educação inclusiva. São Paulo: Instituto Paradigma, 2004. p.17-23.

Costa ICC. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. Rev da ABENO 2007; 7(2): 122-9.

Costa ICC, Araújo MMT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, 16 (suppl.1): 1181-1189.

Costa ICC, Unfer B, Oliveira AGRC, Arcieri RM, Saliba NA, Moimaz SAS. Integração universidade-comunidade: análise das atividades extra-murais em Odontologia nas universidades brasileiras. Rev CROMG 2000; 6(3): 146-153.

Costa EL, Silva EM, Costa ICC. Como motivar adolescentes em saúde bucal: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís. Ver Fac Odontol Lins 2001; 13(2): 52-59.

Galassi MAS, Barbin EL, Spanó JCE, Melo JAJ, Toramano N, Carvalho ACP. Atividades extramuros como estratégia viável no processo ensino-aprendizagem. Rev ABENO 2006; 6(1): 66-69.

Griffin HC, Gerber PJ. Desenvolvimento tátil e suas implicações na educação de crianças cegas. Tradução de Ilza Viegas. Disponível em: <http://www.ibcnet.org.br/Texto/CEGUEIRATXT/Artigo_09.htm> Acesso em: 25 set

Jezine E. As Práticas Curriculares e a Extensão Universitária. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. Belo Horizonte, 2004. Anais... Belo Horizonte, 2004. <http://www.ufmg.br/congrext/Gestao/Gestao12.pdf> Acesso em 10 de dezembro de 2010.

Lannes C, Moraes SAV. Pacientes Especiais. In: Guedes Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 1997. p. 875-904.

Lemos ER, Cerqueira JB. O Sistema Braille no Brasil. Disponível em: <http://www.ibcnet.org.br/Texto/CEGUEIRATXT/Artigo_07.htm> Acesso em: 25 ago. 2004.

MACIEL, M.R.C. PORTADORES DE DEFICIÊNCIA: a questão da inclusão social. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 14(2): 51-56, 2000. http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/secao_interfacehs.asp?ed=12&cod_artigo=212. Acesso em 15 de janeiro de 2011.

Medeiros Júnior A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde coletiva. Rev Saúde Pública 2005; 39 (2): 305-310.

Mello MM. Desenvolvimento, trabalho e solidariedade: novos caminhos para a inclusão social.

InterfacEHS - Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade 2009; 4(3): 164-181.

Moita FMGSC, Andrade FCB. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. Rev Bras Educação 2009; 14(41): 269-280.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Informativo 2001. Disponível em <www.opas.org.br/sistemas/fotos/bucal.htm> Acesso em 17 out. 2003.

Padula WV, Spugin SJ. A criança visualmente incapacitada, do nascimento até a idade pré-escolar: a importância da estimulação visual. Tradução de André Oliveira. Disponível em: <http://www.ibcnet.org.br/Texto/CEGUEIRATXT/Artigo_19.htm> Acesso em: 25 ago. 2004.

Paulon SM. Documento subsidiário à política de inclusão. Simone Mainieri Paulon, Lia Beatriz de Lucca Freitas, Gerson Smiech Pinho (Org.). Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2005. 48 p.

Plano Nacional de Extensão 1999-2001. Disponível em www.mec.gov.br/Sesu/planonaex.shtm Acesso em 05 de janeiro de 2011.

Penerini YN. Estimulación temprana y orientación educativa de niños discapacitados visuales. Arch Argent Pediatr. 1994; 92(2): 98-103.

Rath IBS, Bosco VL, Almeida VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. Arq Odontol 2001; 37(2): 183-88.

Rocha A. A visão dos cegos (Ler para ver). Disponível em: <<http://www.camarpho.hpg.ig.com.br/VISAO/a%20VIS%C3O%20DOS%20CEGOS.htm>>. Acesso em: 02 set. 2004.

Rogow SM. El desarrollo de la función manual en niños pequeños disminuidos visuales. ICEVH, Córdoba-Argentina, n.75, 1991.

Russo L. Gestão de Políticas públicas para educação inclusiva. In: Forte U, Cintra F, Cintra F. Políticas públicas de educação inclusiva. São Paulo: Instituto Paradigma, 2004. p.24-32.

Santín S, Simmons JN. Problemas das crianças portadoras de deficiência visual congênita na construção da realidade. Tradução de Ilza Viegas. Disponível em: <http://www.ibcnet.org.br/Texto/CEGUEIRATXT/Artigo_04.htm> Acesso em: 25 ago. 2004.

Silva GS. Inclusão Social do Deficiente Visual. Disponível em <<http://www.lerparaver.com/lpv/inclusao-social-deficiente-visual>>. Acesso em: 04 fev 2015.

Silva LGS. Orientações para atuação pedagógica junto a alunos com deficiência intelectual, auditiva, visual e física. Natal: WP Editora, 2010. 70p.

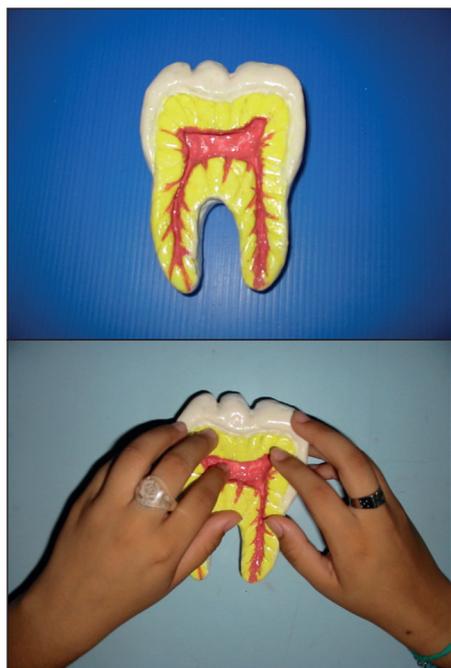
Tavares DMS, Simões ALAS, Poggetto MTD, Silva SR. The interface of teaching, research and extension in undergraduate courses in health. Rev Latino-am enferm 2007; 15(6): 1080-5.

Van Der Ley ATVO. Prevalência de cárie e fatores comportamentais e sociais em crianças portadoras de necessidades especiais (auditivas e visuais) institucionalizadas na cidade do Recife-PE. 2001, 132p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe, 2001.

Figuras



Fotos 1 e 2: Macrodententes em isopor



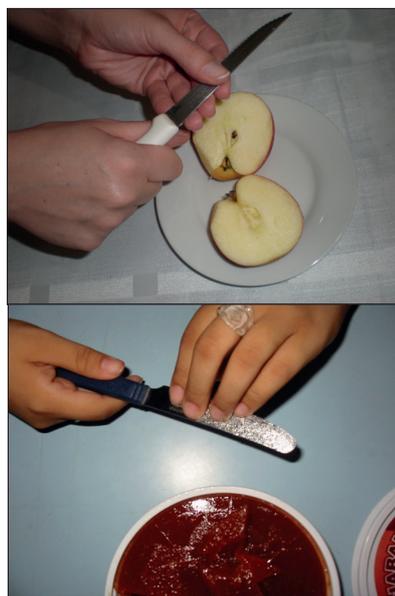
Fotos 3 e 4: Macrodente em porcelana fria, mostrando as diferenças dos tecidos dentais, esmalte, dentina e polpa, a partir das diferentes texturas do material.



Fotos 5 e 6: Desenho dos dentes com cola em alto-relevo



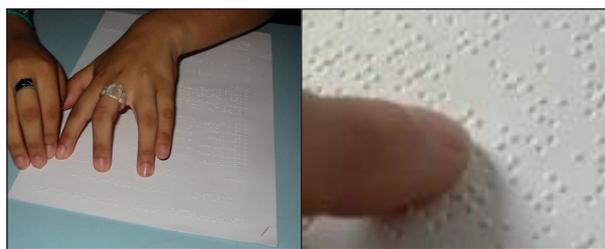
Foto 7: Desenhos em cartolina, com nomes dos elementos dentários em Braille



Fotos 8 e 9: Alimento saudável e Alimento cariogênico



Foto 10: Motivação para a autonomia no que se refere a colocar pasta na escova



Fotos 11 e 12: Leitura em Braille da cartilha de saúde bucal