

Andragogia como ferramenta de educação em saúde

Irinéia de Paiva Gontijo¹

RESUMO: O presente artigo objetiva salientar a oportunidade do uso das metodologias ativas propostas pela Andragogia nas ações de Educação em Saúde, especificamente no Programa “Odontologia do bebê” direcionado a pacientes com deficiência. Dada a histórica precariedade da atenção odontológica oferecida a esse paciente e a comprovada eficiência da estratégia educativo-preventiva da “Odontologia do bebê”, esse trabalho propõe o uso das premissas da Aprendizagem do Adulto como poderosa ferramenta de sensibilização dos pais/cuidadores. O entendimento dos processos que resultam nas afecções bucais (notadamente a cárie dentária), propicia o comprometimento do adulto responsável na manutenção da saúde bucal do paciente com deficiência e minimiza quadros indesejáveis de dor, desnutrição, baixa autoestima e complicações sistêmicas. É levantada a responsabilidade da sociedade em, através de suas instituições, fazer a capacitação dos profissionais com o objetivo de fazer cumprir o direito constitucional e ético do deficiente à saúde e bem-estar.

Palavras chave: Andragogia; Bebê; Deficiência; Odontologia Preventiva

ABSTRACT: The present paper aims to emphasize the opportunity of using the active methodologies of Andragogy in procedures regarding Education & Health, especially in programs involving dental care of babies with deficiency. As the dental attention for these patients are historically unprofitable and the educative-preventive philosophy of “Odontology for babies” has been proved efficient, this article proposes the use of the assumptions of Andragogy as a powerful tool to make parents/caregivers understand their responsibility. The knowledge of the processes which result in bucal affections (mainly the dental caries), enables the adult in charge to maintain the oral health of the patient with deficiency, and thus, minimize undesirable states of pain, desnutrition, low self-esteem and the systemic issues associated. This article also comments the social responsibility of the institutions in training properly the personnel involved in such projects, in order to give the disabled patients the care and attention they deserve, by constitutional and ethic rights.

Keywords: Andragogy; Baby; Disabled Patients; Preventive Dentistry

¹ Concluinte do Curso de Especialização em Docência Universitária do Uniaraxa – Especialista em Dentística Restauradora e em Odontologia do trabalho

1. Introdução

A estratégia de atenção odontológica para o paciente com deficiência sugerida por esse artigo se baseia em experiências bem sucedidas de programas estruturados sob a filosofia preventivo-educativa da Odontologia do Bebê. Idealizada e concretizada no Brasil na década de 1980 na UEL (Universidade Estadual de Londrina), a Odontologia do Bebê é hoje, comprovadamente, uma plataforma efetiva no controle das afecções bucais e, portanto, amplamente recomendada. Esta plataforma de atuação preconiza a atenção precoce às patologias bucais através de uma proposta de interferência no ambiente doméstico da criança, com o objetivo de formar uma geração mais esclarecida, atuante e saudável. A interrelação obstetra, pediatra, odontopediatra e o núcleo familiar é relevante na medida em que se aposta fortemente na Educação em Saúde como o grande instrumento de transformação.

O entendimento da educação como meio de transformação da realidade tem base teórica abundante, mas sua utilização em programas de saúde é surpreendentemente tímida até os dias de hoje. No presente estudo, tentamos relacionar os princípios da Andragogia (Educação para Adultos) como importante base para oportunizar uma melhor sensibilização e cooperação dos adultos / cuidadores na estratégia do programa Odontologia do Bebê com deficiência.

Esse artigo ainda busca relatar a demanda por programas odontológicos com foco na educação, prevenção e intervenção precoce, bem como a avaliação dos resultados alcançados a médio prazo pelos serviços já em funcionamento.

Relacionando a eficácia dos programas de Odontologia do Bebê às necessidades prementes de atenção odontológica para os pacientes com deficiência, este artigo observa a necessidade da inserção desse grupo em iniciativas que buscam caminhos de melhor prevenção e higienização bucal voltadas para este público. Aliado a uma equipe multidisciplinar, o cirurgião-dentista oportuniza, através do entrosamento da tríade paciente-família-profissional, o controle dos processos bucais do bebê. Considerado de baixo custo operacional, essa estratégia educativa tem impacto positivo na saúde geral do paciente, já que minimiza quadros indesejáveis de dor, infecção, má nutrição e baixa autoestima.

A aprendizagem é facilitada pela significância desse conhecimento nas condições de higiene e saúde do paciente com deficiência. Os pais/cuidadores, que a princípio se comportavam como meros observadores e vítimas do processo, são trabalhados sob a ótica da Andragogia. Através de metodologias ativas, eles se tornam protagonistas e autônomos no controle da condição bucal de seus filhos, com tudo o que isso representa: saúde, bem-estar e qualidade de vida.

2. A realidade da saúde bucal no Brasil e as estratégias de controle propostas

Segundo relatório do “Projeto SB Brasil 2003” (BRASIL, 2004) divulgado pelo Ministério da Saúde, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente afetado. Esses dados oficiais revelam a dramaticidade da situação da saúde bucal no Brasil e justificam estudos e iniciativas para controlar o problema.

A etiopatogenia da doença cárie dentária tem caráter infectocontagioso aliado a um componente comportamental. Segundo Fejerskov (2005), é uma doença infecciosa que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária.

A destruição dentária resultante do processo de cárie não controlado tem consequências que vão da infecção e dor comumente referidas a um déficit nutricional e de aceitação social igualmente importantes.

2.1 - O conhecimento da família acerca da etiopatogenia das doenças bucais.

Posto que se desenvolve na concomitância da presença de placa bacteriana com os açúcares da dieta e é, portanto, passível de controle através da adesão a hábitos saudáveis, a cárie dentária deve ser alvo de estratégias educativas no sistema de saúde. Para justificar os esforços e enfatizar a necessidade de se trabalhar preventivamente com Educação em Saúde Bucal, foi feita uma revisão bibliográfica acerca do conhecimento que os pais têm sobre a saúde bucal de seus filhos.

Medeiros (1993) abordou o aconselhamento pré-natal e o acompanhamento clínico da gestante/mãe e do bebê como estratégias para a instauração de hábitos saudáveis na rotina familiar e considerou inalienável a responsabilidade do profissional e dos pais no estabelecimento de condições favoráveis à saúde bucal das crianças.

Moares, Possobon e Ortiz (2000), avaliando a adesão das mães às orientações sobre dieta e higiene bucal em um programa direcionado a bebês, observaram que elas resistem à mudança de dieta, mesmo cientes da possibilidade de cárie.

Cruz e colaboradores (2004), analisaram a percepção e o conhecimento das mães a cerca da saúde bucal de seus bebês e constataram que apenas 32,5 % delas havia recebido qualquer informação através de profissional de saúde.

Knupp (2005), analisando a relação entre as condições bucais das mães e de seus respectivos bebês, concluiu que apenas informações não geram mudanças de atitudes e práticas, e que o profissional de saúde deve integrar procedimentos

clínicos a educativos para lograr êxito na prevenção das doenças. Enalteceu a necessidade de se estabelecer um link entre conhecimento e prática para que as ações sejam significativas.

Gusso e Fraiz (2006), avaliaram a percepção das mães acerca dos fatores cariogênicos e constataram uma contradição de discurso, quando se considera a questão da dieta: A mamadeira é considerada prejudicial por 80% das mães entrevistadas, mas 50% delas têm intenção de utilizá-la. Os autores consideraram essa contradição uma oportunidade para que sejam intensificados os esforços educativos, com grande potencial transformador.

Hanna, Nogueira e Honda (2007), analisando a percepção das gestantes, observaram que 48% delas relataram nunca terem sido abordadas sobre a necessidade de se fazer a higiene da boca do seu bebê. Observam, portanto, a necessidade da interação entre ginecologista, pediatra e odontopediatra, num esforço conjunto de conscientização das mães sobre sua responsabilidade frente à saúde bucal de seus filhos.

Castaño de Casaretto (2008) focalizou a educação familiar como estratégia de manutenção da saúde bucal do bebê. Estabeleceu que a higiene, a dieta, bem como a manutenção de hábitos saudáveis devem ser precocemente incorporadas à rotina do bebê. A contaminação bacteriana intrafamiliar foi considerada importante fator a ser reconhecido e controlado pela família.

Guarienti, Barreto e Figueiredo (2009), avaliaram o conhecimento de pais e responsáveis sobre a saúde bucal na primeira infância e observaram que estes recebiam algum conhecimento através da mídia, mas desconheciam a etiologia e a forma de ação dos agentes envolvidos no processo de cárie. Postularam, portanto, a inserção de equipes de saúde bucal dentro das pré-escolas para promoção da educação familiar, oportunizando o sucesso de programas preventivos.

Ferreira e colaboradores (2010), analisando o conhecimento de pais sobre a saúde bucal na primeira infância, observaram que 51,4 % dos entrevistados desconheciam a transmissibilidade da cárie dentária, 42,8% acreditavam no aparecimento desta doença devido a um único fator e apenas 15,7% responderam adequadamente quanto à idade ideal para o início da higiene bucal do bebê. Concluíram que esse desconhecimento ressalta a necessidade premente da implementação de estratégias educativas sobre o tema.

2.2 - Programas de atenção à saúde do bebê

A estratégia de atenção odontológica “Odontologia Do Bebê” oferece a oportunidade de, através da Educação, modificar comportamentos. Aliando atividades educativas coletivas com consultas individuais, o programa idealizado em Londrina PR tem colhido resultados significativos em vários cantos do Brasil. A avaliação dessas empreitadas foi alvo de pesquisa realizada com o objetivo de dar sustentação a esse artigo.

Figueiredo, Rosito e Michel (1998), fizeram uma avaliação após sete anos de um programa odontológico para bebês com bases educativa, preventiva

e restauradora, realizado na Clínica de Bebês da Faculdade de Odontologia da UFRS. Observaram resultados concretos de redução do índice de cárie (61,5% para 32,9%) e a diminuição na taxa de abandono, através de chamadas periódicas. Concluíram que a doença cárie é passível de controle se um tratamento voltado para fatores causadores e moduladores da doença for instituído precocemente.

Já em Ponta Grossa (PR), Kuhn (2002) avaliou um programa de saúde bucal dos bebês após 12 meses e concluiu que houve redução nos hábitos inadequados e redução significativa na porcentagem de lesões de cárie (9,83% nos bebês submetidos ao programa educativo-preventivo contra 38,68% dos bebês controle). Enfatizou a importância do envolvimento materno, conseguido através de ações educativas e reforço constante. O desenvolvimento da habilidade e competência materna em manter o autocuidado é objetivo do programa, se constitui numa estratégia de baixa complexidade e baixo custo e produz um impacto significativo na promoção da saúde bucal.

Costa (2002) avaliou um programa desenvolvido na zona urbana e rural de Carmo de Minas (MG) baseado em métodos educativos e preventivos em crianças de 06 a 60 meses. Através do estímulo à escovação caseira de qualidade, ao controle de alimentos açucarados e à fluoretação conseguiu-se, após 24 meses, uma redução significativa na presença de biofilme das crianças. (87,1% das crianças apresentam patamar satisfatório de biofilme após o programa, em oposição aos 20,16% das crianças do início). Observou também índice de cárie menor em crianças que iniciaram o programa com idade inferior, em relação aos mais velhos.

Fracasso e colaboradores (2005) avaliaram a eficácia de um programa de promoção de saúde de bebês desenvolvido em Maringá PR. Comparou-se o índice de cárie, presença de hábitos de sucção e alterações faciais em crianças atendidas no programa educativo-preventivo dos Bebês (Grupo I) com crianças atendidas por demanda espontânea (Grupo II). Resultados estatísticos mostraram diferença significativa no índice CEO (GI :0,2 GII :3,0) e hábitos de sucção não nutritiva (GI: 4% GII:11,75%). Constatou-se maior presença de alterações faciais no Grupo II (48%) do que no Grupo I (8,4%), destacando-se maior incidência de palato ogival, mordida aberta anterior e respiração bucal no grupo não envolvido no programa preventivo organizado. Concluíram pela eficácia do programa de atendimento aos bebês na manutenção da saúde bucal da população infantil.

Kuhn e Wambier (2007) avaliam um programa educativo-preventivo direcionado a bebês de faixa etária de 01 a 21 meses. Após 12 meses, os bebês foram reavaliados e os autores observaram que o programa contribuiu para uma menor incidência de cárie, devido a uma redução de 33% na amamentação noturna e uma melhora de 20,9% na higiene bucal.

Figueiredo (2008) fez uma avaliação após dois anos de atividades da Clínica do Bebê iniciadas no ano de 2003, com protocolo educativo-preventivo associado a medidas alternativas de controle das lesões já instaladas em crianças com menos de 36 meses de idade. Concluiu que houve melhora estatisticamente significativa no controle de placa, diminuição na oferta de alimentos cariogênicos

e uma diminuição no número de pacientes portadores de cárie ativa. Enfatizou, portanto, a necessidade de se capacitar efetivamente os profissionais para atuar frente a pacientes dessa idade.

Palma, García e González (2009), ao observarem que a cárie dentária ativa estava presente em 40% das crianças espanholas de até 5 anos de idade fizeram ampla revisão bibliográfica à procura de estratégias de controle. Acabaram por considerar a Odontologia do Bebê como uma plataforma de simples aplicação, excelente efetividade, grande cobertura e custo reduzido.

Stocco e Baldani (2011), realizaram pesquisa acerca da efetividade do uso da remarcação periódica de consultas odontológicas dos bebês através da carteira de vacina. A prevalência de cárie foi menor neste grupo de crianças (17 por cento) do que no grupo sem retorno frequente ou que não estava cadastrado na USF (26 por cento). Concluíram, portanto, pela grande utilidade dessa estratégia para aumentar a taxa de retorno e o conseqüente controle das ações de saúde.

Lemos e colaboradores (2011) avaliaram o Programa Odontologia para Bebês no município de Jacareí-SP, comparando a experiência de cárie de pacientes participantes e não participantes do programa. Houve diferença estatística para a prevalência de cárie (73% das crianças fora do programa apresentavam lesões, contra 22% das crianças participantes) e no índice médio de dentes decíduos com experiência de cárie (Crianças fora do programa apresentavam $3,45 \pm 3,84$, contra $0,66 \pm 1,57$ das crianças participantes do programa). Concluíram que participar do programa interferiu positivamente na saúde bucal dos bebês.

2.3 - A realidade da saúde bucal de pacientes com deficiência e suas implicações

Segundo Grunspin (apud CAMPOS et al., 2009. pg. 1-2), pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico.

No contexto de promoção de saúde e qualidade de vida, o paciente com deficiência e sua família surgem como uma parcela da população até agora pouco assistida pelos projetos assistenciais do sistema de saúde brasileiro. Apesar do número impactante divulgado pelo IBGE após o Censo 2010, as ações preventivas direcionadas a esse grupo têm sido tímidas e não respondem à sua demanda crescente. O presente estudo faz uma breve revisão bibliográfica acerca das condições de saúde bucal do paciente com deficiência, com o objetivo de estabelecer a necessidade de atuação efetiva sobre essa população, de maneira a minimizar danos a sua saúde geral.

Veríssimo, Azevedo e Rêgo (2013) procuraram estabelecer o perfil odontológico de pacientes com deficiência assistidos em Hospital Pediátrico de uma

universidade pública brasileira e constataram que a condição de higiene oral foi insatisfatória em 86% das PNEs, 87,1% dos pacientes apresentam lesões cáries, 35,5% gengivite e 29,6% cálculo dentário. Essas condições, aliadas à respiração bucal normalmente observada nesses pacientes compõem um quadro odontológico preocupante. Esses autores concluíram que a observação precoce de agravos à saúde bucal e a quantificação desses problemas é pertinente pelo fato de servir como subsídio para a implementação de novas políticas públicas de saúde.

No interior baiano, foi estabelecido por Santos e colaboradores (2014), o perfil odontológico dos pacientes com deficiência. Foram evidenciados elevados índices de cárie, doença periodontal e edentulismo, pobre higiene bucal e alto índice de traumas.

Oliveira e colaboradores (2013), no Ceará, encontraram, em sua pesquisa, 87,5% dos pacientes com deficiência apresentando cárie ativa, além de 50,9% portadores de cálculo dentário.

Em Barros Cassal (RS), Lazaretti, Rigo e Fernandes (2013), encontraram índices semelhantes: mostraram que a experiência de cárie dentária (88,2%) foi o índice mais alto encontrado, seguido de problemas periodontais (61,5%) e elevada presença de dor/infecção (47,1%). Concluíram ser necessário encaminhar e tratar urgentemente esses indivíduos com deficiência para resolução dos problemas bucais, com impacto positivo sobre sua saúde geral e qualidade de vida.

Araújo (2000), pesquisando crianças portadoras de Síndrome de Down na região de Cuiabá MT, comprovou que esta criança é susceptível à cárie dentária e sugeriu que a primeira visita ao consultório odontológico ocorra antes do primeiro ano de vida, reforçando a necessidade de medidas preventivas.

Pereira e colaboradores (2008) fizeram uma avaliação das condições estomatológicas de pacientes portadores de Hidrocefalia Congênita e constataram uma prevalência maior de língua saburrosa, língua fissurada, freio labial teto persistente e atraso de erupção dentária. Observaram, nessas crianças, condições de saúde bucal menos satisfatórias que em crianças saudáveis, sugerindo que as mesmas compõem um grupo de pacientes portadores de necessidades especiais.

Posto que, segundo o CENSO 2010 (BRASIL, 2012), 45.606.048 brasileiros (23,9% da população total) têm algum tipo de deficiência – visual, auditiva, motora e mental ou intelectual – faz-se necessário que ações de proteção à sua saúde sejam empreendidas pela sociedade de uma maneira incondicional. Tanto o setor público como o privado têm falhado em estabelecer condutas que efetivamente levem ao pleno exercício do direito constitucional à Saúde do paciente com deficiência.

No tocante à saúde bucal, o que se propõe é que se faça uso da filosofia educativa da Odontologia do Bebê nas ações preventivas necessárias ao controle das afecções bucais do paciente com deficiência, com ganhos previsíveis e perenes.

2.4 - A Andragogia como ferramenta facilitadora no Programa Odontologia do Bebê com Deficiência.

A Andragogia se refere à Aprendizagem de Adultos e foi originalmente definida por Knowles (1980) como *a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender*, em contraposição com a Pedagogia, conceituada como *a arte e a ciência de ensinar as crianças*.

Segundo Knowles (1980), os educadores de adultos do passado eram considerados “aqueles que educam adultos” no sentido de transmitir-lhes o conhecimento que eles deveriam ter e levá-los a aprender. A clientela dessa educação para adultos consistia principalmente de pessoas desprivilegiadas e sua missão era levá-los a uma condição mediana. Atualmente os educadores de adultos são considerados agentes de mudança e sua clientela envolve todo tipo de indivíduo, instituição ou comunidade. Sua função passou paulatinamente, de um caráter mediador para um desenvolvimentista, através do exercício de potencialidades adormecidas no adulto aprendiz.

O modelo andragógico, segundo Chotguis (1999), é baseado em pressupostos que são diferentes daqueles do modelo pedagógico, a saber:

1. A Necessidade de Saber. Antes de se dispor a aprender, o adulto tem necessidade de entender o significado daquele conhecimento e os benefícios que advirão de seu esforço. Há que existir uma aplicação prática e imediata dos saberes pretendidos na vida do aluno adulto, seja pelos benefícios ou pelas consequências negativas. Refere-se à significância do processo de aprendizado.

2. Autoconceito do Aprendiz ou Auto direcionamento: O aluno adulto quer se sentir menos dependente do planejamento feito por outros e quer ver seu arsenal de experiências contribuindo para o aprendizado. Há uma necessidade psicológica do adulto em ser visto e tratado pelos outros como sendo capaz de auto direcionar-se e de escolher seu próprio caminho.

3. O Papel das Experiências dos Aprendizes. A aprendizagem se dá através da troca de experiências entre os aprendizes e o facilitador, em clima de cooperação e colaboração. A prática andragógica trata a transação aprender/ ensinar como de mútua responsabilidade do aprendiz e do facilitador, numa interação emocional e intelectual, que resulta em crescimento para ambos. Daí a necessidade do estabelecimento de um clima de comprometimento e confiança.

4. Prontos para Aprender. Adultos estão prontos para aprender coisas que consideram necessárias, com o objetivo de resolver efetivamente situações concretas de sua vida real, numa perspectiva imediatista da aplicação da aprendizagem, eles se esforçam para aprender em resposta a pressões de seu cotidiano. Para os adultos educação é um processo de melhora na sua habilidade de resolver problemas. Tendem, portanto, a entender a atividade educativa como uma prática envolvida na solução de problemas e na melhoria de performance.

5. Orientação para Aprendizagem. O foco da Andragogia está nos problemas e tarefas rotineiros na vida do adulto, em contraste com a orientação cen-

trada no conteúdo própria da aprendizagem das crianças. A aprendizagem é uma experiência ativada pelo aprendiz e acontece dentro dele.

6. Motivação. Motivadores externos (melhor emprego, promoção, maior salário, etc.) se somam a potentes pressões internas (o desejo de crescente satisfação no trabalho, auto estima, qualidade de vida, etc.) para oportunizar o empenho do aprendiz adulto. A busca do crescimento e do desenvolvimento é o padrão de comportamento normal do ser humano.

De acordo com Dewey (1933), a aprendizagem acontece numa situação na qual os aprendentes estão confusos, em dúvida ou enfrentando um problema que os faz parar para pensar, gerando um fluxo: situação- problema- reflexão questionadora- nova situação.

Esta situação de confusão e dúvida é uma constante quando se focaliza a família de bebês com deficiência. A realidade nova que se estabelece, de maneira definitiva, na sua rotina a obriga a enfrentar novos desafios e necessidades.

A desestruturação familiar que se segue à descoberta do problema, acrescida da necessidade quase que imediata de tratamento médico, fisioterapêutico, fonoaudiológico, entre outros, fazem com que seja comum a demora no encaminhamento deste paciente para tratamento odontológico. Soma-se a isso a ideia preconcebida de que os cuidados odontológicos nesses casos são impossíveis e o fato de profissionais que detém o primeiro contato com a criança não estarem atentos a saúde bucal e a necessidade de atendimento odontológico precoce. A abordagem precoce prioriza aspectos preventivos e, no caso de pacientes deficientes, adquire maior importância devido às limitações médicas, físicas e sociais associadas (SCHMIDT, 1988, p. 654).

Esta situação concreta de necessidade de atenção especializada facilita a sensibilização do pai/cuidador e é o cenário propício às práticas andragógicas. Através de encontros coletivos, os pais têm a oportunidade de se identificar com outros pais em situação semelhante, compartilhando experiências e estabelecendo um clima de cooperação com a equipe de saúde. O conhecimento dos processos bucais, bem como das vantagens do comprometimento familiar no controle da saúde do bebê é favorecido pela significância dessa aprendizagem no dia-a-dia da criança. Nas consultas individuais o direcionamento da aprendizagem é feito pelos próprios pais que, face ao problema, se mostram prontos para aprender e motivados internamente.

O foco da Andragogia está no questionamento de problemas rotineiros da vida e no estabelecimento de tarefas práticas para debelá-los. O aprendente quer experimentar a sensação de que cada conhecimento fará diferença em sua vida e torna-se, assim, sujeito e não objeto da educação. Na experiência “Odontologia para Bebês com Deficiência”, os aprendentes se sentem desafiados pela realidade concreta das limitações inerentes à deficiência e se comportam como agentes ativos de mudança.

Considerações finais

Como aluna do Curso de especialização em Docência Universitária e envolvida desde sempre em questões relacionadas à Educação em Saúde, experimentei uma sensação próxima à epifania quando fui apresentada à Andragogia e suas premissas.

A Andragogia ou Aprendizagem de Adultos se dá através do desvelamento da realidade a partir de um contexto de relevância na vida do aprendente. No caso das ações em saúde, a problematização de questões concretas levará o paciente a querer compartilhar sua bagagem pessoal de conhecimentos e valores e será a base para o desenvolvimento de um processo ativo de aprendizagem que responderá a questões práticas de seu dia-a-dia. Sob um clima propício, o conhecimento pretendido se dará como resultado de um processo de cooperação e colaboração estabelecido entre o aprendiz e o facilitador, numa relação centrada no aprendiz e suas necessidades, reconhecidas por si mesmo.

A plataforma de atenção odontológica voltada para o atendimento de crianças de 0-36 meses (Odontologia do Bebê), já amplamente referida neste artigo, se mostra integralmente adaptável à realidade do Bebê com deficiência, especialmente se for oportunizada em grupos com apoio multidisciplinar. Esforços das instituições deverão ser empreendidos para a apropriada capacitação desses profissionais, já que o projeto depende de suas habilidades técnicas e humanitárias.

A chave da questão está na atuação dos Pais/Cuidadores que, através de um processo educativo consistente, passam a reconhecer seu papel no processo Saúde/Doença e se sentem com autonomia para defini-lo. As premissas do ensino andragógico devem ser consideradas para que sejam oportunizados o conhecimento e o comprometimento dos pais na manutenção da saúde bucal de seus filhos.

A chance está nas mãos dos profissionais de saúde e gestores que, conhecendo as limitações do paciente com deficiência, suas necessidades e direitos, têm o dever de reconhecer em estratégias como a “Odontologia do Bebê” oportunidades de melhoria em sua qualidade de vida.

*“Admito que o deficiente seja vítima do destino,
mas não posso admitir que
seja vítima também de nossa indiferença”.*
John Kennedy

Referências:

ARAÚJO, Norma Cristina Bohler Iglesias. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de Síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. *JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebÊ*; 3(12): 147-57, mar.-abr. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 63p. Disponível em http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência.** Brasília, DF, 2012.

CAMPOS et al. **Manual Prático para o Atendimento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais.** Universidade Federal de Goiás, 2ed. Goiânia, 2009. Disponível em: http://portais.ufg.br/uploads/133/original_Manual_corrigido-.pdf. Acesso em: 20 de dez. 2015.

CASTAÑO DE CASARETTO, Haydée. Caries de la temprana infancia. *Rev Asoc Odontol Argent*; 96(3): 213-218, jun.-jul. 2008.

CHOTGUIS, J. **Andragogia: arte e ciência na aprendizagem do adulto.** 1999. Disponível em <http://www.logisticaversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/andragogia.pdf>. Acesso em 30/10/2015.

COSTA, M. E. P. R. da. **Avaliação de um Programa de Promoção de Saúde Bucal em bebês e pré-escolares no município de Carmo de Minas-MG.** 2002. 227 p. Tese (doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CRUZ, Ana Amélia Gomes; GADELHA, Clara Germana Ferreira; CAVALCANTI, Alessandro Leite; MEDEIROS, Paula Franssineti Vasconcelos. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*; 4(3): 185-189, set.-dez. 2004.

DEWEY, J. **Experience and education.** New York: Collier Books, 1933.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.** São Paulo: Santos, 2005

FERREIRA, Jainara Maria Soares; SILVA, Simone Ferreira da; ARAGÃO, Ana Karla Rammalho de; DUARTE, Ricardo Cavalcanti; MENEZES, Valdenice Aparecida de. Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. *Pediatr. mod*; 46(6)nov.-dez. 2010.

FIGUEIREDO, Marcia Cancado. La importancia de incluir a los niños en el primer año de vida en los proyectos de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés.

Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq; 19(2): 5-12, ene.-jun. 2008.

FIGUEIREDO, Márcia Cancado; ROSITO, Daniela Benites; MICHEL, Jorge Artur. Avaliação de 7 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativa, preventiva e restauradora. *JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. Bebê*; 1(2): 33-40, abr.-jun. 1998.

FRACASSO, Marina de Lourdes Calvo; RIOS, Daniela; PROVENZANO, Maria Gisette Arias; GOYA, Suzana. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. *J. appl. oral sci*; 13(4): 372-376, Oct.-Dec. 2005.

GUARIENTI, Cinthya Aline; BARRETO, Vanessa Constant; FIGUEIREDO, Márcia Cançado. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**; 9(3): 321-325, set.-dez. 2009.

GUSSO, Cintia Mara; FRAIZ, Fabian Calixto. Percepção das gestantes sobre a saúde bucal de seus futuros bebês - Araucária - **PR. JBP rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol. bebê**; 9(47): 66-72, jan.-fev.2006.

HANNA, Leila Maués Oliveira; NOGUEIRA, Antônio José da Silva; HONDA, Vanna Yumi Souza. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**; 55(3): 271-274, jul.-set. 2007.

KNOWLES, M. **The modern practice of adult education: from pedagogy to Andragogy**. Englewood Cliffs: Cambridge, 1980.

KNUPP, R. R. de S. **Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal**. 2005. 134p. Tese (Doutorado)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/895/634>.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa-PR**. 2002. 77 p. Dissertação (mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

KUHN, Eunice; WAMBIER, Denise Stadler. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**; 7(1): 75-81, jan.-abr. 2007.

LAZZARETTI, Dieison Nardi; RIGO, Lilian; FERNANDES, Lauren Fioreze Torres. Avaliação da condição bucal em pacientes com necessidades especiais. **Full dent. sci**; 4(14): 313-318, jan.-mar. 2013.

LEMOES, Letícia Vargas Freire Martins; ZUANON, Angela Cristina Cilense; MYAKI, Silvio Issão; WALTER, Figueiredo. Experiência de cárie dentária em crianças atendidas em um programa de Odontologia para bebês. **Einstein** (São Paulo); 9(4)out.-dec. 2011.

MEDEIROS, Urubatan Vieira de. Atenção odontológica para bebês. **Rev Paul Odontol**; 15(6): 18-20, 22-3, 26-7, nov.-dez. 1993.

MOARES, Antônio Bento Alves de; POSSOBON, Rosana de Fátima; ORTIZ, Cátia Elvira. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. **Pesqui Odontol Bras**; 14(3):287-93, jul-set. 2000.

OLIVEIRA, Francisco Artur Forte, et al. Avaliação das doenças orais em uma população de pacientes com necessidades especiais. **RGO**; 61(1) abr.-jun. 2013.

PALMA, Camila; GARCÍA, Cristina; GONZÁLEZ, Yndira. Prevención de caries dental en niños menores de 3 años. **Pediatr. catalan**; 69(4): 200-205, jul.-ago.2009.

PEREIRA, Carlos Umberto, et. al. Avaliação das Condições Estomatológicas de Pacientes Portadores de Hidrocefalia Congênita. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**; 8(1): 15-20, jan.-jun.2008.

SANTOS, Maria Lima et. al. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. *Rev. baiana saúde pública*; 38(1)jan.-mar. 2014.

SCHMIDT, M. G. Pacientes Especiais Portadores de Deficiências Psicomotoras. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Odontopediatria na Primeira Infância*. 1 Ed. São Paulo: Santos, 1988. P. 645-663.

STOCCO, Geraldo; BALDANI, Marcia Helena. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil).

Ciênc. saúde coletiva; 16(4): 2311-2321, abr. 2011.

VERÍSSIMO, Aretha Heitor; AZEVEDO, Isabelita Duarte; RÊGO, Delane Maria. Perfil Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais Assistidos em Hospital Pediátrico de uma Universidade Pública Brasileira. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*; 13(4)dez. 2013.

* Irinea de Paiva Gontijo:

Currículo: <http://lattes.cnpq.br/5472574188045941>