

Motivação, cooperação e comunicação na promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie

Motivation, compliance and communication in oral health promotion and prevention carie disease

Gilvanele Cardoso Alves¹
Marcia Maria Vendiciano Barbosa
Vasconcelos²

RESUMO

O objetivo do presente trabalho constituiu-se de um estudo sobre motivação, cooperação e comunicação na promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie. Para tanto buscou-se destacar as ações da Odontologia Coletiva, suas raízes históricas e evolução, o papel das mães, dos agentes de saúde e o uso do flúor numa perspectiva de prevenção. Quanto à promoção de saúde bucal salientou-se a necessidade de uma maior integração entre a Odontologia e a Medicina Pediátrica, além da atuação do Cirurgião-Dentista direcionada a promover a educação e a motivação dos pacientes. Neste contexto foi realizada uma revisão de literatura utilizando-se bases de dados como LILACS, MEDLINE, SCIELO, bem como livros, dissertações e teses. A partir do estudo constatou-se que nas últimas décadas houve uma significativa redução na ocorrência da doença cárie devido à adoção de algumas medidas, tais como: a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de flúor nos dentífricos, as alterações no padrão de consumo de açúcar, a melhora da higiene pessoal, incluindo a escovação, e o maior acesso à informação e à educação. Além disso, verificou-se que a prevenção é a maneira mais econômica e eficaz de se evitar o aparecimento e desenvolvimento da doença cárie e que a educação e a motivação ocupam lugar de destaque.

Palavras-chave: Cárie; Prevenção; Promoção de saúde bucal

ABSTRACT

The objective of this work consisted of a study on motivation, cooperation and communication in promoting oral health and disease prevention caries. For both trying to highlight the actions of Dental Collective, its historical roots and evolution, the role of mothers, health workers and the use of fluoride in the perspective of prevention. As for the promotion of oral health stressed the need for greater integration between the Pediatric Dentistry and Medicine, in addition to the performance of the Surgeon-Dentist targeted to promote education and motivation of patients. In this context was held a review of literature using the databases as LILACS, MEDLINE, SCIELO, as well as books, theses and dissertations. From the study it was found that in recent decades there has been a significant reduction in the incidence of caries disease due to the adoption of certain measures, such as: the fluoridation of water for public supply, the addition of fluoride in dentifrices, changes in the pattern of consumption of sugar, improved personal hygiene, including brushing, and greater access to information and education. Moreover, it was found that prevention is the most economical and effective way to prevent the emergence and development of the disease and caries that education and motivation occupy place of prominence.

Key words: Caries; Prevention; Promotion of oral health

1 – Cirurgiã-dentista
2 – Profa. Depto. Clínica e Odontologia Preventiva UFPE, Recife-PE, Brasil

Correspondência:
Márcia Vasconcelos
Av. Prof. Moraes Rego 1235
Cidade Universitária, Recife-PE
CEP:50670-901
e-mail:marciavendiciano@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as seqüelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. A atenção odontológica em idades precoces

torna-se, dessa forma, uma importante estratégia na redução das seqüelas das doenças bucais mais prevalentes e do custo do tratamento destas¹.

A aquisição de bactérias cariogênicas pelos bebês se faz pelo contato da criança com o ambiente familiar, sendo as mães, possivelmente, as maiores fontes de contaminação². Em decorrência disso, inúmeros programas de assistência materno-infantil foram implementados³.

A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a

reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na auto-estima⁴. No caso específico da promoção de saúde em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal para a saúde geral de seus filhos⁵.

Tendo em vista o bem-estar do indivíduo, e particularmente a saúde integral da criança, sem a setorizar, torna-se evidente a importância da interdisciplinaridade entre a Pediatria Médica e a Odontológica⁶.

Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença do Cirurgião-Dentista com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capaz de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal⁷.

O propósito do presente trabalho foi apresentar através de uma revisão de literatura, hábitos positivos que motivam e cooperam com as atitudes que levam a promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie.

REVISÃO DE LITERATURA

A cárie dentária é uma doença crônica resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários proveniente da produção de ácidos produzidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta⁸.

A sacarose é o alimento cariogênico mais importante e mais amplamente utilizado pelo homem⁹. Outros açúcares envolvidos na cariogênese são a glicose e a frutose, encontrados no mel e nas frutas. Uma simples exposição aos alimentos cariogênicos não é fator de risco para cárie, e sim o freqüente e prolongado contato desses substratos com os dentes¹⁰.

Os principais microorganismos causadores da cárie são os estreptococos do grupo mutans, especialmente o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus*. Esses patógenos são capazes de colonizar a superfície do dente e produzir ácidos em velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme em ambiente abaixo do pH crítico (menor que 5,5), permitindo a dissolução do esmalte¹¹.

Outros microorganismos envolvidos, como os lactobacilos, encontram-se associados à progressão de uma lesão já instalada, e não à iniciação da cárie

propriamente dita¹².

A cárie é considerada uma doença infecto-contagiosa, multifatorial, desencadeada por três fatores individuais primários: microorganismos cariogênicos, substrato cariogênico e hospedeiro (ou dente) suscetível¹³.

Assim, a cárie começa com a infecção primária pelos estreptococos, seguida pelo acúmulo destes dentro do biofilme em concentrações patogênicas, secundária à exposição freqüente e prolongada a uma dieta cariogênica. Por fim, a fermentação de açúcares pelos estreptococos no interior da placa dental causa a desmineralização do esmalte, resultando na cavitação das estruturas dentárias¹⁴.

Esses fatores interagem num determinado período de tempo, levando a um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização entre a superfície dentária e a placa (biofilme) adjacente. Os fatores de risco do hospedeiro (ou dente) para o desenvolvimento de cáries são: esmalte pós-eruptivo ainda imaturo; presença de defeitos no esmalte, caracterizados especialmente pela hipoplasia, morfologia e características genéticas do próprio dente (tamanho, superfície, profundidade de fossas e fissuras); e apinhamento dentário¹⁵.

Partindo da Odontologia que era feita no passado, quase que exclusivamente mutiladora e reparadora, juntamente com os novos conhecimentos científicos adquiridos na década de 60, em relação aos fatores causais da doença cárie, ficou claro que a forma como estava sendo concebida a Odontologia, não se conseguiria atingir a saúde bucal, e a partir daí começou a surgir no Brasil uma nova forma de se ver a odontologia, que teve início em 1960. A Odontologia Preventiva seduziu inicialmente apenas alguns setores universitários. Mas passou por muitas críticas, a ponto de ser vista como "coisa de poetas" ou ainda "coisa de comunistas" até que nos anos 80, com o desenvolvimento de novos conhecimentos, e a absorção da experiência de outros países, foram quebradas as barreiras por aqui¹⁶.

A Odontologia, como as demais ciências da área da saúde, passou por várias etapas na sua trajetória, iniciando com o empirismo, na idade antiga, passando pelo pré-cientificismo nos séculos XVI e XVII, até o surgimento de escolas especializadas na prática odontológica, iniciando assim a fase Científica. Na idade antiga, a Odontologia era praticada em diversas civilizações, fato

confirmado em achados arqueológicos. Os primeiros terapeutas dentais eram médicos, mas já na Idade Média os cirurgiões-barbeiros europeus se especializavam no tratamento de dentes. Estes profissionais trabalhavam à custa de tentativas e erros, e também por observação, e suas terapêuticas e diagnósticos eram baseados em rituais mágicos e religiosos¹⁷.

Em 1728, na França, Piérre Fauchard (1678-1761) publicou a obra: *Le Chirurgien Dentiste au Traité des Dents*, que revolucionou a Odontologia, inovando conhecimentos, criando técnicas e aparelhos, falando a respeito de prevenção e tratamento da cárie dentária e da doença periodontal. Pierre foi considerado "o pai da Odontologia moderna". Foi a partir do prestígio de Pierre que a Odontologia começou a ganhar destaque como especialidade cirúrgica, fazendo com que essa prática ganhasse credibilidade em relação àquela praticada pelos conhecidos "tiradores de dentes". Nas últimas décadas desse século, no Brasil, Joaquim José da Silva Xavier (1746-1792) praticou a Odontologia e sua contribuição é histórica para o país, tendo recebido o codinome de Tiradentes, sendo considerado o patrono da Odontologia no país¹⁸.

Mas os conceitos da Odontologia Preventiva foram assimilados de forma incorreta, pois dos anos setenta aos oitenta tivemos a Odontologia Curativa, e o modelo vigente era o cirúrgico restaurador. O uso indiscriminado do selante é uma versão moderna do conceito da necessidade de obliterar sulcos e fissuras para impedir o desenvolvimento de lesão nesta superfície. Já dos anos oitenta aos noventa tivemos métodos isolados de prevenção em nível individual. Como os dentistas estavam acostumados a passividade dos pacientes, passaram a dar prioridade às medidas preventivas voltadas para o atendimento individual, sendo privilegiadas ações como: aplicações tópicas de flúor, aplicação de selantes e profilaxias¹⁷.

Com os avanços das pesquisas na área de Cariologia e a melhor compreensão da dinâmica do processo saúde-doença, ficou clara a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe-criança, pois a ciência já comprovou que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os estreptococos cariogênicos estabilizam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes

decíduos¹⁹.

Sabe-se que, quanto mais precoce for a colonização bacteriana, maior será o risco de desenvolver lesões de cáries²⁰. Portanto, os pais devem ser alertados quanto às vias de infecção, para que práticas que possibilitem a transmissão de microrganismos cariogênicos sejam evitadas²¹.

A aquisição de bactérias cariogênicas pelos bebês se faz pelo contato da criança com o ambiente familiar, sendo as mães, possivelmente, as maiores fontes de contaminação. Uso de talheres, soprar a comida para esfriar, beijos nos lábios e uso em comum de escovas são algumas atitudes que possibilitam infecção².

Em decorrência dos fatos abordados, inúmeros programas de assistência materno-infantil foram implementados, tornando a importância do atendimento odontológico precoce, atualmente, fato consolidado e indiscutível³.

O estudo da distribuição e disponibilidade dos serviços de saúde bucal é definido por Pinto²² como um conjunto de atividades específicas desenvolvidas junto a uma clientela conhecida, identificada por possuir interesses e problemas em comum, circunscrita num espaço territorial ou em um ambiente definido, compreendendo todo o conjunto de ações de clínica básica, prevenção, educação e atividades correlatas.

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para inserção das ações de saúde bucal, por meio da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF)²³.

Observa-se, a partir da década de 70, uma significativa redução da prevalência de cárie dental, atribuída à expansão de medidas preventivas com o uso do flúor em países desenvolvidos e, posteriormente, em países em desenvolvimento, confirmada no Brasil nos levantamentos de 1988²⁴. Este fenômeno foi acompanhado da polarização da doença, isto é, a concentração da mesma em grupos desfavorecidos social ou economicamente²⁵.

A fluoroterapia é o conjunto de métodos de aplicação tópica profissional (soluções, géis e vernizes) e métodos tópicos domiciliares (dentifrícios e soluções). Enquanto os primeiros utilizam concentrações elevadas do halogênio em

baixa frequência, os últimos empregam concentrações reduzidas em alta frequência²⁶.

A fluoretação das águas de abastecimento público foi aplicada pela primeira vez no Brasil em 1953 no município de Baixo Guandu, Espírito Santo. Constituiu um meio coletivo importante para a prevenção da cárie dentária pelos resultados que produz: redução de aproximadamente 60% na prevalência da doença depois de 10 anos de utilização. Em 1974, o Congresso Nacional aprovou a lei federal n. 6.050, que determinou a obrigatoriedade da fluoretação dos municípios com estações de tratamento de água. Diversas entidades e órgãos defendem que a fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida ideal de saúde pública para a prevenção da cárie dentária, devido à sua eficácia, segurança e, principalmente, ao baixo custo. Esta medida exige, no entanto, o controle dos níveis de flúor pela Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano, realizado pelos serviços de saúde²⁷.

O flúor presente nos dentifrícios, desde 1989, é amplamente reconhecido como um dos responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil¹⁰.

A presença constante de flúor é indispensável para o reequilíbrio do meio bucal durante o processo desmineralização-remineralização²⁸.

A Carta de Otawa é considerada um dos documentos seminais do atual movimento da promoção de saúde, que se consubstancia em uma combinação de cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde²⁹.

O conceito de promoção de saúde vem se modificando nos últimos vinte anos, influenciado pelo reconhecimento das limitações do conceito de saúde como a ausência de doença e da abordagem tradicional da atenção à saúde. Atualmente, apresenta-se como uma estratégia inovadora, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população³⁰.

Um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas sem limitar-se às atividades curativas. A

adequação do meio bucal caracteriza-se em atividade clínica que consiste no selamento de cavidades abertas, remoção de fatores retentivos de placa como excessos ou falhas em restaurações, remoção de cálculo, profilaxia e aplicação de flúor³¹.

A Odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as seqüelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. A atenção odontológica em idades precoces torna-se, dessa forma, uma importante estratégia na redução das seqüelas das doenças bucais mais prevalentes e do custo do tratamento destas¹.

Tem-se preconizado que a idade ideal para a primeira consulta odontológica é entre 6 e 12 meses, na época de erupção do primeiro dente decíduo^{32,33}. Tal indicação se justifica pela importância do atendimento odontológico em idades precoces, que tem o intuito de facilitar o estabelecimento de hábitos saudáveis, além de servir como uma oportunidade fundamental para avaliação do desenvolvimento crânio-facial e todos os fatores de risco comuns a que uma criança possa estar exposta^{34,35}.

Baldwin³⁶ nos lembra que as relações entre a estética e a saúde oral, particularmente, a saúde dental são complexas, e envolvem dimensões sociais, culturais e psicológicas. Mas é importante salientar, que a estética dentária se fundamenta em uma base mais sólida: a melhora geral da saúde dentária. É muito importante ver a Odontologia em uma perspectiva de promoção de saúde, não apenas cuidando da saúde bucal, mas sim do indivíduo, com os seus medos, angústias e prazeres, ou seja, de uma forma integral.

A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na auto-estima³⁷.

O trabalho educativo com crianças na fase escolar é mais produtivo, pois, estas são mais receptivas, aprendem mais rapidamente, facilitando o ensino de hábitos adequados, principalmente aqueles relacionados à saúde bucal³⁸.

Couto, Couto, Duarte³⁹ efetuaram uma revisão completa sobre as pesquisas

realizadas com programas e recursos didáticos que visam a motivação/educação para prevenção das doenças periodontais e da cárie e afirmaram que a literatura odontológica mostra que a motivação direta é a maneira mais eficiente para modificar o comportamento do paciente e levá-lo a exercer um controle satisfatório do biofilme dental.

A escola é o local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois permitem que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que por algum motivo não tem acesso aos cuidados profissionais particulares⁴⁰.

A educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levem o paciente e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros⁴¹.

É essencial verificar se os pais têm a capacidade de ouvir e assimilar as recomendações, diagnosticar se há neles vontade de mudar e se as orientações oferecidas são capazes de proporcionar o nível de conhecimento necessário para que os novos comportamentos se instalem com firmeza⁴².

A motivação dos pais ou cuidadores (avós, babás, etc.) constitui-se na única maneira do Cirurgião-Dentista conseguir a readaptação de hábitos e isto é um desafio, uma vez que o comportamento errado foi por eles mesmos introduzido⁴³.

Podemos dizer que dos anos 90 até a presente data, o que se tem visto na Odontologia, é um lento, mas constante caminhar, no sentido de incorporar o conceito de Promoção de Saúde em sua forma de lidar com a saúde bucal^{17,44}.

Com a mudança de paradigma da prática odontológica, de curativista para promotora de saúde, a educação passou a exercer um papel fundamental. Ao longo dos anos, foram desenvolvidos inúmeros programas de educação em saúde bucal para o ambiente escolar e clínico. Estes programas utilizaram uma gama de métodos educacionais e materiais projetados para conscientizar e melhorar o conhecimento sobre saúde bucal⁴⁴.

No caso específico da promoção de saúde em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal para a saúde geral de seus filhos⁵.

Ao tratar a doença cárie, o profissional trabalha com variáveis sobre as quais não detém o controle total. Por mais que o conhecimento científico disponível permita uma abordagem precisa e baseada em evidências, na cárie há componentes fundamentais que não são atingidos por agentes terapêuticos específicos ou solucionados em uma única consulta odontológica, como dieta e higiene bucal. Por influenciar positiva ou negativamente o curso da doença, estes fatores precisam ser trabalhados seriamente, ancorados na motivação e educação para saúde durante todas as fases do tratamento da doença: na fase inicial, para o controle da infecção; na fase intermediária, para obtenção do equilíbrio bucal e estabilidade do quadro; e na fase de manutenção, para evitar recidivas²⁸.

Há uma necessidade de maior integração entre a Odontologia e a Medicina Pediátrica para que esses profissionais estejam aptos a realizar algumas avaliações, dar instruções de dieta e higiene bucal, prescrever flúor se necessário e encaminhar o paciente ao Cirurgião-Dentista, em idade adequada⁴⁵.

O Médico Pediatra é o primeiro profissional da área da saúde a se relacionar com a criança e sua família, possui maior contato com os mesmos durante os primeiros anos de vida de seu paciente, e tem a confiança e receptividade dos pais em suas palavras e orientações^{46,47}.

Tendo em vista o bem-estar do indivíduo, e particularmente a saúde integral da criança, sem a setorizar, torna-se evidente a importância da interdisciplinaridade entre a Pediatria Médica e a Odontológica⁶.

A cavidade bucal é excluída, pela Medicina, de sua área de competência, especialmente quando são consideradas as suas doenças de maior prevalência, como a cárie e a doença periodontal⁴⁸. Em levantamento realizado por Campos et al.⁴⁹, apenas 33% dos pediatras estudaram a etiologia da cárie dentária durante o curso de Medicina.

Desenvolver a capacidade de ensinar é grande parte da função do Cirurgião-Dentista quando se deseja a saúde do paciente. Contudo, isto ocupa uma posição secundária para grande parte dos profissionais da área odontológica, contribuindo para que a população continue desconhecendo ou desvalorizando as

medidas preventivas que visam à manutenção da saúde da boca⁵⁰.

O Cirurgião-Dentista assume papel fundamental, pois tem responsabilidades sociais, já que sua função na sociedade não se restringe apenas a tratar⁵¹.

Tomando-se como referência os campos de ação propostos pela Carta de Otawa, as atribuições do dentista em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. O fortalecimento de ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a promoção de saúde bucal da população²⁹.

Tanto a adequação quanto à efetividade de medidas preventivas variam durante toda a vida de uma criança, e as recomendações devem ser norteadas pelas necessidades individuais de cada ser⁵².

Bijella⁴¹ também observou que a prática do Cirurgião-Dentista não deve se voltar apenas à dimensão técnica, curativa; precisa incorporar uma dimensão de educação em saúde bucal, fornecendo informações, orientações e desenvolvendo habilidades de cuidado por meio de métodos que mobilizem o cuidado com a saúde bucal, buscando no paciente um colaborador e não apenas o alvo do programa de prevenção.

As pessoas da comunidade são consideradas um recurso fundamental para a construção da saúde bucal. Nesse sentido, a contribuição básica é o envolvimento ativo da população em questões que ela conhece como ninguém, atuando na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados. Dessa forma, responsabiliza-se a população pela busca, promoção e proteção de sua própria saúde⁵³.

A utilização de agentes auxiliares de educação, como pais ou responsáveis e professores deve ser cada vez mais estimulada, no intuito de estabelecer uma condição adequada de saúde⁵⁴.

Os profissionais têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade⁵⁵.

Para que o Cirurgião-Dentista consiga promover a educação e motivação, faz-se necessária à utilização de estratégias e métodos adequados de motivação e, principalmente reforço das informações. A continuidade da motivação é que será

responsável pela sedimentação dos conhecimentos, caso contrário de nada adiantarão os esforços iniciais, pois estes irão se perder com o tempo⁵⁶.

Um dos princípios básicos da Odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, o Cirurgião-Dentista é convidado a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da Odontologia em saúde coletiva. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal. É necessário que o Cirurgião-Dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal⁷.

DISCUSSÃO

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry¹³, a cárie é uma doença infecto-contagiosa, multifatorial, desencadeada por três fatores individuais primários: microorganismos cariogênicos, substrato cariogênico e hospedeiro (ou dente) suscetível. Para Berkowitz¹⁴, a cárie começa com a infecção primária pelos estreptococos, seguida pelo acúmulo destes dentro do biofilme em concentrações patogênicas, secundária à exposição freqüente e prolongada a uma dieta cariogênica. Por fim, a fermentação de açúcares pelos estreptococos no interior da placa dental causa a desmineralização do esmalte, resultando na cavitação das estruturas dentárias.

De acordo com Elias et al.¹⁷, em 1960 começou a surgir uma nova forma de ver a Odontologia, devido aos novos conhecimentos científicos em relação aos fatores causais da doença, buscava-se atingir a saúde bucal. Para Maltz, Carvalho⁵⁷, os conceitos da Odontologia

Preventiva foram assimilados de forma incorreta, pois dos anos setenta aos oitenta tivemos a Odontologia Curativa, e o modelo vigente era o cirúrgico restaurador.

Segundo Caufield, Cutter, Dasanayake¹⁹, o binômio mãe-criança deve ser destacado, pois a ciência já comprovou que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os estreptococos cariogênicos estabilizam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes decíduos. Para Guedes-Pinto², o uso de talheres, soprar a comida para esfriar, beijos nos lábios e uso em comum de escovas são algumas atitudes que possibilitam a infecção.

Conforme Silva et al.²³, devido à necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para inserção das ações de saúde bucal, por meio da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF). De acordo com Pinto²⁵, tais ações são definidas como um conjunto de atividades específicas desenvolvidas junto a uma clientela conhecida, identificada por possuir interesses e problemas em comum.

Para Chibinski, Wambier²⁸, a presença constante de flúor é indispensável para o reequilíbrio do meio bucal durante o processo desmineralização-rem mineralização. Segundo Cruz²⁶, a fluoroterapia é definida como um conjunto de métodos de aplicação tópica profissional (soluções, géis e vernizes) e métodos tópicos domiciliares (dentifrícios e soluções). De acordo com Frazão²⁷, diversas entidades e órgãos defendem que a fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida ideal de saúde pública para a prevenção da cárie dentária, devido à sua eficácia, segurança e, principalmente, ao baixo custo.

Conforme Moyses, Watt³⁰, o conceito de promoção de saúde vem se modificando nos últimos vinte anos, influenciado pelo reconhecimento das limitações do conceito de saúde como a ausência de doença e da abordagem tradicional da atenção à saúde. Para Silveira, Oliveira, Padilha³¹, um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas sem limitar-se às atividades curativas. De acordo com Aerts, Abegg, Cesa⁷, um dos princípios básicos da Odontologia moderna é não intervir antes

que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Segundo Sheiham, Moyses⁵⁵, os profissionais têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade.

Segundo Ismail, Nainar, Sohn¹, a atenção odontológica em idades precoces é uma importante estratégia na redução das seqüelas das doenças bucais mais prevalentes e do custo do tratamento destas. De acordo com Hashim-Nainar, Straffon³²; Rayner³³, a idade ideal para a primeira consulta odontológica é entre 6 e 12 meses, na época de erupção do primeiro dente decíduo.

Para Saliba et al.⁴⁴, a mudança de paradigma da prática odontológica, de curativista para promotora de saúde, fez com que a educação exercesse um papel fundamental. Conforme Bijella⁴¹, a educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, atitudes e construção de valores que levem o paciente e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos outros. Segundo Couto, Couto, Duarte³⁹, a motivação direta é a maneira mais eficiente para modificar o comportamento do paciente e levá-lo a exercer um controle satisfatório do biofilme dental.

De acordo com Johnsen et al.⁵¹, o Cirurgião-Dentista assume papel fundamental, pois tem responsabilidades sociais, já que sua função na sociedade não se restringe apenas a tratar. Segundo Santos, Rodrigues, Garcia⁵⁶, para que o Cirurgião-Dentista consiga promover a educação e motivação, faz-se necessária a utilização de estratégias e métodos adequados de motivação e, principalmente reforço das informações. A continuidade da motivação é que será responsável pela sedimentação dos conhecimentos, caso contrário de nada adiantarão os esforços iniciais, pois estes irão se perder com o tempo.

CONCLUSÕES

Com base nos estudos dos autores que pesquisaram sobre o assunto, pode-se concluir que:

1. A cárie é considerada uma doença infecto-contagiosa, multifatorial, desencadeada por três fatores individuais primários: microorganismos cariogênicos,

substrato cariogênico e hospedeiro (ou dente) suscetível.

2. Inúmeros programas de assistência materno-infantil foram implementados, tornando a importância do atendimento odontológico precoce, atualmente, fato consolidado e indiscutível.

3. O estudo da distribuição e disponibilidade dos serviços de saúde bucal é pré-requisito indispensável para se planejar a organização de um serviço local de saúde bucal.

4. A presença constante de flúor é indispensável para o reequilíbrio do meio bucal. O flúor presente nos dentifrícios, desde 1989, é amplamente reconhecido como um dos responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil.

5. Um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas sem limitar-se às atividades curativas.

6. A atenção odontológica em idades precoces torna-se, dessa forma, uma importante estratégia na redução das seqüelas das doenças bucais mais prevalentes e do custo do tratamento destas.

7. Com a mudança de paradigma da prática odontológica, de curativista para promotora de saúde, a educação passou a exercer um papel fundamental. Foram desenvolvidos inúmeros programas de educação em saúde bucal para o ambiente escolar e clínico.

8. Há uma necessidade de maior integração entre a Odontologia e a Medicina Pediátrica para que esses profissionais estejam aptos a realizar algumas avaliações, dar instruções de dieta e higiene bucal, prescrever flúor se necessário e encaminhar o paciente ao Cirurgião-Dentista, em idade adequada.

9. É importante que o Cirurgião-Dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura. Este assume papel fundamental no contexto social, pois sua função não se restringe apenas a tratar. Ensinar é relevante quando se deseja a saúde do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ismail, AI, Nainar, SM, Sohn, W. Children's first dental visit: attitudes and practices of pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25:425-30.
2. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 7.ed. São Paulo: Santos, 2003.
3. Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1079-1086.
4. McKeown T. El papel de la Medicina. Sueño, Espejismo o Nemesi? México: Século XXI, 1982.
5. Alves UM, Volschan BCG, Haas NAT. Educação em saúde bucal: Sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004; 4(1):47-51.
6. Pastor IMO, Rocha MCBS. Integração da pediatria médica e odontológica na promoção da saúde: enfoque funcional do sistema estomatognático. *Rev Fac Odontol Unvers Fed Bahia* 2001; 23:74-80.
7. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ci Saúde Coletiva* 2004; 9(1):131-138.
8. Horowitz, HS. Research issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; S 1: 67-81.
9. Caufield PW, Griffen AL. Dental Caries. An infectious and transmissible disease. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47:1001-19.
10. Cury JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN, editor. *Odontologia restauradora. Fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos; p. 32-67, 2001.
11. McDonald RE, Avery DR, Stookey GK. Carie dentária na criança e no adolescente. In: McDonald RE, Avery DR, editores. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; p. 151-77, 2001.
12. Drestl DV, Waes HV. Prevenção coletiva, semicoletiva e individual em crianças e adolescentes. In: Waes HJMV, Stöckli PW, editors. *Odontopediatria*. Porto Alegre: Artmed; p. 133-50, 2002.
13. American Academy Of Pediatric Dentistry. Reference manual 2003-2004. *Pediatr Dent* 2003; 25:1-150.
14. Berkowitz RJ. Cause, treatment and prevention of early childhood caries. *J Can Dent Assoc* 2003; 69:304-307.
15. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004; 21(Suppl):S71-85.
16. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 113p, 1994.
17. Elias MS, Cano MAT, MEstriner JW, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev Latin-Am Enfermagem* 2001; 9(1):88-95.
18. Ring ME. *Dentistry. An illustrated history*. St. Louis: Mosby, 2001.
19. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants. Evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; 72:37-45.
20. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos três anos*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
21. Schalka MMS, Valente MH. Promoção de saúde bucal. In: Issler, H.; Leone, C.; Marcondes, E. (Coords). *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, p.115-129, 2002.
22. Pinto VG. A odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local. *RGO* 1996; 253p.
23. Silva, MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ci Saúde Coletiva* 2007; 12(5):1237-1246.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*, 137 p, 1988.
25. Pinto VG. *Saúde Bucal: odontologia social e preventiva*. 3. ed. São Paulo : Santos, 415 p, 1992.
26. Cruz RA. Considerações clínicas e laboratoriais sobre a reatividade de compostos fluoretados aplicados topicamente no esmalte dental humano. In: Kriger, L. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes

Médicas/ABOPREV, p.167-191, 1997.

27.Frazão P. Ciências sociais e saúde bucal, pp. 166-167. In C Botazzo & SFT Freitas (org.). Tecnologias em saúde bucal coletiva. EDUSC-Editora UNESP, Bauru-São Paulo, 1998.

28.Chibinski ACR, Wambier DS. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. *Pesq Bras Odontoped_Clin Integr* 2005; 5(3):281-290.

29.WHO (World Health Organization). Ottawa Charter on Health Promotion. Copenhagen:World Organization Regional Office for Europe, 1986.

30.Moyses S, Watt R. Promoção de Saúde Bucal – Definições, pp. 1-21. In YP Buischi (org.). Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. Ed. Artes Médicas, São Paulo, 2000.

31.Silveira JLGC, Oliveira V, Padilha WWNP. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(2):169-174.

32.Hashim-Nainar SM, Straffon LH. Targeting of the year one dental visit for United States children. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13:258-63.

33.Rayner JA. The first dental visit: a UK viewpoint. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13:269.

34.Böneckner MJ, Sheiham A. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Editora Santos; 2004.

35.Poulsen S. The child's first dental visit. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 264-265.

36.Baldwin DC. Appearance and aesthetics in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8(5):244-256.

37.Minayo MCS. Na dor do corpo, o grito da vida. In: Costa, N R. et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, v. 2, cap.3. p.75-99, 1989.

38.Lang P, Woolfolk MW, Faja BW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J Public Health Dent* 1989; 49(1):44-50.

39.Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente. *RGO* 1992; 40:143-50.

40.Loupe MJ, Frazier PJ. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J Am Dent Assoc* 1993; 107(2):229-34.

41.Bijella MFTB. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. *Cecade News* 1993; 1(1/2):25-28.

42.Freeman R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Brit Dent J* 1999; 187(6):307-312.

43.Ramos BC, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo, São Paulo*, v. 13, n. 3, p.303-311, jul./set. 1999.

44.Saliba NA, Pereira AA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RA. Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP. *Odontologia Clin Cientif* 2003; 2(3):197-200.

45.Miller RE, Rosenstein DJ. Children's dental health: overview for the physician. *Pediatr Clin N Am* 1982; 29:429-32.

46.Barroso SP, Miasato JM, Graça TCA. Avaliação da frequência de visitas ao pediatra x visitas ao odontopediatra em unidade básica de saúde do município de Niterói-RJ. 15 out. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos>. Acesso em: 18 jun. 2005.

47.Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14(1):39-45.

48.Maltz M, Lacerda P. Conhecimento do pediatra na área de saúde bucal. *Rev ABO Nac* 2001; 9(4):210-216.

49.Campos SFF. et al. Conhecimento de médicos pediatras e ginecologistas/obstetras sobre prevenção em odontologia para gestantes. *Rev Odontol UNICID* 2003; 15(3):173-82.

50.Medeiros UV. Saúde oral do escolar, análise do ensino de saúde oral, prevalência de cárie, doença periodontal e condições de H. O. dos escolares de 1º grau da cidade de Vitória - Estado do ES, Vitória. Dissertação de Mestrado em Odontologia Social - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Espírito Santo, 1983.

51.Johnsen DC, Gerstenmaier JH, Disantis TA, Berkowitz RJ. Susceptibility of nursing caries children to future approximal molar decay. *Pediatr Dent* 1986; 8(2):168-170.

52.Griffen AL, Goepferd SJ. Preventive oral health care in infant, child, and adolescent. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38(5):1209-1226.

53.Buss PM. Promoção da saúde: bases teórico-conceituais, pp. 2-45. In: PM Buss, JR Ferreira (orgs.). Promoção de saúde e a saúde pública. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1998.

54.Corona SAM. Avaliação dos índices de placa bacteriana e gengival após orientação sobre higiene bucal, junto a escolares do primeiro grau. Araraquara. [Tese de Doutorado - Faculdade de Odontologia de Araraquara], 1999.

55.Sheiham A, Moyses SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde, pp. 23-36. In YP Buischi (org.). Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. Ed. Artes Médicas, São Paulo, 2000.

56.Santos PA, Rodrigues JÁ, Garcia PPNS. Conhecimento Sobre Prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras* 2003; 6(1):67-74.

57.Maltz M, Carvalho J. Tratamento da doença cárie. In: Kriger, L. (Org). Promoção de saúde bucal. São Paulo: artes Médicas, p.95-111, 1997.