

PERCEPÇÃO DO ADOLESCENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA SOBRE SAÚDE BUCAL

PERCEPTION OF ADOLESCENTS WITH HEARING IMPAIRMENT ABOUT ORAL HEALTH

Lucas Daylor Aguiar da Silva¹
Cibelly de Fátima Vieira Ferreira¹
Juliana Antunes Ramos Basílio Queiroz¹
José Ferreira Costa²
Elizabeth Lima Costa²

RESUMO:

O maior obstáculo no atendimento odontológico aos surdos está relacionado com a dificuldade de comunicação entre profissional e paciente devido a escassez ou ausência de instrumentos que auxiliem na comunicação. O objetivo foi avaliar a percepção das pessoas com deficiência auditiva sobre saúde bucal e o processo de comunicação no atendimento clínico odontológico. Trata-se de estudo transversal em 83 adolescentes na faixa etária de 12 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados no Centro de Ensino e Apoio a Pessoas com Surdez (CAS), considerado Centro de Referência de educação bilíngue às pessoas Surdas do Estado do Maranhão. Os estudantes responderam a um questionário estruturado e validado por meio de entrevista, contendo dados socioeconômicos e demográficos, questionário de frequência alimentar, hábitos de higiene bucal e percepção da pessoa surda sobre atendimento odontológico. 80% descreveram que o dentista consegue realizar a consulta completamente; 57% conseguiram seguir as orientações passadas pelo dentista; 64% participantes estão satisfeitos com o atendimento; 69 % consideram que o dentista não está capacitado. Conclui-se que **há necessidade do incentivo a adesão ao componente curricular de Libras** no curso de graduação em Odontologia e a formação continuada dos cirurgiões-dentistas com base na atenção integral à saúde do surdo; a comunicação ineficaz entre os deficientes auditivos e os profissionais da área de saúde prejudica o vínculo assistencial com esses pacientes.

Palavras Chaves: Saúde Bucal, Surdez, Comunicação, Percepção.

ABSTRACT:

The greatest obstacle in dental care for the deaf is related to the difficulty of communication between professional and patient due to the lack of training, awareness of the professionals and the shortage or absence of instruments that aid in communication. The study aimed to evaluate the perception of people with hearing impairment on oral health and the communication process in dental care. It was a cross-sectional study of 83 adolescents between 12 and 19 years of age, both sexes, enrolled in the Center for Teaching and Supporting People with Deafness (CAS), considered a Reference Center for bilingual education for Deaf people in the State of Maranhão. The students answered a questionnaire structured and validated through an interview, containing socioeconomic and demographic data, food frequency questionnaire, habits of oral hygiene and perception about dental care. 80% described that the dentist can perform the consultation completely; 57% were able to follow the guidelines given by the dentist; 64% participants are satisfied with the service; 69% consider that the dentist is not qualified. It is possible to conclude that there is a need to encourage adherence to the Libras curricular component in the undergraduate course in dentistry and the continuing training of dental surgeons based on comprehensive health care for the deaf; ineffective communication between the hearing impaired and health professionals impairs the care link with these patients.

Keywords: Oral Health, Deafness, Communication, Perception.

¹ Discente do Curso de Odontologia - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

² Docente do Curso de Odontologia – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE¹, o número de portadores de surdez no Brasil é de 344.206, sendo 171.801 mulheres e 172.405 homens². A região Nordeste é a região do Brasil que apresenta a maior incidência relativa de pessoas com alguma perda auditiva e o Estado do Maranhão, 8,23% das pessoas declararam-se completamente surdas³.

É fato que o ser humano tem necessidade de se comunicar com o mundo que está externo ao seu corpo^{4,5}. A comunicação e a interação com o mundo à sua volta, são necessidades que independem da vontade do ser humano⁶.

Neste sentido, o surdo deseja ser tão entendido quanto o ouvinte, mas na maioria das vezes não pode se comunicar por igual porque não consegue ouvir, o que o impede de desenvolver a fala, que é a forma mais usada de expressão⁷.

A LIBRAS é a segunda língua oficial do Brasil. Foi legalizada pela Lei Federal nº 10.436/02 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 e, desde então, tem sido difundida nos mais variados setores sociais, educacionais e de saúde, embora ainda desconhecida na maioria das instâncias⁸.

Ainda assim, o processo de transmissão e compreensão de informações sobre saúde bucal para surdos, que muitas vezes requer a participação de um intérprete, pode ser truncado por fatores como o desconhecimento do intérprete sobre o assunto, o que faz com que a tradução para LIBRAS não corresponda com fidedignidade às informações fornecidas pelo profissional, entre outros⁹.

Atualmente, o maior obstáculo no atendimento odontológico aos surdos está relacionado com a dificuldade de comunicação entre profissional e paciente devido à falta de capacitação, conscientização dos profissionais e a escassez ou ausência de instrumentos que auxiliem na comunicação^{10,11}.

A negligência, no que diz respeito à saúde bucal destes pacientes, influencia o aumento das suas necessidades acumuladas¹². Esta dificuldade é agravada principalmente na fase da adolescência, considerada uma categoria sociocultural, construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biopsicológica quanto a cronológica e social, sendo uma fase crítica com comportamentos extremos que variam de períodos exacerbados por suas atitudes positivas até os francamente negligentes com seus cuidados relativos à saúde^{13,14}.

Os poucos estudos encontrados na literatura, demonstram que os adolescentes surdos são historicamente desassistidos de atenção odontológica e de ter acesso a um programa de promoção de saúde para prevenção e cuidados com a sua saúde^{7,14,15}, pela dificuldade de comunicação, até mesmo falta de interesse de pais e responsáveis ou falta de informações das escolas responsáveis pela educação desta clientela¹⁶.

Quando se trata do ambiente odontológico essa problemática fica visível, trazendo comportamentos de medo e ansiedade frente aos procedimentos, já que o surdo se vê numa situação na qual a equipe de assistência odontológica não está capacitada para atender suas necessidades especiais de comunicação¹⁷.

Nessa perspectiva, percebe-se que os adolescentes surdos precisam se sentir confortável no meio odontológico conhecerem o ambiente e interagir com a equipe de saúde bucal. Portanto, é importante que os profissionais estejam atentos e abertos para compreender as necessidades desse paciente buscando conhecer as formas de comunicação existentes.

Embora muitos estudos já tenham investigados sobre as percepções da saúde bucal em adolescentes portadores de surdez, pouco se conhece sobre os fatores responsáveis pelas mudanças do comportamento da saúde bucal durante o desenvolvimento dos jovens^{13,14,15}. Os aspectos relacionados ao desenvolvimento psicológico, comportamental e de aprendizado de pessoas com deficiência auditiva podem interferir no tratamento odontológico e na orientação sobre autocuidados para a saúde bucal.

Assim sendo, este estudo se propôs avaliar a percepção das pessoas com deficiência auditiva sobre saúde

bucal e o processo de comunicação no atendimento clínico odontológico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (parecer N° 331047/2005) Resolução CNS-466/12 e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos adolescentes e mães participantes (TCLE). Os adolescentes que necessitaram de tratamento odontológico foram encaminhados para atendimento no Curso de Odontologia da UFMA.

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado em 83 adolescentes na faixa etária de 12 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados no Centro de Ensino e Apoio a Pessoas com Surdez (CAS). O cálculo amostral ($n = 1/E_0^2$) levou em consideração os resultados mais significativos do Projeto SB Brasil 2010, realizado em São Luís-MA, onde os adolescentes na faixa etária de 12 anos de idade apresentaram uma média de CPO-D de 2,66% e os adolescentes de 15 a 19 anos, 4,53%, o erro padrão e o tamanho da população assumido pelo pesquisador. A seleção da Instituição de Ensino deu-se de acordo com sua localização, proximidade de serviços de saúde, concordância dos gestores da unidade escola e por ser considerada Centro de Referência Educacional às pessoas Surdas do Estado do Maranhão. O estudo foi realizado no período de março à outubro de 2018.

Foram inclusos no estudo, adolescente portador de deficiência auditiva, ser matriculado e frequentar assiduamente as aulas oferecidas no CAS, não apresentar outro tipo de deficiência e sendo capaz de relatar sozinho suas experiências vivenciadas em algum momento quando necessitou de atendimento odontológico.

Os estudantes responderam um questionário estruturado e validado por meio de entrevista, contendo dados socioeconômicos e demográficos, questionário de frequência alimentar e hábitos de higiene bucal e percepção sobre o surdo no atendimento odontológico^{18,19}.

Os adolescentes, professores e intérpretes de Libras participaram de oficinas educativas interativas utilizando-se como recursos motivacionais macromodelos e escovas dentais e vídeos educativos. As instruções e o reforço sobre a correta higiene bucal foram realizados ao final de cada atividade/dia e nos meses posteriores através de explicações sobre a importância da escovação e o uso correto do fio dental.

As palestras educativas tiveram duração de 20 minutos e as foram desenvolvidas em dias determinados, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento²⁰.

Os dados foram analisados quantitativamente utilizando-se o microsoft Excell®. As respostas do questionário foram analisadas e consolidadas por meio da estatística descritiva (frequências absoluta e relativa) e apresentadas sob a forma de Figuras e Quadro.

3. RESULTADOS

Do total de participantes 32 (39%) são do sexo masculinos e 51 do sexo feminino (61%), a maioria tem menos que 18 anos de idade (57%) e estuda em regime de Tempo Integral. Com relação à sua deficiência auditiva, 75% já nasceram com a deficiência (surdez congênita) e 25% perderam a audição gradativamente.

Com relação à Saúde Bucal 80% adolescentes sabem o que a cárie dental e conhecem suas medidas preventivas (escovação e uso do fio dental) (Figura 1) e o dentista foi a principal fonte de informação (Figura 2).

CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL

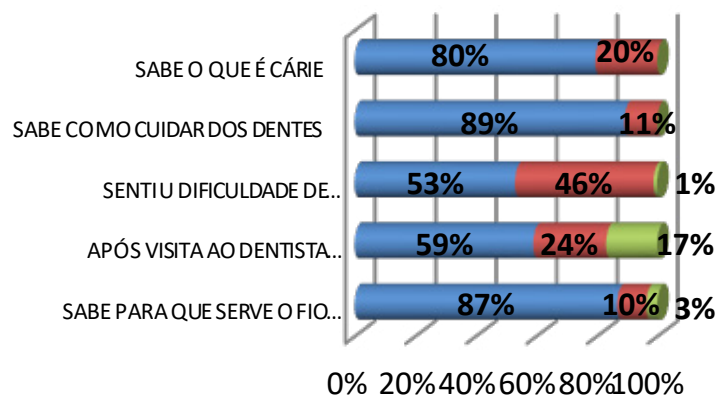


Figura 1. Conhecimento sobre Saúde Bucal

QUEM OBTEVE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL

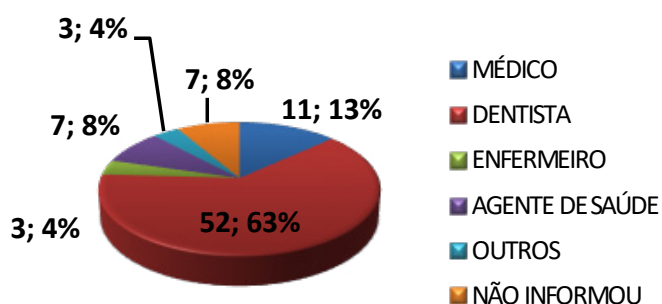


Figura 2. Fonte de informação

Com relação á visita ao dentista, a Dor de Dente foi o principal motivo seguido da cárie dentária e 37% não souberam informar o tratamento realizado.

No que diz respeito às práticas de higiene bucal dos surdos, pode-se perceber que a associação entre escova, creme dental, são os métodos predominantes para realização da higienização bucal dos entrevistados.

A quantidade de vezes que fazem a higiene bucal, como a fazem, e os horários que realizam esta higiene encontram-se explicitados no Quadro 1. Também são evidenciados no referido quadro o Consumo de açúcar de adição presente na rotina diária dos entrevistados; 92,7% dos entrevistados assinalaram que o açúcar provoca cárie.

Sobre o tipo de serviço odontológico utilizado, a maioria dos entrevistados procura o serviço privado (45%) quando necessita visitar o dentista. Em ambos os serviços de atendimentos prestados (público e privado), o dentista foi principal fonte de informação sobre saúde bucal (68%).

Tabela 1. Higiene bucal, dieta, tipo de serviço utilizado e informações sobre efeito do açúcar

Higiene Bucal	
Como realiza	%
Escova	2,2
Escova + Creme dental	46,56
Escova + Creme + Fio	34,41
Não Respondeu	1,1

Frequência diária	
1 vez	2,2
2 vezes	18,22
3 vezes	50,60
Mais de 3 vezes	13,16

Quando realiza	
Ao Acordar	76
Após Café	45
Lanche Manhã	14
Após Almoço	81
Lanche Tarde	18
Após Jantar	53
Antes de Dormir	60

Dieta		
Perguntas	Consumo e líquidos com açúcar (%)	Bombons, Biscoitos, etc (%)
Sim	93	73
Não	6,7	27

Frequência diária		
1 vez	41	19
2 vezes	32	23
3 vezes	23	31
Não respondeu	3,4	27

Sobre percepção em saúde bucal os adolescentes surdos buscam todos os meios para comunicação com o dentista durante o atendimento odontológico (Figura 3):

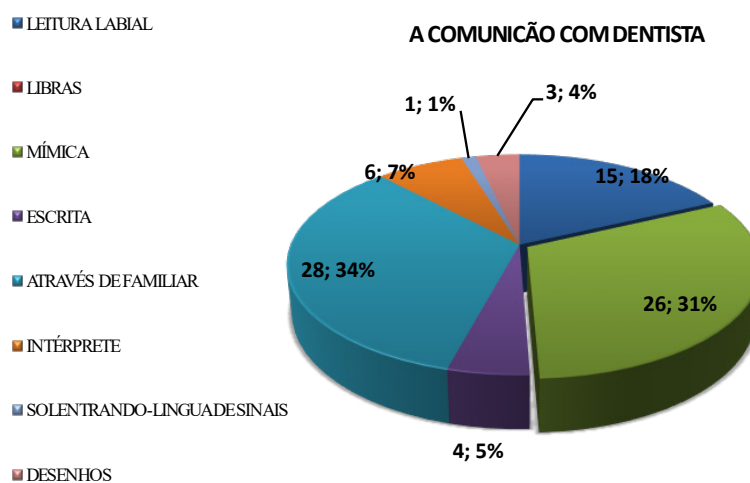


Figura 3. Percepção do Surdo sobre saúde bucal

Percebe-se que a estratégia mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas no atendimento odontológico é o auxílio de um membro da família (34%), seguidos da mímica (31%), leitura labial (18%), da Libras (7%), escrita (5%), auxílio de um intérprete (7%), desenhos e figuras (3%).

Com relação ao Grau de satisfação do surdo sobre atendimento clínico e seu relacionamento com a equipe de saúde bucal, a Tabela 2 evidencia os resultados

Tabela 2. Grau de satisfação do surdo sobre atendimento clínico e equipe de saúde bucal (números absolutos e percentuais).

Compreendeu as instruções do dentista	Parcialmente	Completamente	Não entendeu
	47 (57%)	22 (26%)	14 (17%)
Quanto a consulta	Sim	Não	Não informou
	Nº (f %)	Nº (f %)	
Consulta odontológica	63 (76%)	19 (23%)	1 (1%)
Dúvidas esclarecidas	50 (60%)	32 (39%)	1 (1%)
Dentista Capacitado para Atender Pacientes surdos	22 (26%)	57 (69%)	4 (5%)
Satisfação do surdo no atendimento	53 (64%)	14 (17%)	16 (19%)
Teve Medo Durante o Tratamento	35 (42%)	47 (57%)	1 (1%)

4. DISCUSSÃO

As estratégias de comunicação que funcionam com pacientes surdos dependem do grau de educação destes pacientes, seu histórico e linguagem primária. Para muitos surdos, particularmente aqueles que perderam a audição gradativamente (25%), ou já nasceram com a deficiência (surdez congênita, 75%), como relatado pelos entrevistados em nosso estudo, a língua de sinais é o principal meio de comunicação²¹. A diferença entre o indivíduo que apresenta surdez congênita e aquele que ficou surdo após aprender a falar é que, “o surdo nato, ao contrário daquele que ficou deficiente após aprender a falar, não teve a oportunidade de conhecer a qualidade do som, da palavra articulada e do seu significado em relação às coisas”. Fato que contribui para que os surdos natos apresentem maior dificuldade na adaptação ao meio, extrema dificuldade na comunicação ou mesmo na aprendizagem^{6,22}.

Com foco na saúde bucal de adolescentes surdos, o conhecimento que os cirurgiões dentistas têm sobre as estratégias de comunicação com essa clientela é difícil durante a consulta odontológica^{16,17,23,24}. Entretanto, a maioria dos adolescentes relatou, que apesar de ter havido alguma dificuldade para realizar a consulta odontológica ou em sua abordagem no preenchimento de sua ficha clínica, o cirurgião dentista pode concluir as etapas de investigação, desde o diagnóstico até a conclusão do tratamento, mas enfatizam que, se o profissional tivesse conhecimento da linguagem dos sinais, o atendimento seria mais rápido e eficaz, pois esse desconhecimento acarreta em perda da autonomia do paciente, falta de privacidade, pela necessidade de um intérprete profissional ou da família durante a consulta e imprecisões nas anotações do profissional, aumentando o risco de diagnósticos falhos^{16,17,23,24}.

Ressaltaram também que a sensibilidade da equipe de saúde bucal em realizar o atendimento, de acordo com as necessidades percebidas e as expectativas dos surdos, pode aproximá-los ou afastá-los do serviço^{16,17}.

No presente estudo observou-se que o profissional se comunica mais com mímica do que com LIBRAS; mas o que prevalece, na realidade, é a solicitação do profissional para que a família atue como mediador da comunicação. Além disso, a maioria dos adolescentes informou não haver, por parte do cirurgião dentista, qualquer ação voltada a apresentar o consultório odontológico antes dos procedimentos; ou no que concerne à exibição de imagens, folhetos, revistas e livros relacionados à saúde bucal, o que dificulta o processo de entendimento das informações repassadas comprometendo assim a qualidade do atendimento^{23,24,25,26,27,28}.

Estudo análogo realizado por Aragão⁷ constatou que a maioria dos surdos usa com mais frequência o auxílio de um familiar quando vai se consultar com algum profissional de saúde. Contrapondo nossos resultados, Samnieng²⁹ verificou em seu trabalho que os surdos se comunicam em sua maioria por meio da leitura labial e língua de sinais. Entretanto no estudo de Pereira²³, os dentistas entrevistados relataram que se comunicam com os surdos principalmente por meio do auxílio de um intérprete e por leitura labial.

No processo de comunicação do surdo, o auxílio de intérpretes e uso de imagens/figuras foram poucos citados pelos surdos, visto que, nos serviços de saúde, quer público ou privado, onde buscam atendimento odontológico, não contemplam a disponibilização de recursos humanos e materiais visuais para consultas diferenciadas como é o caso dos surdos^{30,31}. A alternativa muitas das vezes é apelar para criatividade dos desenhos, escritas, gestos e mímicar, que não são estratégias das mais recomendadas, visto que, não oferecem precisão na informação³².

O nível de satisfação da população estudada, nos remete que, quando há esforço do profissional e da equipe de saúde em oferecer melhor atendimento a sua clientela, com serviços humanizados, há aumento da satisfação do usuário com as condutas clínicas realizadas³³.

Além disso, a maioria dos participantes do estudo (57) considerou que os dentistas não estão capacitados para atender usuários com deficiência auditiva. Essas estatísticas são corroboradas pelo estudo de Aragão⁷, no qual 100% dos entrevistados referiram dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, diferentemente do descrito por Pereira²³, em que a maioria dos pais de adolescentes e crianças surdas relatou não encontrar nenhuma dificuldade específica durante o atendimento odontológico.

A escovação dentária é o meio mecânico individual de mais ampla utilização para o controle da placa dental.

Os adolescentes surdos relataram escovarem seus dentes três ou mais vezes ao dia²³ e que o fio dental é instrumento indicado para a limpeza nos espaços interdental³⁴, entretanto, consideram que a escovação não está sendo feita de forma eficiente, atribuindo ao desconhecimento das técnicas de escovação e do uso do fio dental, devido à barreira de comunicação que existe entre o profissional, a equipe de saúde e o usuário, criando desconforto, insatisfação e complicando a relação profissional-usuário, gerando por vezes, sensação de preconceitos no surdo como a ideia de incapacidade de compreender o que lhe é comunicado^{35,36}. Estudo realizado por Cericato³⁴ com deficientes visuais, constatou que os instrumentos mais utilizados para realização da higiene bucal são a escova e a pasta dental, sendo citados por quase todos os entrevistados.

Segundo os entrevistados, a qualidade da assistência ao surdo é inferior das pessoas ouvintes, pois este usuário relata ter uma baixa compreensão das instruções fornecidas pela equipe de saúde^{37,38}.

Refletindo sobre esse aspecto pode-se inferir que além do despreparo da maioria dos cirurgiões-dentistas no domínio da língua natural dos surdos, os dentistas não possuem recursos e conhecimentos necessários de comunicação para uma assistência adequada, o que implica que durante o atendimento odontológico com surdos, o profissional deve olhar diretamente para o paciente e falar pausadamente, evitando gírias para facilitar a leitura labial³⁹.

Assim, a literatura corrobora com o que foi evidenciado na pesquisa, os surdos relatam problemas no uso de estratégias de comunicação, como por exemplo, na leitura labial, mímica e Libras devido a elementos dentro do campo de visibilidade do surdo que dificultam sua compreensão integral do diálogo^{10,40,41}. Como consequência dessas dificuldades, pode não ocorrer a interação com o profissional não sendo possível criar um vínculo apropriado, além de poder levar a cuidados pós-operatórios inadequados, medo e ansiedade^{23,36}.

Com relação aos fatores de risco da cárie dentária, os surdos são conhecedores do efeito maléfico do açúcar de adição, especialmente às bebidas ricas nesses açúcares, para os dentes e para a saúde em geral, como: obesidade, hipertensão arterial, diabetes e a síndrome metabólica; as quais compartilham um conjunto de riscos comuns e modificáveis, principalmente na fase da adolescência^{42,43,44,45}. Entretanto, o seu consumo faz parte do dia a dia dos adolescentes surdos.

A maioria dos adolescentes não tem medo de ir ao dentista, mas acham que seria importante um vídeo em Libras que contivesse informações ou explicações sobre saúde bucal, já que poucos CDs preocuparam-se em apresentar imagem sobre o tema. Talvez essa dificuldade de comunicação tenha sido a responsável pela falta de atenção do cirurgião dentista em apresentar o consultório odontológico e equipamento às pessoas surdas antes do atendimento odontológico^{16,17,23 24}.

Assim como os ouvintes, os surdos que procuram serviços públicos de saúde pertencem a classes sociais de menor poder aquisitivo. Os resultados comprovam os dados da literatura, uma vez que apesar da ampla legislação sobre o atendimento prioritário à saúde de pessoas com deficiência na sociedade, Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, não houve paralelamente uma evolução na infraestrutura do Sistema de Saúde para fornecer uma assistência especializada às pessoas com deficiência auditiva³⁷. As organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas necessitam propor melhorias na oferta de serviços à sociedade que, mesmo não previstas em lei, ofereçam acessibilidade aos indivíduos portadores de qualquer deficiência, pois só assim estarão exercendo a verdadeira responsabilidade social^{11,46}.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa evidenciam:

Há necessidade de ser colocada em prática a lei que exige um intérprete para intermediar a comunicação entre eles e os profissionais de saúde, pois a comunicação ineficaz entre os deficientes auditivos e os profissionais da área de afins prejudica o vínculo assistencial com esses pacientes;

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto n. 5296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004/006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 14 set. 2014.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [s.l.:s.n.], 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 02 de ago. de 2014.
3. Temoteo JG. Lexicografia da língua de sinais brasileira do nordeste [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012
4. Redondo MC, Carvalho JM. Deficiência auditiva. Cadernos da TV Escola Brasília: MEC, Secretaria de Educação a Distância, 2000.
5. Costa EL. Como motivar adolescentes em saúde bucal: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís–MA. Rev Fac Odontol Lins. 2001; 13(2):25-32.
6. Dizeu LCTB, Caporali SA. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. Educ Soc 2005; 26(91): 583–97.
7. Aragão JS, Magalhães IMO, Coura AS, Silva AFR, Cruz GKP, França ISX. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. Rev Pesq Cuidado e Fundam Online 2014; 6(1): 1–8.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. Ferreira-Brito L. Uma abordagem fonológica dos sinais da LSCB. Espaço: Informativo Técnico-Científico do INES. 1995;1:20-43.
10. Champion J, Holt R. Dental care for children and young people who have a hearing impairment. British Dent J 2000; 189(3): 155-9.
11. Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. Rev Lat Am Enferm 2006; 14(4): 553–60.
12. Novaes MSP. Atenção odontológica integral a deficientes auditivos: uma proposta. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1997.
13. Graça TC. A Importância da Saúde Bucal na Adolescência: Um estudo no IEPIC. [Tese]. Niterói: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense; 2000.
14. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto – Enferm 2007; 16(2):217-24.
15. Uemura TS, Ramos L, Espósito D, et. al. Motivação e educação odontológica em pacientes especiais. Rev Gaúcha Odontol.2004;52(2):91–100.
16. Ferrari RAP, Thonsom Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad Saude Publica 2006; 22(11):2491-2495.
17. Pereira RM, Monteiro LP DE A, Monteiro AC DA C, Costa ICC. Percepção das pessoas surdas sobre a comunicação no atendimento odontológico. Rev. Ciência Plural. 2017; 3(2):53-72.

18. Naito M, Nakaiama T, Hamagina M. Health literacy education for children: acceptability of a school-based program in oral health. *J Oral Sci.* 2007;49(1):53-9.
19. Costa EL, Costa JF, Pinto M, Ladeira LC, Silva RA, Ribeiro CCC. Streptococcus mutans in Mother-Child Dyads and Early Childhood Caries: Examining factors underlying bacterial colonization. *Rev Caries Res* 2017; 51: 582-589.
20. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):743-752.
21. Barnett S. Communication with Deaf and Hard-of-hearing People. A guide for medical education. *Academic Med* 2002;19(3):182-7.
22. Strobel KL. A visão histórica da in(ex)clusão dos surdos na escola. *Educação Temática Digital*, Campinas: 2006; 7(2): 244-52.
23. Pereira CB. Percepção sobre educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas especiais de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.
24. França EG DE. Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde [Dissertação mestrado em Saúde Pública] Universidade Federal da Paraíba. PPGOP. 2011; 82p.
25. Barbosa MA, Galvão VR, Pires HB, Fonseca APM, Magalhães MC, Teles AS, et al. Ensino e saúde: o que pensam e o que sabem os deficientes auditivos. *Rev Eletrôn Enf.* [Internet].2008;10(10): 13-18.
26. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4): 417-22.
27. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(3): 578-83.
28. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Relação do paciente surdo com o médico. *Rev Bras Otorrorrinolaringol.* 2009; 75(1): 147-50.
29. Samnieng P. Dental cares for patients who have a hearing impairment. *Internat J Clin Prevent Dent* 2014;10(4): 215-218.
30. Bisol, CA, Valentini, CB, Simioni, JL, Zanchin, J. Estudantes surdos no ensino superior: reflexões sobre a inclusão. *Cad Pesq* 2010; 40(139):147-72.
31. Daroque SC. Alunos surdos no ensino superior: uma discussão necessária. [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2011.
32. Pereira, CB. Percepção sobre educação em saúde bucal de crianças surdas nas escolas especiais de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.
33. O’hearn A. Deaf women’s experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Family Med* 2006; 38(10): 712-6.
34. Cericato GO. Educação em saúde bucal em portadores de necessidades especiais: um estudo de caso em deficientes visuais [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
35. Pagliuca LMF, Fiuza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev Esc Enferm. USP.* 2007;41(3):411-8
36. Sousa RA, Pagliuca LMF. Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos como tecnologia emancipató-

rio: relato de experiência. Rev RENE. 2001; 2(2):80-6.

37. Freitas DA, Antunes SLNO, Caldeira AP, Silveira MD. Odontologia inclusiva: percepções de indivíduos surdos sobre a comunicação com profissionais da odontologia. Lect Educ Fís Deportes. 2011;16: 155.

38. Oliveira, YCA. Celino, SDM. Costa, GMC. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. Physis Rev de Saúde Coletiva. 2015; 25(1):307-320.

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

40. Jaccarino J. Treating the special needs patient with a sensory disability: hearing impairment. Dent Assist. 2009;78(5):16,18-20.

41. Britto FR, Samperiz MMF. Communication difficulties and strategies used by the nurses and their team in caring for the hearing impaired. Einstein 2010;8(1):80-5.

42. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol 2004; 554, 63-77

43. Cripps RL, Martin-Gronert MS, Ozanne SE. Fetal and perinatal programming of appetite. Clin Sci 2005;109(1):1-11.

44. Manios Y, Moschonis G, Grammatikaki E, Anastasiadou A, Liarigkovinos, T (2010). Determinants of Childhood Obesity and Association with maternal perceptions of their children's weight status: the "GENESIS" Study. J Am Diet Assoc 2010; 110(10): 1527-31.

45. Adamo KB, Brett KE. Parental perceptions and childhood dietary quality. Maternal Children Health J. 2014;18(1):978-95.

46. Moraes ABA, Batista CG, Lombardo I, Horino LE, Rolim GS. Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. Psicologia em Estudo, Maringá. 2006;11(3):607-15.