

## Saúde pública: a interferência de crenças, valores sociais e atitudes em odontologia preventiva para bebês\*

*Valquiria de Souza Djehizian\*\**

*Aracy Witt de Pinho Spínola\*\*\**

### Resumo

O objetivo foi identificar crenças e valores de mães de crianças pequenas. Foram entrevistadas 282 mães de crianças, de 0 a 4 anos de idade, utilizando-se de um protocolo de pesquisa com as mães, informadas sobre o trabalho e convidadas a participar, com anonimato e direito à desistência. As crianças tinham idade entre 6 e 48 meses; 70%, na faixa de 6 e 24. As mães tinham ensino médio completo. Aproximadamente, 95% tinham amamentado no peito; 67% consideravam o leite materno suficiente nos primeiros 6 meses. Após o desmame, 60% usavam leite Longa Vida; 80% não usavam adoçante, porque a criança aceitava bem o sabor natural; 20% pensavam em prevenir a cárie; 30% adicionavam farináceos ou achocolatados; 70% usavam leite; 95% davam suco de frutas, e 70% não adicionavam açúcar. A chupeta fora usada por 70%, como calmante e para interromper o choro; 40% das crianças usaram até 18 meses, ocasião em que 70% tinham abandonado. Os índices de dentes cariados extraídos e obturados foi de 0,23, e da prevalência de cárie igual a 6,03%, semelhantes a estudos recentes.

*Descritores:* saúde pública; odontopediatria; bebês; crianças; psicologia da saúde; psicologia preventiva; grupos operativos.

---

\* Artigo derivado da dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP.

\*\* Mestre em Saúde Pública pela FSP da USP.

\*\*\* Professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, orientadora.

Correspondência sobre este artigo pode ser enviada para Valquíria de Souza Djehizian.

E-mail: [djehizian13@aol.com](mailto:djehizian13@aol.com)

Recebido pela Comissão Editorial na reunião de 7/12/ 2004 com aprovação final em 22/2/2005.

## Collective health and belief influences, social values, and attitudes in preventive dentistry for infants

### Abstract

With the objective of identify beliefs and values of mothers of early children, 282 women, who had kids aged from 0,5 to 4 yrs, were interviewed, with aid of a protocol research. Mother was informed about this research and invited to participate, anonymously and right to give-up at any time. The children aged between 6 months and 4 yr; 70% between 6 and 24 months. All the mothers had completed the high school, and approximately 95% had breast-fed, and 67% considered the mother milk was enough for the baby during the first 6 months. After weaning, 60% used long life milk; 80% didn't use sweeten because children well accepted natural flavours; 20% thought of preventing cavity; 30% added cereal or chocolate flours; 70% used milk; 95% gave fruit juices, and 70% didn't use sugar. Dummy had been used by 70%, as calming and to interrupt crying; 40% of children had used rubber nipple until 18 months, occasion in which 70% had abandoned. Extracted and filled teeth rating was 0.23, and the prevalence of cavity was 6.03%, similar to those reported in recent papers.

*Index-terms:* public health; paediatric dentistry; infants; children; health care psychology; preventive psychology, operative groups.

## Salud publica: la interferencia de creencias, valores sociales y actitudes en odontología preventiva para bebes

### Resumen

El objetivo fue identificar creencias y valores de madres de niños pequeños. Fueron entrevistadas 282 madres de niños de 0 a 4 años de edad, utilizando un protocolo de investigación con las madres, informadas sobre la investigación e invitadas a participar, con anonimato y derecho de abandono. Los niños tenían edad entre 6 y 48 meses; 70% en la faja de 6 a 24. Las madres tenían educación secundaria completa. Aproximadamente 95% dieron de lactar, 67% consideraron la leche materna suficiente en los primeros 6 meses. Después del desmame, 60% usaron leche larga vida, 80% no usaron

edulcorante por aceptación del sabor natural del niño; 20% pensaron en prevenir la caries; 30% adicionaron farináceos ó achocolatados; 70% usaron leche; 95% dieron jugo de frutas y 70% no adicionaron azúcar. El 70% usaron el chupón como calmante y para interrumpir el llanto; y 40% de los niños lo usaron hasta 18 meses, cuando 70% lo abandonaron espontáneamente. Los índices de dientes cariados extraídos y obturados es de 0,23%, y la prevalencia de caries igual a 6,03%, resultados semejante a estudios recientes. *Descriptores:* psicología de la salud; salud colectiva; psicología preventiva; entrevista psicodiagnóstica; grupos operativos.

## Santé collective: l'interférence de croyances, valeurs sociales et attitudes en odontologie préventive pour les bébés

### Résumé

Le but a été d'établir l'influence de croyances, valeurs sociales et attitudes en odontologie préventive pour les bébés. Avec l'aide d'un protocole de recherche, 282 mères ont été entrevues, avec enfants parmi l'âge de 0 et 4 années. Elles recevaient des informations sur la recherche et ont été invitées à participer, de façon anonyme et avec le droit de démarrer à tout à l'heure. Les enfants avaient l'âge parmi les 6 et 48 mois et sa mère avait scolarité d'enseigne médian complète. À peu près 95% avaient allaité au sein; 67% considérait le lait maternel suffisant dans le premier 6 mois. Après le sevrage, 60% utilisait lait longue vie; 80% n'utilisait pas douceur parce que l'enfant acceptait bien la saveur naturelle: 20% pensait en prévenir la carie; 30% additionnait farines ou chocolats; 70% utilisait le lait; 95% fournait jus de fruits et 70% n'utilisait pas le sucre. La sucette avait été utilisée par 70%, comme calmante et pour interrompre le sanglot; 40% des enfants utilisaient jusque 18 mois, quand 70% avait abandonné. Les taux de dents avec cariés extirpés et plombés ont été de 0,23, et la prévalence de caries égale à 6,03%, semblable a des études récentes. *Mots-clés:* santé collective; psychologie préventive; entrevue psychodiagnostique; groupes opérationnels.

### Introdução

A odontologia, no final da década de 1960 e início de 1970, nos Estados Unidos, teve um movimento sobre o conceito chamado

“Odontologia Preventiva”, que envolveu uma parte dos dentistas e os programas dos cursos das faculdades de odontologia. Assim, conforme Moss (1996), o controle das doenças bucais parecia estar sob o controle dessa classe.

Na verdade, o que iniciou esse movimento foram as informações de áreas científicas, tais como físico-química, microbiologia oral e bioquímica nutricional. Pela primeira vez, poderia, se dizer que se sabia exatamente como acontecia o processo de formação da cárie dentária.

Em 1984, Walter (1995) e seus colaboradores iniciaram, no Brasil, uma prática de odontologia voltada para bebês, a partir da criação de uma clínica na Universidade Estadual de Londrina.

Inicialmente, essa clínica tinha como objetivo atender, apenas, às necessidades curativas. Posteriormente, esses pioneiros dessa prática da odontologia brasileira também implantaram um programa preventivo para bebês, para evitar a doença da cárie. Esse programa, também considerado pioneiro na América Latina, foi inspirado nos países da Escandinávia. Dentre os países escandinavos, podemos destacar a Suécia, cujo programa de saúde odontológica pôde comprovar a eficácia do atendimento precoce. Entretanto, também, pôde, se verificar que consultas feitas com largo intervalo de tempo não produziam resultados satisfatórios. Desse modo, é indicado que a intervenção odontológica deva começar aos seis primeiros meses de vida, com intervalos bi ou trimestral.

No município de São Bernardo do Campo, na área de prevenção odontológica, a Divisão de Saúde Bucal, criou, em 1986, o Programa de Prevenção à Cárie – P. P. C. – para atender crianças de 4 a 12 anos de idade, de níveis pré-escolar e fundamental, matriculadas em escolas municipais e estaduais.

Como não havia atendimento odontológico para crianças com menos de quatro anos de idade, a clientela chegava à pré-escola com a doença da cárie instalada.

Para evitar esse problema, houve a iniciativa da criação de um programa de odontologia, a fim de que a atenção odontológica começasse no primeiro semestre de vida da criança.

Assim, inspirado no programa de odontologia para bebês, da Universidade Estadual de Londrina, foi implantado, no município de São Bernardo do Campo, em 1994, o Programa de Odontologia Materno Infantil – Promi, que faz a prevenção odontológica de 0 a 4 anos de idade.

### Definição do problema

Apesar da evolução dos procedimentos preventivos na área da saúde, pouco é feito pelas instituições públicas para benefício da comunidade. Nesse sentido, a Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo tem se destacado como uma das pioneiras em prevenção de odontologia para bebês. Mesmo assim, muitas são as dificuldades encontradas, tanto por parte do profissional quanto por parte das mães dos bebês, população-alvo desta pesquisa. Dentre essas dificuldades, salientamos as barreiras culturais interpretadas como crenças e valores presentes nas pessoas envolvidas no processo e barreiras psicossociais representadas por atitudes comportamentais, referentes às variáveis identificadas por hábitos alimentares, uso de mamadeiras e, também, sucção sem fins nutricionais, tais como o uso da chupeta.

Este estudo procurou identificar de que modo as crenças, valores e atitudes comportamentais promovem hábitos culturais relacionados com as variáveis anteriormente citadas. Possivelmente, elas interferem na excelência dos resultados do programa preventivo de odontologia para bebês, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, do município de São Bernardo do Campo.

Assim, surgiu a pergunta:

Quais crenças, valores e atitudes que podem interferir nos resultados do programa de odontologia para bebês desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo?

### Hipóteses

A chupeta é uma crença da população, de maneira tal que se acredita que ao ser utilizada pelos bebês, traz aconchego e passa a ser calmante para a criança.

Alguns hábitos alimentares, como o uso de farináceos e/ou achocolatados no leite, entendidos pela população-alvo como fatores demonstrativos de *status*, atuam como barreiras para mudanças comportamentais.

### Justificativa

Tendo trabalhado de 1992 a 1995 no Programa de Prevenção à Cárie – P. P. C., e desde 1994, na coordenação do Programa de Odontologia Materno Infantil – Promi, ficamos envolvidos com os problemas existentes na área preventiva da odontologia em São Bernardo do Campo. Essa atuação profissional tem possibilitado observar que, para o sucesso do programa preventivo, há necessidade que novos hábitos sejam internalizados nas pessoas envolvidas nesse processo. Para tanto, é necessário que o odontólogo, no desempenho de seu papel, procure conscientizar a população-alvo, para que sejam colocados em prática os procedimentos por ele recomendados e, assim, conseguir êxito na prevenção de saúde bucal. Dentre as grandes categorias de barreiras para mudanças comportamentais, encontramos, de acordo com Foster (1962), as culturais, as sociais e as psicológicas. Este estudo tem como interesse identificar esses três tipos de barreiras, a fim de que elas sejam controladas, para que o programa preventivo de odontologia se processe em um público receptivo e conscientizado.

No que se refere às barreiras culturais, a pesquisa procura enfatizar que, se o odontólogo conhecer bem a cultura da comunidade e se estiver familiarizado com os processos de mudanças de hábitos que se pretende implantar, ele estará em condições de se antecipar às reações que poderão afetar o resultado desejado.

Dentre as barreiras sociais, é importante destacar os valores ligados a hábitos alimentares que parecem demonstrativos de *status* social, típicos de sociedades estratificadas.

Os aspectos fundamentais das barreiras psicológicas, por sua vez, referem-se aos problemas de percepção, compreensão e motivação por parte da população.

Desse modo, é preciso tratar a pessoa, compreendendo toda a

situação social que a envolve. Essa visão holística integra elementos de todos os níveis e permite desenvolver estratégias de ação para o êxito dos programas de saúde.

### Prevenção

Na prática da medicina preventiva, o profissional da saúde deve dar orientações aos pacientes, utilizando, para isso métodos capazes de motivar comportamentos adequados. Assim:

É particularmente importante inculcar no indivíduo sadio um forte desejo de permanecer bem, uma vez que ele está, em geral, menos motivado a seguir conselhos sobre saúde do que aquele que suspeita estar doente.

Sendo a saúde algo mais que a ausência de doença, é lógico que se tomem medidas adequadas para investigar os hábitos e costumes do indivíduo que tenham influência sobre sua saúde e orientá-los no sentido da promoção e da prevenção de doenças (Leavell & Clark, 1976, p. 19).

Vale salientar que, na medida que os horizontes se ampliam para a medicina preventiva, há necessidade de um maior número de profissionais para atuarem como uma equipe multiprofissional. Assim, teremos profissionais de várias áreas integradas, como enfermeiros, médicos, dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos entre outros.

A prevenção é abrangente e inclui a ação do profissional da saúde. Rouquayrol (1994, p. 18) conclui:

A este cabe uma importante parcela da ação preventiva: a decisão técnica, a ação direta e parte da ação educativa. O sucesso da prevenção em termos genéricos, na sua vertente de promoção de saúde com vistas a uma sociedade sadia, só parcialmente depende da ação dos especialistas. No coletivo, a ação preventiva deve começar ao nível das estruturas socioeconômicas.

Cabe ao profissional da saúde fazer a prevenção a partir do nível de conscientização da comunidade envolvida. Por isso, é impor-

tante que, para uma prevenção primária acontecer, deve haver uma prevenção de caráter estrutural, ou seja, começar no nível das estruturas políticas e econômicas.

O termo promoção de saúde foi usado, pela primeira vez, pelo ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá, em 1974. O documento foi um passo muito importante, porque foi a primeira vez, oficialmente, que um governo reconheceu que, para melhorar a saúde, seria preciso interferir nos aspectos da política pública que afetam os comportamentos relacionados com a saúde dos indivíduos.

Enquanto isso, segundo Pinto (2000, p. 295):

A Organização Mundial da Saúde também começou a contribuir para o desenvolvimento do novo movimento de promoção de saúde, sugerindo que esta deveria basear-se num modelo socioecológico, objetivando o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. A mudança de comportamento deve ser ligada à mudança socioeconômica [WHO, 1981].

Ainda, conforme Pinto (2000, p.295):

(...) a OMS explicitou seus princípios-chaves para a promoção de saúde: envolvimento da população como um todo no contexto de sua vida no dia-a-dia, ao invés de focar em pessoas com risco de doenças específicas; ação sobre determinantes da saúde para assegurar que o meio ambiente total, que está fora do controle dos indivíduos, conduza à saúde; utilização de diversos métodos como comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, e atividades locais espontâneas, contra agentes prejudiciais à saúde; e participação pública efetiva, encorajando as pessoas a acharem suas formas próprias de administrar a saúde de suas comunidades.

Fica claro que promoção de saúde é uma atividade no campo social e não um serviço médico, no qual os profissionais da saúde têm um papel fundamental de fomentar e facilitar a promoção de saúde.

Assim sendo, pode-se dizer que a meta na educação em saúde é segundo Pinto (2000, p. 295): “(...) tornar os indivíduos interna-



mente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção de saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis [Milio, 1983]”.

O autor ainda lembra que para se conseguir este objetivo, “(...) a promoção de saúde tenta modificar as normas da sociedade e o meio ambiente, de forma que estes se tornem mais favoráveis à obtenção da saúde” (p. 296).

### Prevenção em odontologia

Em 1994, a Inglaterra publicou uma Estratégia de Saúde Bucal, tendo como metas principais a diminuição da prevalência de cárie, em crianças de 5 e 12 anos, a diminuição de doenças periodontais, em adultos com mais de 45 anos, e a diminuição da perda de dentes em adultos.

Segundo Pinto (2000), ficou anunciado que, para se conseguir alcançar essas metas, a responsabilidade é primeiro do indivíduo, lembrando a importância do estilo de vida pessoal. Assim, a educação para saúde foi considerada essencial para aumentar o conhecimento e o entendimento da população. Também foi colocada como estratégia para, saúde a importância de os fabricantes de alimentos e da indústria farmacêutica observarem a composição dos seus produtos e substituírem açúcares cariogênicos por adoçantes menos prejudiciais, ou, até mesmo, eliminarem qualquer tipo de adoçante.

Schou e Blinkhorn (1993, apud Pinto, 2000) mostram uma série de conceitos de modelos de saúde, envolvendo o que eles chamam de teoria do comportamento social. O autor deixa claro que as crenças são as variáveis que modificam o comportamento humano para a prática de uma ação preventiva na saúde bucal, principalmente quando se fala em um estudo em que há envolvimento do comportamento nutricional.

Em 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá, estabeleceu-se um eixo norteador mundial para programas preventivos de saúde bucal, pelos quais realizou-se uma conferência sobre Promoção da Saúde (Moysés, 1997).

Segundo Weyne (1997), a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) no final da década de 1970, mostrou que a Nova Zelândia era o país, o que apresentava a melhor cobertura às necessidades

restauradoras da população escolar, entre 13 e 14 anos de idade. Paradoxalmente, 36% da população adulta era constituída de edêntulos, isto é, de pessoas sem dentes. Conseqüentemente, também era alto o índice do uso de próteses parciais e totais. Não havia valorização dos procedimentos preventivos e, portanto, não eram praticados.

Nas décadas de 60 e 70, muitos países desenvolvidos começaram a se dar conta de que os siderais volumes financeiros alocados para o tratamento das doenças cárie e periodontal, através de procedimentos operatórios, não produziam uma boa relação custo-benefício. Os estudos epidemiológicos mostravam que este tipo de atenção odontológica não era capaz de melhorar os níveis de saúde bucal das pessoas e, também, não reduzia a incontrolável demanda por serviços cirúrgicos-restauradores (Weyne, 1997, p. 15-16).

A partir desse momento histórico, algumas nações industrializadas passaram a concentrar um expressivo volume de recursos em pesquisas, com o objetivo de desvendar as verdadeiras causas das doenças cárie e periodontal. Desse modo, foi possível conhecer suas verdadeiras etiopatogenias, isto é, a origem dessas doenças.

Isso resultou em um corpo básico de conhecimentos que permitiu, alguns anos mais tarde, a estruturação de um novo paradigma de prática. Com essa nova filosofia de atendimento, os países desenvolvidos conseguiram, em menos de três décadas, mudar o perfil epidemiológico de suas populações, elevando substancialmente seus níveis de saúde bucal, pela prevenção e controle das doenças cárie e periodontal... (Weyne, 1997, p. 16).

Ficou estabelecido, mediante pesquisas, que a placa bacteriana em que estão envolvidas a dieta e a higiene tem fundamental importância na origem das doenças cárie e periodontal. Isso despertou a atenção dos profissionais da odontologia, que passaram a desenvolver uma prática de atendimento também voltado ao trabalho preventivo. Essa nova conduta levou a população a perceber o valor dos cuidados para evitar a formação da placa bacteriana.

Persson et al., (apud Walter et al., 1995, p. 3) relataram que na Suécia, os programas preventivos de cárie dentária são organizados pelo Serviço Público de Saúde Dental e que...

(...) as orientações são transmitidas aos pais, como procedimento padrão, quando a criança atinge 6 meses de idade, e repetido aos 18 meses. Com esse tipo de atenção, pretendiam assegurar que, virtualmente, todas as crianças suecas estariam livres de cárie aos 3 anos, objetivo este que não foi atingido plenamente. Porém, relataram que houve um progresso na saúde dental, visto que, na cidade de Umea, 45% da amostra estudada em 1970 tinha cárie, com índice ceos (dmfs) de 2,5 e, no presente estudo (1995), 10% das crianças de 3 anos tinham cárie, com índice ceos (dmfs) de 0,3%. Isto apresentou uma redução efetiva de cárie em 78% das crianças.

Chaves (apud Narvai, 1993, p.43) usa a expressão “saúde bucal” e afirma que:

(...) a rigor, saúde é um estado do indivíduo, que não pode subsistir como saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas. No entanto, para efeitos práticos, o conceito de saúde parcial serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação deste conceito à saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou rigidez da boca, só tem significado quando acompanhada em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. Saúdes parciais constituem objeto de programas especializados das diversas profissões de saúde e só têm sentido estes programas quando desenvolvidos harmonicamente quando integrados em um programa global de saúde pública. Que importância teria, por exemplo, um estado ótimo de saúde bucal numa comunidade em que seus habitantes estivessem sendo dizimados por epidemias de várias doenças infecciosas?

Se fizermos um levantamento histórico desde Pierre Fouchard, em 1728, citado por Narvai (1993), a odontologia se preocupava com a prática utilizada para solucionar danos ocorridos, com o indivíduo,

na boca, na parte que compromete a estética, a dor, ou seja, sempre visando, um tratamento curativo. Segundo Bottazzo (1994, p. 59): “... a odontologia, ao fazer da boca uma abstração, a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e ‘compreendido’ apenas a partir dele”.

Sendo assim, o trabalho odontológico, conforme o autor, torna-se passível de ser realizado apenas junto aos grupos sociais com grande poder aquisitivo, porque é um serviço altamente técnico exigindo materiais e instrumentais caros para uma recuperação estético-funcional.

No setor público, a primeira preocupação dentro dessa ótica era dar um atendimento ao “carente”, que era sinônimo de Odontologia Social. O que vemos, ainda hoje, em alguns locais do serviço público, é uma odontologia com atividade mutiladora, vinda dos tempos do cirurgião-barbeiro, que é a prática primária de ‘arrancar dentes’, não tendo preocupação alguma com o indivíduo no contexto social.

Mesmo em países como os Estados Unidos e os europeus a utilização de serviços odontológicos por crianças de até 4 anos de idade tem sido baixa.

A partir de 1985, Walter (1995) desenvolve, em Londrina, no Paraná, uma linha de prestação de cuidados preventivos e de educação em saúde implementada desde o nascimento da criança. Com a criação de uma clínica de bebê na Universidade Estadual de Londrina, ele abre espaço para um avanço em programas de prevenção odontológica para crianças de 0 a 36 meses, faixa etária a que se dava pouca atenção. Assim, tanto Pinto (2000) quanto Walter et al. (1985, p. 85) recomendam que, para se alcançar a excelência na prevenção:

A atenção estaria voltada para a realização de procedimentos educativos, direcionados aos pais, e preventivos aplicados nos bebês, através do ensino de manobras de limpeza dental, controle do açúcar, controle da amamentação noturna e a interposição de hábitos de aplicação precoce de flúor, não só no consultório, como também no lar, diariamente pela mãe.

## Cárie

Bottazzo (1994) comenta que a doença cárie é tida como “doen-

ça do pobre”, das “populações periféricas urbanas e rurais”, ainda completa que esse público tem outras doenças que acompanham a cárie, porém com a doença periodontal, que é uma doença dos tecidos gengivais, os ligamentos e do osso alveolar (periodonto), mostram “o cenário de abandono no qual estão colocados”. O autor ainda se refere à pouca importância dada pelas pessoas, aos dentes quando erupcionam, o que acontece quando estão cariados e como fazer prevenção. Ressalta que cumpre informar, orientar e esclarecer sempre.

Em odontologia, quando tratamos de prevenção, a primeira doença a ser lembrada é a cárie dentária, principalmente por ser uma doença de grande incidência na infância.

Segundo Araujo e Figueiredo (1997, p. 285):

A cárie dentária, apesar dos significantes declínios em algumas populações, continua sendo um importante problema de saúde pública. É a doença mais prevalente que afeta o ser humano, se manifestando com um índice muito alto, principalmente na primeira infância.

Guedes-Pinto (1997) define a cárie dentária como doença infecciosa e multifatorial, pois a microbiota, a dieta inadequada, o hospedeiro suscetível e o tempo constituem os chamados fatores primários da doença. Ainda coloca que, sem a presença de um desses fatores, a cárie dentária não se desenvolve é preciso que todos os fatores atuem conjuntamente.

A placa bacteriana é um fator primário da cárie dentária. Apresenta um metabolismo acidogênico, no qual os microorganismos produzem microambientes ácidos e, também, um metabolismo acidúrico, que significa que as bactérias sobrevivem em microambientes ácidos.

Para ser cariogênica, a placa bacteriana precisa ter certas características que, conforme cita o autor, são elas:

“1. Ser capaz de colonizar a superfície do dente.

2. Produzir ácidos em velocidade maior do que a capacidade local de neutralização da placa. 3. Ser capaz de realizar os dois primeiros itens em pH abaixo do pH crítico para dissolução do esmalte

(Guedes-Pinto, 1997, p. 302). Após o nascimento da criança, podemos isolar as bactérias da sua microbiota, que nada mais é que os microorganismos, que têm como seu habitat primário a própria cavidade bucal, consistindo em microorganismos facultativos e aeróbicos. Depois da erupção dos primeiros dentes, grandes modificações na microbiota acontecem. Os *Streptococcus mutans* são bactérias que possuem as características citadas acima e são encontradas na flora bucal, após a erupção dos primeiros dentes. O dorso da língua e as superfícies dentárias são as superfícies que abrigam maior quantidade desses microorganismos.

Ainda, segundo Guedes-Pinto (1997, p. 302), “a fonte de infecção está na mãe, e pesquisas indicam que 90% das famílias abrigam a mesma cepa”.

Dessa forma, a transmissão da bactéria *Streptococcus* do grupo *mutans* acontece por meio da saliva. Geralmente, é a mãe que transmite a bactéria ao bebê pelo contato muito próximo com seu filho. Assim, Ramos e Maia (1999, p. 305) concluem:

Os hábitos de muitas mães, tais como beijo na boca da criança, ‘limpeza’ da chupeta com a língua, utilização da mesma colher, representam importantes vias pelas quais a microbiota oral materna é transferida para a boca dos bebês.

Corrêa (1998) afirma que o esmalte dentário, nos primeiros 20 meses de idade, está em processo de maturação pós-eruptiva, isso significa que é muito mais sensível a ataques de desmineralização, com perda de minerais, como cálcio e fósforo do esmalte dentário e, conseqüentemente, está mais propício a adquirir a doença cárie.

O tempo é outro fator etiológico da cárie. O que de fato ocorre é que o esmalte dentário sofre vários ataques de desmineralização durante o dia. Porém, há uma reposição de minerais para esse esmalte. Dessa forma, é a saliva que age como sistema tampão. A cada remineralização, a superfície do esmalte torna-se mais resistente se tiver flúor na saliva. Isso ocorre se a água de abastecimento estiver fluoretada e se houver o uso constante de dentifrícios fluoretados.

A dieta é, aqui, o último fator etiológico da cárie dentária a ser abordado. Botazzo (1994, p. 46-47) lembra que:

(...) o açúcar continua presente na dieta das pessoas dado as pessoas serem pobres; impossível recomendar o uso de escova e fio dental – as pessoas são pobres; ou são pessoas que ‘não se importam consigo mesmas’, preferindo consumir outras mercadorias aos produtos para limpeza bucal. O problema é colocado como exterior à Odontologia, portanto, mais difícil fica para trabalhar com este conteúdo exteriores...

Segundo Rossetti (1999) “os doces são fundamentais para as crianças”, ele diz serem imprescindíveis. Para um indivíduo na idade adulta, eles também são armas poderosas para canalizar suas tensões, porém, para as crianças, são de suma importância, pois já que elas têm uma limitação maior dessas armas como as artes por meio da leitura, música, pintura e outras formas. Ainda, conforme o autor, os doces são elementos importantes para a mente da criança e são chamados por ele de “amigos do ser humano criança”. Porém, o que observamos é que alguns são “inimigos dos dentes”. Infelizmente, notamos que a maior parte dos alimentos doces, que custa menos, são os mais prejudiciais, como os chicletes de bola, os caramelos e outros. Rossetti afirma que “qualquer um diria que é necessário abolir as cantinas das escolas, porque elas produzem doença”. Na verdade, o que o profissional da saúde precisa fazer é orientar as crianças e ensinar-lhes a comer doces de forma que não afetem os dentes.

Guedes-Pinto (1997, 304) afirma:

O período de socialização primária ocorre nos primeiros anos de vida e caracteriza-se, dentre outros fatores, pelo estabelecimento das primeiras rotinas. A educação sobre saúde deve ter início nesta fase e, tratando-se de dieta, os hábitos estabelecidos precocemente influenciarão o padrão futuro da alimentação. O padrão de consumo do açúcar instalado precocemente é mantido durante toda a infância, o que leva a concluir que o padrão de dieta ligado ao desenvolvimento de cáries futuras pode estar estabelecido aos 12 meses de idade”.

Conforme Corrêa (1998), devemos retardar, ao máximo, o contato da criança com carboidratos. Porém, o que se observa é a introdução bem precoce do açúcar no chazinho, antes mesmo de o bebê completar um mês de vida. “Por volta dos 7 ou 8 meses de idade, quando já teve início o processo de erupção dentária, quase 100% das crianças já experimentaram o açúcar” (Corrêa, 1998, p. 283).

Walter et al. (1995) afirmam que os hábitos alimentares de um ser humano se modificam durante a primeira infância. O bebê passa de uma dieta líquida para uma rotina familiar, na qual é inserido de forma gradativa. Ainda relatam que existe uma fase de adaptação para a completa adoção dessa dieta dos outros membros da família. Explicam que:

Durante o período de acomodação à dieta familiar, além dos alimentos próprios da primeira infância, a criança começa a experimentar outros produtos. Normalmente, são oferecidos alimentos doces, os quais, culturalmente, apresentam significado de afeto e amor, e, assim, é drasticamente aumentada a frequência de consumo de açúcar.

E continuam os autores:

Além dos alimentos doces de sua própria dieta, a criança recebe também pequenas cotas dos irmãos maiores, avós, pais, tios etc. Dessa forma, mesmo que nenhum adulto forneça à criança muitos alimentos doces, a soma dos familiares permite um número de contatos diários com o açúcar, que, provavelmente, em nenhuma outra fase da vida se repetirá (Walter et al., 1995, p. 110).

Por volta de dois anos e meio de idade, a criança já está com a dentição decídua completa, ao mesmo tempo, os dentes permanentes já estão em processo de formação e desenvolvimento.

Para complementar essas idéias, podemos buscar os seguintes aspectos da teoria desenvolvida por Corrêa (1998, p. 288-289): “(...) nesta fase, a dieta assume papel fundamental, tanto local como sistemicamente”.



(...) a dieta deve oferecer a quantidade necessária de nutrientes para o desenvolvimento do organismo em geral, e, em particular, dos dentes que estão em formação (nutrientes como proteínas, cálcio, fósforo e vitamina D). Como efeitos locais, temos os alimentos da dieta atuando diretamente nos elementos dentários.

O processo cariioso pode ter início, nessa fase, e é fundamental a importância da seleção correta dos alimentos a serem oferecidos, principalmente porque, nessa fase, as crianças já começaram a frequentar a escola, onde a merenda ou o lanche, na maioria das vezes, é composto de alimentos cariogênicos.

Fica evidente o papel da dieta como fator etiológico da cárie dentária. Após o primeiro ano de vida, a taxa de crescimento do bebê diminui e, com isso também, o apetite da criança fica reduzido. Nesse momento, alguns hábitos alimentares também modificam, principalmente a quantidade. Algumas crianças até passam por períodos de falta de apetite e acabam preocupando as mães. A autora lembra que as mães estão acostumadas a “alimentar seus bebês e que estes aceitam tudo com vontade e, só depois, se tornam satisfeitos” (Corrêa, 1998, p. 285).

Nesse momento, o que fica claro é que a mãe, percebendo a menor quantidade de ingestão dos alimentos pela criança, começa a oferecer guloseimas fora de horário e, assim, leva-a a uma superalimentação, induzindo-a à obesidade.

Ainda, segundo Corrêa (1998, 286),

Os doces também são usados pelos pais como recompensa por atitudes satisfatórias. Não podemos nos esquecer, entretanto, que, além do efeito cariogênico dos doces, esses costumes podem ter implicação psicológica, relacionando o consumo de açúcar às emoções (boas ou ruins).

É evidente que, se a reeducação materna acontecer, é uma grande estratégia preventiva das cáries tipo mamadeira.

Um outro fator importante de ser observado é o controle da placa bacteriana. Como procedimento eficaz, Ramos e Maia (1999) salientam o processo educativo em relação à higiene oral, devem ser lim-

pos os dentes e anexos da boca. Ainda ressaltam que não importa a técnica escolhida, mas sim, que fiquem limpas todas as estruturas bucais.

Os pais de crianças pequenas devem ser esclarecidos sobre onde, quando, com que e como limpar; dentes e gengivas devem ser limpos logo após cada mamada. Não é importante determinar um número fixo de vezes ao dia em que se deve limpá-los. O que realmente importa é que isso ocorra logo após cada ingesta. Isso passa a ser um procedimento trabalhoso para aquelas crianças que, constantemente, comem algo, e, principalmente, para aquelas que se alimentam imediatamente antes e durante o período do sono (Ramos & Maia, 1999, p. 307).

Morita et al. (apud Walter et al., 1995) apresentam um quadro de prevalência da cárie (Quadro 1), comparando crianças dos municípios de São Paulo, Bauru e Londrina com crianças de várias outras nacionalidades.

**Quadro 1:** Prevalência de cárie em crianças com até 3 anos de idade

Autor / País	Ano	Idade <12m e % cárie	Idade 13-24m e % cárie	Idade 25-36m e % cárie	Idade >3 ano % cárie
Savara et al U.S.A.	1954	-	22,6%	23,1%	61,8%
Toth; Szabo U.S.A.	1959	-	5,0%	25,0%	50,0%
Hennon et al U.S.A.	1968	-	8,3%	35,3%	57,2%
Winter et al Inglaterra	1971	-	2,0%	18,0%	36,0%
Cleaton; Jones África do Sul	1978	-	37,5%	53,0%	78,9%
Morita et al Londrina-Brasil	1993	-	24,3%	45,9%	-
Tomita et al Bauru	1994	-	11,5%	-	74,0%
São Paulo	1994	-	14,8%	-	41,8%

*Fonte:* Adaptado de Morita et al., 1993 (apud Walter, 1995).

Com base nesses dados, Walter (1995, p. 99) fez a seguinte análise:

Por este quadro, vemos que, em nível mundial, a prevalência da cárie em populações de até 3 anos é aparentemente uniforme. Porém, apresentam uma característica muito forte, que é o aumento da prevalência entre o 1º e o 2º ano de vida. Esse aumento chama atenção, principalmente quando fazemos uma projeção da prevalência da cárie, usando dados de Morita et al. (1993) com os de Bezerra (1990).

Ainda, no ano de 1992, em nível mundial, uma projeção da prevalência da cárie em populações de até 3 anos de idade foi realizada por Walter e Nakama (apud Walter et al., 1995). Observaram que a prevalência entre 0 e 12 meses de idade era de 8,7% entre 13 e 24 meses, de 27,4%; entre 25 e 36 meses era de 46,1%. Dessa forma, relataram que a prevalência da cárie aumentou 3,15 vezes entre as crianças com idade de 1 a 2 anos. Com isso, concluíram que a atenção odontológica deve começar antes dos 12 meses de idade.

Posteriormente, Walter e Nakana (Walter et al., 1995) realizaram um estudo para observar a prevalência da cárie entre as crianças, que recebiam atendimento na Bebê Clínica, da Universidade Estadual de Londrina, no norte do Estado do Paraná.

Os pacientes dessa clínica recebem atenção por volta dos 6 meses de idade e seguem um acompanhamento até os 5 anos de idade. A partir disso, uma redução da prevalência de cárie foi observada pelos autores, conforme o quadro 2.

**Quadro 2:** *Prevalência de cárie em crianças de 1 a 5 anos de idade*

Idade	Prevalência
1 ano	—
2 anos	—
3 anos	6,25%
4 anos	17,24%
5 anos	28,57%

## Aleitamento materno

O aleitamento materno é o método de alimentação mais completo para o bebê, principalmente no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos.

Conforme Corrêa, (1998, p. 71):

O leite materno consiste num alimento especificamente adaptado para atender às necessidades nutricionais do bebê, que, além de providenciar energia para o seu desenvolvimento e o crescimento, fornece proteção contra infecções e condiciona o trato intestinal do recém-nascido. É imprescindível no desenvolvimento psicológico do bebê, dada a dependência física e afetiva deste sobre a mãe.

O aleitamento natural é um excelente exercício muscular e respiratório. A criança consegue sincronizar a respiração com a atividade muscular exercida durante a amamentação.

Para ser amamentada, ela vai acoplar seus lábios perfeitamente na aréola da mama, vedando o sistema, ou seja, não permitindo a passagem do ar. Ao contrário, quando se usa mamadeira, em geral com fluxo inadequado, a criança atinge a satisfação de estar alimentada antes de satisfazer a sucção. Aí, haverá uma carência de sucção e apesar de alimentada ficará inquieta, por não se sentir completamente satisfeita (Camargo, 1998, p. 414).

## Chupeta

Podemos considerar que, a partir do momento que se introduz um bico de borracha na boca de uma criança, passa a haver contatos de formas diferentes. Quando é levado por meio da mamadeira, o alimento é ingerido de maneira muito mais rápida que o leite materno. Sendo assim, a sucção praticada para extrair o leite da mamadeira é insatisfatória para a criança, então a mãe lança mão de bicos, como a chupeta, para que o bebê se sacie, e, assim, um outro hábito passa a ser introduzido.

(...) a sucção é realizada principalmente para obter alimento. Quando realizada sem fins nutritivos pela prática repetitiva, pode condicionar a instalação do hábito indesejável. Sem dúvida, o hábito não pode ser confundido com o vício, pois este tem um fundo farmacológico. Assim, por exemplo, o tabagismo é um vício, pois o organismo passa a ter dependência à nicotina, e, mesmo que não seja agradável, que se sintam mal, há uma compulsão em fumar quando a taxa sanguínea de nicotina diminui. O hábito sempre será prazeroso para o indivíduo, assim como escovar os dentes, só passa a ser regular quando o indivíduo descobre que é agradável e que traz sensações de prazer (Lino, 1994, p. 84).

Sendo assim, a repetição de um ato se automatiza, aperfeiçoa e torna-se inconsciente.

Os bons e maus hábitos acabam acontecendo da mesma maneira como foi descrito pelo autor. Assim, lembra que a respiração nasal é automática, e que, da mesma forma, se as estruturas orais ficarem posicionadas de maneira a permitir que os lábios fiquem entreabertos, a respiração passa a ter um padrão bucal, e, conseqüentemente, cria-se o hábito indesejado da respiração bucal.

Chupeta, dedo, mamadeira e respirador bucal são hábitos bucais, conforme Sampaio (1994), e estão ligados ao funcionamento incorreto de todo o sistema estomatognático. O osso palatino se deforma, porque vai se moldando conforme o formato do dedo ou da chupeta. Os dentes, como conseqüência dessa deformação, seguem uma inclinação, ficando quase sempre em forma de meia-lua. O osso da maxila também sofre uma atresia, que acaba por resultar em uma mordida aberta, isto é, os dentes anteriores não se tocam, e um espaço grande é observado entre os dentes superiores anteriores e os inferiores, e, conseqüentemente, instala-se a má-oclusão.

Dessa forma:

(...) quando o indivíduo vai deglutir e não há selamento labial suficiente (por hábitos de chupeta ou dedo), a língua precisa se interpor entre os rebordos para ajudar no selamento, o que também poderá ser uma

das causas de deglutição atípica ou, mais tarde, mordida aberta.

A mamadeira pode não ser considerada um hábito bucal, mas, muitas vezes, é por meio dela que se inicia um dos piores hábitos. A criança que mama na mamadeira não precisa exercer muita pressão para sugar (mesmo quando o furo é pequeno), por isso mama com a boca semi-aberta, o que faz com que ela perca o selamento labial, podendo trazer como conseqüência a respiração bucal (Sampaio, 1994, p. 101-102).

Na verdade, é muito comum a chupeta estar associada a um consolo ou mesmo a uma forma de distrair a criança, pois, de acordo com Camargo (1998, a mamadeira costuma ser a grande responsável pela insatisfação da sucção. A sensação de fome e a necessidade de sucção acontecem ao mesmo tempo e fazem parte do processo de desenvolvimento e alimentação do bebê. Dessa forma, as duas deveriam ser atendidas ao mesmo tempo. Assim, a criança se sentiria satisfeita quanto à fome, e o normal seria que ela adormecesse em seguida.

Dormir por um largo período depois da mamada é uma das conseqüências da satisfação da sucção equilibrada, com a sensação de plenitude gástrica. O ideal é que fome e sucção fossem saciadas ao mesmo tempo (p. 416).

Assim, conclui Camargo (1998, p. 417):

Se o hábito se instala, e a chupeta fica durante muito tempo na boca, haverá conseqüências no desenvolvimento das arcadas, pois provocará desvios na direção de crescimento dos ossos maxilares e inclinação dos dentes, podendo ocorrer mordida aberta, ausência de vedamento labial e respiração bucal.

## Cultura

Um conceito fundamental e que serve de pano de fundo para nosso trabalho é o conceito de cultura. Ele deve ser entendido como uma expressão multifacetada, pois sempre preocupou e continua preocupando estudiosos das diversas áreas do conhecimento voltadas para o comportamento humano. Desse modo, parece-nos

interessante recorrer a alguns estudiosos das ciências sociais para a discussão dos dados.

Aguiar (1984) afirma que “cultura é um conjunto de valores, expectativas e atitudes, crenças e costumes compartilhados pelos membros de um grupo, nação ou religião” (p. 92).

Kluckhohn (1969) compara a cultura a um mapa, assim concluiu que, se as pessoas conseguirem fazer essa leitura, jamais ficarão perdidas. Assim, conhecer a cultura do mundo social no qual vamos viver garante orientação segura e, conseqüentemente, oferece maior possibilidade de decisões mais acertadas.

Foster (1962, p. 21), em seus estudos antropológicos, afirma que:

uma sociedade é uma organização ativa – funciona e se perpetua –, porque seus componentes, inconscientemente, estão de acordo quanto às regras básicas para viverem juntos. Cultura é o termo sintético que define essas regras de orientação do modo de vida dos componentes de um grupo social.

Refletir sobre o conceito mais amplo de cultura faz com que possamos perceber as relações de uma sociedade e perceber o quanto interfere na vida do homem.

## Crenças e valores culturais

Nesse estudo, interpretaremos as barreiras culturais e psicossociais à mudança, como decorrentes de crenças e valores internalizados pelas pessoas, durante o processo de socialização.

Desse modo, recorreremos a alguns estudiosos do assunto para uma fundamentação teórica de nosso estudo.

Para Tamayo (1998, p. 57), é o valor que arbitra as diferenças conceituais elaboradas pelo elemento humano, para determinar qual das alternativas julgadas será a de sua preferência. Assim sendo, para ele:

a palavra valor diz respeito à oposição que o ser humano estabelece entre o principal e o secundário, entre o essencial e o acidental, entre o desejável e o indesejável, entre o significativo e o insignificante. Ela expressa a ausência de igualdade entre as coisas, os fatos, os fenôme-

nos ou as idéias. Dessa forma, aplica-se o termo valor em todas aquelas circunstâncias em que uma delas é julgada superior a outra, em que uma delas é objeto de preferência. O valor implica, portanto, no rompimento da indiferença do sujeito diante dos objetos, do comportamento, dos eventos ou das idéias. A manifestação da preferência por algo ou alguém é, talvez, o comportamento mais comum na vida quotidiana.

Portanto, os valores definem os critérios mediante os quais uma sociedade atribui sentido e significado aos elementos que compõem sua cultura.

O termo valor, no idioma português, é usado para designar “a importância de determinada coisa, estabelecida ou arbitrada de antemão” (Ferreira, 1975).

Nas ciências sociais, geralmente, ele é usado não só para definir a importância das coisas, mas, também, das idéias, das normas, dos comportamentos e atitudes, dentro de uma relatividade cultural. Assim, segundo Silva (1986, p. 1.288):

(...) o termo valor só é usado nos casos em que existe uma verdadeira relação interativa de necessidades, atitudes e desejos, por um lado, e objetos, por outro.(...) Em alguns casos, o termo é usado não para designar o objeto em sua concretude total, e sim os elementos do objeto que mostrem de fato relação entre as pessoas observadas e o objeto. Em outros casos, o termo não mais designa o objeto ou seus elementos, e, sim, a relação do objeto ou de seus elementos com as atitudes, necessidades e desejos das pessoas observadas. Nesse sentido, os objetos e seus elementos têm valor.

Segundo Kluckhohn (apud Kast & Rozenzweig, 1976, p. 462), o termo pode ser definido como segue:

Um valor constitui uma concepção, explícita ou implícita, que distingue um indivíduo ou que caracteriza um grupo daquilo que se deseja e que exerce influência sobre a escolha dos modos, meios e fins de ação



disponíveis. (...) O valor pode ser definido como aquele aspecto de motivação que se pode referir aos padrões, pessoais e culturais, que não se originam apenas de tensões imediatas ou de situações imediatas.

Para Tamayo (1998, p. 57), é o valor que arbitra as diferenças conceituais elaboradas pelo elemento humano, para determinar qual das alternativas julgadas será a de sua preferência. Assim sendo, para ele:

(...) a palavra valor diz respeito à oposição que o ser humano estabelece entre o principal e o secundário, entre o essencial e o acidental, entre o desejável e o indesejável, entre o significativo e o insignificante. Ela expressa a ausência de igualdade entre as coisas, os fatos, os fenômenos ou as idéias. Dessa forma, aplica-se o termo valor em todas aquelas circunstâncias em que uma delas é julgada superior a outra, em que uma delas é objeto de preferência. O valor implica, portanto, no rompimento da indiferença do sujeito diante dos objetos, do comportamento, dos eventos ou das idéias. A manifestação da preferência por algo ou alguém é, talvez, o comportamento mais comum na vida quotidiana.

Seguindo a linha de raciocínio de Berger e Luckmann, a socialização que se faz no mundo do trabalho, na escola está incluída na esfera secundária. Só é chamada de socialização primária aquela feita na infância. Qualquer processo subsequente, que introduz o indivíduo já socializado em novos setores da sociedade, é considerado socialização secundária.

Parece óbvio que a socialização primária, em geral, oferece ao indivíduo a estrutura básica para os processos subsequentes. Ela implica não só no aprendizado puramente cognoscitivo, mas, também, na absorção de papéis e atitudes dos “outros significativos”, assumindo, assim, o mundo deles.

Segundo Berger e Luckmann, os outros significativos na vida do indivíduo são os principais agentes da conservação de sua realidade subjetiva, e os outros menos significativos funcionam como uma espécie de coro.

Na socialização primária, não há problemas de identificação porque não há escolha dos outros significativos. Se a criança não pode escolher seus pais, logo se identifica automaticamente com eles.

Desse modo, o mundo interiorizado na socialização primária é mais fortificado na consciência do indivíduo do que os mundos interiorizados nas socializações secundárias. No primeiro caso, a internalização se faz acompanhada de barreiras protetoras criadas pelos grupos primários e pela própria família. Os valores que fazem parte desse mundo interiorizado na socialização primária são difíceis de questionar, pois, normalmente, parecem ser os únicos sensatos.

A socialização secundária que se processa no mundo institucional, do que faz parte o mundo do trabalho, da escola é, geralmente, uma realidade parcial que, muitas vezes, contrasta com aquela adquirida na socialização primária. É uma realidade frágil, menos arraigada na consciência do indivíduo.

Admitindo os valores como elementos que direcionam a ação oficial dos indivíduos, é preciso que, se queiramos trabalhar em uma comunidade com programas educativos e preventivos, criemos técnicas de socialização especiais para produzir verdadeira identificação e interiorização desses traços culturais, principalmente quando o processo exige uma transformação real da realidade “doméstica” do indivíduo, para que fique assegurada a eficiência e a eficácia dos objetivos do programa a ser desenvolvido.

Berger e Luckmann (1974, p. 193) ainda afirmam:

(...) a socialização secundária adquire uma carga de afetividade de tal grau que a imersão na nova realidade e o devotamento a ela são institucionalmente definidos como necessários. O relacionamento do indivíduo com o pessoal socializador torna-se proporcionalmente carregado de ‘significação’, isto é, o pessoal socializador reveste-se do caráter de outros significantes em face do indivíduo que está sendo socializado. O indivíduo entrega-se, então, completamente à nova realidade. ‘Entrega-se’ à música, à revolução, à fé, não apenas parcialmente, mas com o que é subjetivamente a totalidade de sua vida. A facilidade com que se sacrifica é evidentemente a conseqüência final deste tipo de socialização.

Por essa alegoria compreende-se que as percepções individuais sobre a realidade, além de subjetivas, nem sempre são condizentes com a realidade objetiva. Geralmente, são influenciadas pela estrutura psicológica peculiar de cada membro da comunidade que será trabalhada no programa preventivo, por seu *status* social, por seus agentes socializadores e por seu conhecimento de mundo. Sem dúvida, uma visão distorcida da realidade pode prejudicar o desempenho do papel profissional, comprometendo a efetividade do programa.

De acordo com a Sociologia Funcionalista, defendida por Durkheim (1966), cada indivíduo possui uma consciência individual que é constituída por um conjunto de crenças, valores que orientam sua vida pessoal. O conjunto das consciências individuais, por sua vez, vai constituir a chamada consciência coletiva, que não é nem a soma e nem a média dessas consciências individuais, mas o produto de sua interação.

A consciência coletiva tem grande poder de ascendência sobre as consciências individuais, levando, muitas vezes, o indivíduo a internalização de maneiras de pensar, sentir e agir, denominadas de fatos sociais por Durkheim (1966). Esses fatos sociais, caracterizados pela coercitividade, tornam-se coletivos, introjetando nas consciências individuais, até mesmo valores culturais.

Quanto maior a similitude das consciências individuais, maior também será a possibilidade de se desenvolver no grupo uma solidariedade mecânica, primeira forma de solidariedade que aparece nas microssociedades, em que os indivíduos diferem pouco entre si, partilhando, conseqüentemente, das mesmas coisas. Crenças, sentimentos, valores e normas comuns são o aglutinador. A consciência (moralidade) e a percepção (concepção, apreensão) de cada indivíduo são produzidas pelo coletivo.

Segundo Aguiar (1984), crenças têm por definição: “conjunto de percepções e de conceitos mantidos pelos membros de uma cultura” (p. 92). Enquanto valores são definidos como “categoria geral, mais ampla, de objetivos que muitos membros de uma sociedade procuram alcançar” (p. 92)

## Atitudes e comportamento

Atitude, conforme Klausmeier (1977, p. 413), é uma palavra que se usa para “...designar tanto disposições emocionais matizadas de indivíduos, como também entidades públicas identificáveis, que são usadas para comunicar significados entre indivíduos que falam a mesma língua”.

Também precisa caracterizar que o indivíduo pode aprender de maneira intencional e se comportar de forma mais favorável ou não em relação a outro indivíduo ou a um grupo específico. Assim, Klausmeier (1977, 415) relata que:

A aprendizagem intencional de atitudes tem maiores probabilidades de ocorrer quando os indivíduos reconhecem que irão se sentir melhor em relação a si mesmos, contribuir para os objetivos de um grupo ou ganhar algo de valor.

Conforme Blair, Jones e Simpson (1967), atitudes são adquiridas por meio das experiências e “são transmitidas através do processo da imitação, e muitas têm origem no princípio da vida” (p. 243).

As atitudes podem ser resistentes, pois, segundo os autores citados acima:

...as atitudes atuam na percepção, tende uma pessoa a achar aquilo que está procurando; daí encontrar reforço para atitudes já existentes, mesmo que haja objeções contrárias. As atitudes são, às vezes, muito resistentes às alterações. É, por conseguinte, importante que as atitudes sociais desejáveis,(...), sejam aprendidas desde cedo (p. 244).

Krech e Cruchfield (1963, p. 368) definem atitude como “processos perceptuais, motivacionais, emocionais e de adaptação, que se centralizam em algum objeto do mundo pessoal”.

Dessa forma, classificam as atitudes em negativa quando, por exemplo, “...o Sr. Fulano percebe os alemães como despóticos, insensíveis, cruéis, e se é avesso a eles, se procura evitá-los ou maltratá-los...”. Essa é uma atitude negativa com relação aos alemães.

Por outro lado, a atitude pode ser positiva segundo os autores “se o Sr. Fulano percebe os italianos como amistosos, alegres, pres-timosos, se gosta de estar com eles, se os procura e os auxilia...”.

É preciso lembrar a respeito de mudança de atitudes. Algumas implicam mudanças na participação no grupo, enquanto outras, na situação do indivíduo. Os mesmos autores citados acima lembram que

As atitudes dos grupos de uma pessoa contribuem para determinar suas próprias atitudes. Mas, se transformam suas identificações com o grupo, ou sua participação neste, pode haver mudança correspondente em suas atitudes (Krech & Cruchfield, 1963, p. 74).

A percepção dos indivíduos é muito influenciada pela cultura por meio da aprendizagem dos padrões culturais. As coisas e os fatos que rodeiam os indivíduos são diferentes em cada cultura, e isso ajuda para que as percepções do mundo sejam diferentes.

Aguiar (1984) afirma:

As crenças, ou conjunto de percepções e conceitos mantidos pelos membros de uma cultura, são outra fonte de influência sobre o comportamento individual. Cada cultura possui valores, ou seja, uma categoria geral de objetivos que muitos membros de uma sociedade procuram alcançar. Os valores são dos aspectos culturais que mais influenciam no desenvolvimento das características individuais. As normas são costumes que apresentam o caráter de obrigatoriedade. São expectativas sancionadas pela cultura que devem ser obedecidas. A obediência a elas é recompensada; sua desobediência, punida. As normas baseiam-se nos valores da cultura e explicitam as formas de comportamento apropriadas para os membros de cada grupo cultural. As crenças, os valores e as normas são forças culturais que influenci-am o desenvolvimento das características individuais e o comporta-mento dos indivíduos (p. 84).

Para que não se tenha dúvida quanto ao comportamento dos indivíduos, é necessário que se fale um pouco da tradição. Conforme

Ginsberg (1966, p. 114), tradição é “a soma de todas as idéias, hábitos e costumes que pertencem a um povo e são transmitidos de geração a geração”. O autor ainda a denomina de herança social.

Wundt (apud Ginsberg, 1966) define costume como uma ação que se desenvolve em uma comunidade nacional ou tribal. Diz que o costume se assemelha ao hábito não apenas de um indivíduo, mas sim da maioria da comunidade.

Também deve ficar claro que costume é diferente de modismo. A moda é passageira e variável, enquanto, no costume, as pessoas essencialmente agem pelo hábito, que é duradouro e continuado.

Ainda, segundo Ginsberg (1966, p. 116),

O costume, por sua vez, deve muito de sua força ao fato de que, através dele, a sociedade afastou os perigos da novidade. Assim, a imitação do costume e a imitação da moda funcionam em direção diferentes. Uma tende a perpetuar e estereotipar o que é antigo; o outro, a trazer inovações e difundir-las pela imitação.

Sem dúvida, o medo do desconhecido é uma das razões que o homem acaba buscando o costumeiro. Ele busca o que lhe dá confiança, o novo e variado trazem temores e sofrimento. Assim, diz o autor que “quando se introduzem modificações, freqüentemente, sua única possibilidade de êxito é revestir-se do disfarce dos velhos costumes” (p.120).

## Objetivos

- *Objetivos gerais*

- Levantar crenças e valores, que possam estar interferindo diretamente no desempenho do Programa de Prevenção de Odontologia para Bebês – Promi.

- Identificar algumas atitudes de comportamento, das mães das crianças matriculadas no Programa de Prevenção de Odontologia para Bebês – Promi, referentes a hábitos alimentares, que possam funcionar como bloqueio na população-alvo, dificultando a aceitação do programa preventivo.

- *Objetivo específico*

- Identificar a prevalência de cárie dentária nas crianças matriculadas no programa de odontologia materno-infantil do município de São Bernardo do Campo.

## Método

Os programas de odontologia do município de São Bernardo do Campo, Promi e P. P. C. têm como objetivo reduzir o índice de ataque da cárie da dentição permanente e decídua.

“Para a dentição temporária, os índices são identificados com minúsculas, denominando-se, respectivamente, ceo-d e ceo-s. Assim, o índice ceo-d é o correspondente ao CPO-D em relação à dentição decídua, mas inclui só os dentes cariados ( c ), com extração indicada ( e ) e obturados ( o ), excluindo os extraídos devido às dificuldades em separar os que o foram por causa de cárie dos perdidos pelo processo natural de esfoliação dentária” (Pinto, 2000, p. 182).

Em São Bernardo do Campo, no ano de 1986, o índice C. P. O. D. era de 7,0 para crianças com 12 anos de idade. Em 1997, provavelmente como resultado da implantação do programa P. P. C. e também da fluoretação da água de abastecimento a partir de 1985, o índice C. P. O. D. ficou reduzido a 1,9.

Vale lembrar, que a meta do C. P. O. D. para Organização Mundial da Saúde, no ano 2000, era de, no mínimo, 3,0 para crianças de 12 anos de idade.

O Programa de Odontologia Materno Infantil (Promi de São Bernardo do Campo, encontra-se difundido em apenas 8 das 30 Unidades Básicas de Saúde existentes no município, a saber:

U. B. S. do Jardim Silvina; U. B. S. do Alves Dias; U. B. S. do Jardim Farina; U. B. S. da Vila Euclides; U. B. S. de Ferrazópolis; U. B. S. do Demarchi; U. B. S. do Fincos; U. B. S. do Alvarenga. Em cada uma dessas unidades, encontra-se um odontólogo, que, uma vez por semana, durante 4 horas, atende às crianças de 0 a 4 anos de idade. Nos demais dias da semana, esse mesmo profissional dá atendimento às crianças de 4 a 12 anos de idade vinculadas ao P. P. C. (Programa de Prevenção à Cárie). O

Promi (Programa de Odontologia Materno-Infantil) é de responsabilidade de três odontólogos, que, para a realização do trabalho preventivo, se dirigem a todas as unidades anteriormente relacionadas, nos dias em que as crianças são agendadas.

O programa está organizado do seguinte modo: a primeira fase tem como objetivo incentivar o aleitamento materno e orientar as mães quanto à dieta, higiene bucal do bebê e ao uso de bicos. Na segunda fase, são realizados procedimentos, como higiene bucal e aplicação de soluções fluoretadas. Em seguida, é feita uma entrevista individual com a mãe do bebê, para, depois, serem formados vários grupos operativos, nos quais são discutidos problemas existentes com dieta, aleitamento, sucção sem fins nutricionais e higiene da boca da criança. Esse trabalho em grupo tem como principal objetivo conscientizar as mães, procurando superar os valores que elas trazem internalizados pelo processo de socialização vivenciado.

A partir da segunda fase, as crianças são agendadas para retorno, conforme o risco de aparecimento da doença cárie.

É considerado bebê sem risco ou com risco indeterminado aquele que não apresenta fator determinante para adquirir a doença cárie, e bebê com risco definido ou determinado aquele que apresenta fator que possibilite o aparecimento da doença cárie.

Essa classificação de risco da doença cárie foi estabelecida no 1º Encontro de Odontologia para Bebês, em Londrina, no ano de 1998.

### *Característica do estudo*

Este trabalho está delineado com vistas a estudar as crenças e valores das mães dos bebês matriculados no Promi e quais são suas atitudes e comportamentos referentes ao aleitamento, ao uso de farináceos e achocolatados no leite da criança, uso da mamadeira, uso de chupetas, uso do açúcar no leite, sucos e chá.

Também é um estudo para identificar a prevalência da cárie dentária das crianças que participam do Programa de Odontologia Materno-Infantil (Promi), pois, até o momento, não existiam dados epidemiológicos do referido programa.



### *Tipo de pesquisa*

Este estudo é do tipo levantamento, segundo Gil (1999), pois procurou identificar crenças e valores que poderiam estar interferindo nas atitudes e comportamentos das mães das crianças matriculadas no Promi, utilizando um formulário para entrevista dessa população.

É um estudo de prevalência da cárie, no qual não houve interferência do investigador e apenas foi identificada a frequência com que o fenômeno ocorreu, ou seja, quantos dentes apresentavam cárie e quantas crianças estavam afetadas por tal processo, das 282 examinadas.

As Unidades Básicas de Saúde, do município de São Bernardo do Campo, foram o ambiente da pesquisa.

### *População do estudo*

Foram entrevistadas 282 mães de bebês, de um universo de 2.325 mães de crianças de 0 a 4 anos de idade, matriculadas no Promi (Programa de Odontologia Materno-Infantil) de São Bernardo do Campo.

Esse universo é composto da seguinte forma:

45 mães de crianças na U. B. S. Jardim Silvina; 40 mães de crianças na U. B. S. Alves Dias; 20 mães de crianças na U. B. S. Ferazópolis; 30 mães de crianças na U. B. S. Vila Euclides; 50 mães de crianças na U. B. S. Jardim Farina; 30 mães de crianças na U. B. S. Demarchi; 17 mães de crianças na U.B.S. Finco; 50 mães de crianças na U. B. S. Alvarenga. Essa amostra não foi estratificada pelo fato da população apresentar as mesmas características socioculturais.

Foram escolhidas de forma aleatória, compondo uma amostra probabilística, utilizando-se o número do prontuário de cada criança dentro do arquivo das Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, sorteados mediante uma tábua de números equiprováveis perfazendo um total de 282 prontuários levantados, considerando-se a proporção de crianças matriculadas em cada Unidade Básica de Saúde.

### *Instrumento de coleta de dados*

Foi construído um instrumento que foi aplicado na população amostral para identificar crenças e valores que possam estar inter-

ferindo nas atitudes e comportamentos das mães dos bebês matriculados no Programa de Odontologia Materno-Infantil (Promi).

Esse instrumento foi constituído em um formulário para entrevista cujas variáveis selecionadas para o estudo foram pesquisadas. São elas: o leite materno, tipo de leite, uso de mamadeira, uso de maisena, farinhas e frutas no leite, uso de adoçantes no leite, suco ou chá, uso de chupetas que poderiam interferir no resultado final do programa de prevenção.

O aleitamento materno foi uma variável pesquisada porque está diretamente relacionado para o bom desenvolvimento crânio-mandibular e também do aparelho estomatognático, que nada mais é que todo o terço inferior do crânio, conforme Carvalho (1996). Também, segundo a autora, quanto mais cedo a mãe deixa de aleitar o filho, mais precocemente ela introduz o açúcar na dieta da criança. Procurou-se saber se houve complementação alimentar durante os seis primeiros meses. Quanto ao tipo de leite, foi perguntado em uma das questões.

Também, procurou-se saber o veículo utilizado para a ingestão do leite se no copo ou na mamadeira e a frequência de vezes que se tomava o leite.

Ainda se questionou a adição de frutas, maisena, farinhas ou achocolatados no leite da criança e uma outra pergunta se referia ao açúcar adicionado ou qualquer outra forma de adoçante.

Quanto ao uso de adoçantes no chá ou suco foram elaboradas outras questões. Todos esses fatores são importantes para a avaliação do risco de cárie da criança. São, ao mesmo tempo, variáveis que podem trazer conceitos preconcebidos pela cultura da comunidade que representem para a população-alvo, poder e *status*. Também fizeram parte do formulário de entrevistas questões referentes a hábitos de sucção sem fins nutricionais, como a chupeta.

Segundo Lino (1994), a chupeta faz parte do enxoval do bebê antes mesmo de nascer. É uma variável associada à má-oclusão e também foi estudada como possível variável interveniente da cultura brasileira. Vale lembrar que foi feito um pré-teste para avaliar o formulário para entrevista, e, assim, foram entrevistadas 30 mães de bebês matriculados no Programa de Odontologia Materno-Infantil. De-

pois de examinadas as entrevistas, algumas questões foram descartadas e também modificadas por não terem a clareza necessária. Deve ser observado que as 30 entrevistas do pré-teste foram eliminadas da amostra.

Assim, a forma escolhida para a obtenção dos dados foi a entrevista, porque permitiu uma aproximação do entrevistado com o entrevistador. “(...) dando esclarecimentos referentes ao objetivo da investigação e às questões porventura não entendidas” (Witt, 1973, p.12). A autora ressalta que a técnica de coleta de dados, por meio de entrevistas, é vantajosa já que pode ser aplicada a analfabetos e populações heterogêneas, como a constituinte do presente estudo.

Dessa forma:

Quando usamos o formulário, contamos com a presença do entrevistador, que pode ser orientado no sentido de dar esclarecimentos complementares para a obtenção de respostas, ou respostas melhores; isto significa que o formulário pode ser bastante flexível, adaptando-se às necessidades de cada situação, diminuindo conseqüentemente o número de respostas ‘não sei’ (Witt, 1973, p. 16-17).

Para fazer o registro da condição e freqüência encontrada do índice de cárie, foi utilizada uma folha-resumo.

### *Procedimentos*

As entrevistas foram realizadas nas próprias Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo, onde o programa está implantado.

A coleta de dados foi efetuada por duas pessoas devidamente treinadas para que se conseguisse uma uniformização da técnica da coleta de dados. A entrevista foi a forma de coleta de dados de escolha, uma vez que, por meio dela, se estabeleceu uma aproximação e também a obtenção dos dados necessários para que fosse feita a interpretação do estudo.

Assim, as mães dos bebês matriculados no Programa de Odontologia Materno-Infantil foram informadas e convidadas a participar

da pesquisa mediante um termo de consentimento livre e esclarecido e receberam informações dos entrevistadores de forma clara e objetiva. As pessoas que consentiram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento, no qual está expresso seu direito de desistir a qualquer momento.

Logo após a coleta dos dados da pesquisa, foi feito um estudo de prevalência da cárie, para que se pudesse obter dados epidemiológicos do programa que é desenvolvido. Segundo Rouquayrol e Pontes (1994, p. 40), “prevalência é um termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades”.

Todas as crianças que tiveram suas mães entrevistadas passaram por um exame clínico, o qual foi feito com o uso de um espelho clínico sob luz natural. Os dentes foram secados da saliva por meio de uma gaze. Assim, todos os dentes, que estavam presentes na cavidade bucal, foram examinados para se detectar a possibilidade de apresentarem alguma forma de lesão cariiosa. Foi aplicado o Índice CEO-D segundo Pinto (2000). Como a faixa etária das crianças é de até 4 anos, somente dentes decíduos, (dentes de leite), que estavam erupcionados, foram examinados.

Para tal exame foi, formada uma equipe de quatro examinadores que foram previamente calibrados, sendo verificado o erro interexaminador por meio do Índice de Concordância (C/C+D), que é uma alternativa ao coeficiente Kappa (Pinto, 2000).

## Resultados

O tratamento dos dados deste estudo foi apenas buscar a frequência dos acontecimentos das variáveis em questão.

Primeiro, serão mostrados os dados pesquisados apenas para uma revisão geral da população e sua caracterização para o estudo em questão: a idade das crianças, das respectivas mães, renda familiar, número de pessoas residentes nas casas dos bebês matriculados no Promi.

Após a coleta dos dados pudemos observar que: as crianças têm idade entre 6 e 48 meses. Aproximadamente, 70% estão entre 6 e 24 meses. Quanto à escolaridade das mães das crianças do Promi,

uma grande parte das mães dos bebês tem da 5ª série até o ensino médio completo, ou seja, mais de 80% da população. A grande maioria das mães dos bebês pesquisados tem entre 19 e 35 anos, aproximadamente 85% da amostra.

O estudo também procurou caracterizar a renda familiar das mães dos bebês do Promi. Assim, foi identificado que mais de 55% estão na faixa de renda de R\$ 251,00 a R\$ 700,00.

Ainda foi pesquisado o número de pessoas que residem nas casas das crianças matriculadas no programa para ajudar no estabelecimento do padrão socioeconômico. Pode-se constatar que, aproximadamente, 67% das mães entrevistadas relataram que moram 3 ou 4 pessoas na residência.

Das 282 mães entrevistadas, aproximadamente 95% relataram ter amamentado no peito seus filhos. Quase 67% das mães dos bebês acreditam que o leite materno oferecido exclusivamente para seus filhos, até os primeiros seis meses de idade, é ou foi suficiente para sua alimentação.

Conforme Corrêa (1998), aos seis meses de idade tem sido o período ideal para o começo do desmame, pois, nesse momento, os bebês estão prontos para experimentar alimentos de diferentes texturas e outros modos de alimentação. Até essa idade, o lactente encontra-se em estágio de desenvolvimento funcional, não devendo ser oferecido a ele nenhum tipo de alimento que não seja o leite materno. Quanto ao leite de escolha pelas mães dos bebês, após o desmame, aproximadamente 60% optam pelo leite Longa Vida. Podemos notar que cerca de 23% ainda são amamentadas com leite materno.

Também foi verificado o que as mães dos bebês do Promi pensavam a respeito do uso de algum tipo de adoçante no leite das crianças. Um pouco mais de 80% das mães que não usam adoçante no leite responderam que não haveria necessidade de utilizar açúcar, porque a criança já estava acostumada desde pequena com o sabor sem a adição do produto ou de qualquer forma de adoçante. A outra parte dessas mães que não utilizam adoçante no leite responderam que não fazem esse uso, porque poderia provocar cárie nos dentes de seus filhos.

Segundo Gustafsson et al. (1954, apud Pinto, 2000), um estudo clínico realizado em um hospital para doentes mentais na Suécia indicou uma relação entre dieta e cárie dentária. Observaram que a simples introdução da sacarose na dieta aumentava a incidência de cárie, porém dependia da maneira que o açúcar era consumido. O risco de cárie é maior se o alimento ficar retido na cavidade bucal por um período longo. A frequência de vezes que se consumia o açúcar é, também, um fator importante do ponto de vista da cárie.

Pinto (2000, p. 425) recomenda que não se adicione nenhum tipo de açúcar em mamadeiras à alimentação infantil. A sacarose é o açúcar mais cariogênico entre os açúcares simples, enquanto a lactose, o menos cariogênico. Dessa forma, deve-se evitar o contato prolongado de açúcar do tipo sacarose ou utilizá-lo com muita frequência. Conforme Koch (apud Corrêa, 1998), o aconselhamento dietético é fundamental, por algumas razões, como a prevenção da cárie, como também evitar os maus hábitos que podem levar à obesidade, que é uma pré-condição para o aparecimento de outras doenças sistêmicas, como a diabetes e doenças cardiovasculares. Ainda, segundo a autora, hábitos aprendidos na infância são difíceis de serem modificados.

Das 91 mães que responderam que há necessidade de adicionar algum farináceo ou achocolatados no leite, 87 delas também explicaram que utilizam essa prática por acreditarem que o leite engrossado faz com que a criança fique mais bem alimentada, enquanto 4 delas responderam que usam as farinhas ou achocolatados para que o leite fique mais gostoso. É importante observarmos que mais de 67% acreditam que o leite puro, sem farináceos ou achocolatados, é suficiente. Cabe aqui lembrar que, durante os grupos operativos, é sempre discutida essa questão, e sempre é recomendado que não se deve adicionar nada ao leite.

Mais de 50% das crianças das 282 pesquisadas no estudo se alimentam por meio de mamadeiras, provavelmente tratam-se de crianças com até dois anos de idade.

Quanto ao chá, foi observado que quase 40% das crianças fazem uso dessa prática. Assim, notamos que a metade dessas crianças tem o hábito de adoçá-lo com alguma forma de açúcar. Foi obser-

vado que cerca de 95% das crianças tomam suco de frutas. Dessas, aproximadamente 72% das mães oferecem suco de frutas para seus filhos sem qualquer forma de adoçantes, enquanto cerca de 28% adoçam o suco dos bebês.

Outra variável importante pesquisada é a chupeta. Quase 40% das crianças usam ou usaram chupeta.

Corrêa (1998) afirma que a chupeta é introduzida para que se consiga, muitas vezes, fazer o papel da mama, no sentido de compensá-la, no aspecto emocional, da urgência do sugar.

Das 40% que relataram o uso da chupeta, foi observado que, até os 18 meses, aproximadamente 70% dessas crianças deixaram de usá-la.

Segundo Camargo (1998), a mamadeira é a grande responsável pela necessidade de sucção sem fins nutricionais do bebê, visto que, com o aleitamento natural, o bebê tem de fazer movimentos muito mais intensos e sugar muito mais tempo satisfazendo a necessidade total da sucção, enquanto que, com a mamadeira, o bebê sacia sua fome de maneira mais rápida, e a necessidade de sucção continua.

Conforme Corrêa (1998), os hábitos de sucção sem fins nutricionais são comuns nas culturas ocidentais. A prevalência desse hábito nessas civilizações, é de 80, a 90%. Ainda a autora afirma que chupetas são introduzidas no primeiro ou no segundo mês de vida do bebê.

Das 112 mães que ofereceram chupeta para seus bebês, cerca de 78% afirmaram que a usaram para que seus filhos ficassem mais calmos e não chorassem. Enquanto, aproximadamente, 22% delas deram a chupeta para as crianças, porque achavam que os bebês ficavam mais “bonitinhos”.

Depois de entrevistadas as mães das crianças do Promi, as crianças foram examinadas com o uso de um espelho clínico para que identificássemos a prevalência de cárie. Foram examinadas 282 crianças, sendo que apresentavam um total de 65 dentes atacados pela cárie. Dessa forma, o ceo-d (índice de dentes cariados extraídos e obturados), é de 0,23 para as crianças do Promi.

Foi observado, também, que, das 282 crianças examinadas, apenas 17 apresentavam cárie. Sendo assim, a prevalência para as crianças do Promi é de 6,03%.

Foi calculada a prevalência da cárie dentária por faixa etária das crianças do Promi, assim poderemos notar as diferentes porcentagens dos diferentes intervalos na tabela 1.

**Tabela 1:** *Prevalência de Cárie das crianças do Promi(2002)*

Idade das crianças	Nº de crianças	Nº de crianças afetadas pela cárie
6 meses a 12 meses	72	--
13 meses a 24 meses	125	3
25 meses a 36 meses	51	4
37 meses a 48 meses	34	10
Total	282	17

Assim, se compararmos a prevalência de cárie dos estudos de Walter e Nakama (1995), citados por Walter (1995), observamos que, para as crianças de até 12 meses de idade, a prevalência é igual a zero tanto no Promi quanto nos estudos de Walter (Quadro 2).

O que nos chama a atenção é a prevalência de cárie de 29, 41% para as crianças de 37 a 48 meses de idade do Promi, comparadas com as crianças de 4 anos de idade do estudo de Walter (1995), que têm uma prevalência de 17,24%. Porém, os valores se aproximam da prevalência obtida para as crianças de 5 anos de idade daquele estudo (Quadro 2).

Por outro lado, os dados apresentados por Morita et al. (apud Walter, 1995), a partir do estudo comparativo da prevalência de cárie de crianças dos municípios de São Paulo, Bauru e Londrina com o de outros países (Quadro 1), apresentavam uma prevalência maior na faixa etária dos 25 aos 36 meses, cujo começo passa a existir a partir dos 13 meses de idade.



Assim, ao comparar os dados obtidos da prevalência de cárie do Promi com esses estudos recentes, pode-se notar que os achados estão de acordo com a literatura, sendo o único valor menor da Inglaterra na faixa etária de 13 a 24 meses (Quadro 2).

### Considerações finais

Pinto (2000) considera a cárie como um modelo de doença crônica e prefere colocá-la nesse contexto, porque está fortemente determinada por normas sociais de comportamento, incluindo alimentação e hábitos de higiene.

Ainda lembra que a melhor estratégia para a orientação da dieta é posicioná-la para uma saúde desejável e apropriada do ponto de vista comportamental e não impor de maneira mais incisiva a redução do consumo de açúcar para evitar a cárie.

Vale ressaltar que alguns profissionais da saúde tendem a lidar com uma doença como se cada uma fosse completamente independente de outra, e observa-se que a maioria delas tem determinantes comuns. Segundo Chen, 1995, Whitehead, 1998, & Wilkinson, 1996 (apud Pinto, 2000), esses determinantes, geralmente, são a educação, moradia e emprego. Em um segundo momento, tem, como fatores importantes à dieta, fumo, álcool e higiene pessoal.

Quanto à saúde bucal de uma criança, é bastante claro que está determinada principalmente pelo convívio familiar e, em seguida, pela escola, ou seja, pelos processos de socialização que ela sofre. Se fôssemos falar de um indivíduo adulto, poderíamos falar do local de trabalho, indústria, comércio e mídia.

Dessa forma, se quisermos falar de promoção de saúde, especificamente para prevenção de doenças bucais, seria necessário que a odontologia saísse dos consultórios e advogasse pelos seus objetivos.

Na verdade, todas as atividades de promoção de saúde estão envolvidas com a criação e manutenção de alianças com os setores sociais, de tal maneira que a sociedade fique comprometida dentro dos objetivos pretendidos.

Dessa forma, as atitudes das pessoas, geralmente, estão relacionadas à participação em grupos. As mudanças podem acontecer, caso haja identificação com esses grupos.

Assim, fazendo uma observação da variável aleitamento materno, neste estudo, pudemos identificar que apenas 14 mães das 282 pesquisadas não aleitaram seus filhos. Esse resultado positivo pode ser atribuído ao fato de as mães participarem de grupos operativos, em que o aleitamento materno é a primeira coisa a ser defendida por parte dos profissionais do programa, levando-se em consideração as experiências trazidas do grupo participante.

Quanto à prevalência da cárie nas crianças matriculadas no Promi, temos para crianças de 6 meses a 12 meses, 0% de prevalência; para as crianças de 13 meses a 24 meses, uma prevalência de 2,40%; para as crianças de 25 meses a 36 meses, 7,80% de prevalência da cárie; por fim, as crianças de 37 meses a 48 meses, uma prevalência de 29,41%.

Quando comparamos, ainda que faltem maiores detalhamentos para os estudos de Walter e Nakana (1995), citados por Walter (1995) (Quadro 2), com esta pesquisa (Tabela 1), pudemos observar que a prevalência de cárie foi maior na faixa etária dos quatro anos de idade para o Promi.

Bezerra (apud Walter et al., 1996) afirma que a prevalência de cárie aumenta quanto mais ingestões de açúcar se faz ao longo do dia. Corrêa (1998) relata que os doces são usados pelos pais como forma de recompensa por atitudes satisfatórias.

A partir dos 13 meses de idade, começa haver alguma prevalência de cárie neste estudo, e, se notarmos, a dieta passa a ser introduzida de acordo com a dieta familiar a partir do desmame, assim é de se supor que, conforme os hábitos familiares são postos em prática na dieta da criança, os valores e crenças são trazidos para elas. Dessa forma, podemos pensar que esses hábitos podem relacionar-se com esse início da atividade de cárie.

Quanto ao uso da mamadeira e da chupeta, desde o momento em que a criança é inserida no programa, a mãe é educada para que ela não ofereça nenhum alimento usando a mamadeira como veículo. Mesmo assim, 55% das mães da amostra do estudo usaram ou usam a mamadeira para alimentarem seus filhos. Quanto à chupeta, mais de 60% das mães não oferecem nem ofereceram chupeta para seus filhos.

Assim sendo, para que se consiga atingir metas de promoção de saúde, principalmente quando estão envolvidos itens, como dieta, hábitos e outros fatores comportamentais, é importante que se conheça os valores e crenças do grupo que se pretende atingir.

## Referências

- Araujo, B. A., & Figueiredo, M. C. (1997). Promoção de saúde em odontopediatria. In L. Kriger (Ed.) *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Aboprev. Artes Médicas.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. A. (1974). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Blair, G. M., Jones, S., & Simpson, R. H. (1967). *Psicologia educacional*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, USP.
- Botazzo, C. (1994). *Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde*. São Paulo: Edis.
- Camargo, M. C. F. (1998). Programa preventivo de má-oclusões para bebês. In E. N. Gonçalves & C. Feller (Eds.) *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Charon, J. M. (1999). *Sociologia*. São Paulo: Saraiva.
- Corrêa, M. S. N. P. (1998). *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos.
- Durkheim, E. (1966). *As regras do método sociológico*. São Paulo: Nacional.
- Fichter, J. H. (1967). *Sociologia*. São Paulo: Herder.
- Foster, G. M. (1997). *As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Freitas, M. E. (1991). *Cultura organizacional: formação, tipologias, impacto*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Ginsberg, M. (1966). *Psicologia da sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guedes-Pinto, A. C. (1997). *Odontopediatria* (6a. ed.). São Paulo: Santos.
- Hilleboe, H. E., & Larimore, G. W. (1965). *Medicina preventiva, princípios de prevenção aplicáveis à ocorrência e à evolução das doenças*. Rio de Janeiro: Centro de Publicações Técnicas da Aliança.
- Klausmeier, H. J. (1977). *Manual de Psicologia Educacional: Aprendizagem e Capacidades Humanas*. São Paulo: Harbra.
- Kluckhohn, M. (1949). *Um espelho para o homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S. (1963). *Elementos de psicologia*. São Paulo: Pioneira.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Lino, A. P. (1994). *Ortodontia preventiva básica*. S. Paulo: Artes Médicas.
- Lone, S., & Blinkhorn, A. S. (1993). *Oral health promotion*. New York: Oxford University.
- Morgan, G. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.
- Moss, S. J. (1996). *Crescendo sem cárie: um guia preventivo para dentistas e pais*. São Paulo: Quintessence.
- Motta, F. C. P., & Caldas, M. P. (1997). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas.
- Móysés, S. J. (1997). O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In L. Kriger (Ed.), *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Aboprev e Artes Médicas.
- Narvai, P. C. (1993). *Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92*. Dissertação de Mestrado (não publicada), Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

- Narvai, P. C. (1994). *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, S. L. (1997). *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira.
- Pinto, V. G. (2000). *Saúde bucal coletiva* (4a. ed.). São Paulo: Santos.
- Ramos, B. C., & Maia, L. C. (1999). Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev. Odontologia Univ. São Paulo*, 13(3), 303-311.
- Rocher, G. (1971). *Sociologia geral* (Vol. 1). Lisboa: Presença.
- Rossetti, H. (1999). *Saúde para a odontologia*. São Paulo: Santos.
- Rouquayrol, M. Z., & Pontes, L. R. S. K. (1994). *Epidemiologia e Saúde* (4a. ed.). Rio de Janeiro: Medsi.
- Sampaio, M. S. (1994). *Odontologia holística, a natureza, os dentes e a saúde*. São Paulo: FSP-USP.
- Santos, N. M. B. F. (1992). *Impacto da cultura organizacional no desempenho das empresas, conforme mensurado por indicadores contábeis – um estudo interdisciplinar*. Tese de Doutorado (não publicada), Faculdade de Economia e Administração, USP, São Paulo.
- Silva, B. (1987). *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Tamayo, A. (1998). Valores organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afetivo. *Revista de Administração*, 33(3), 56-63.
- Walter, L. R., & Ferelle, A. (1995). *Odontologia para bebês*. São Paulo: Artes Médicas.
- Weyne, S. C. (1997). Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In L. Kriger (Ed.), *Promoção de Saúde*. São Paulo: Aboprev e Artes Médicas.
- Witt, A. (1973). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: Resenha Tributária Ltda.