

Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância

Motivation and oral health preventive behavior in a pediatric dental assistance program for the early childhood

Antonio Bento Alves de MORAES*

Rosana de Fátima POSSOBON**

Cátia Elvira ORTIZ***

MORAES, A. B. A.; POSSOBON, R. F.; ORTIZ, C. E. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. *Pesqui Odontol Bras*, v. 14, n. 3, p. 287-293, jul./set. 2000.

O objetivo deste trabalho foi determinar o tipo de aleitamento recebido por crianças participantes do programa de atendimento do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae – FOP - UNICAMP) e verificar a adesão das mães às orientações sobre dieta e higiene bucal. Das 200 crianças avaliadas, 85% faziam o uso da mamadeira e destas, 81,8% recebiam no leite algum produto contendo sacarose. Ao iniciar o programa, 8% das crianças tinham cárie. A adesão dos pais às orientações fornecidas, avaliada por meio da mudança ou manutenção de hábitos adequados de saúde bucal, foi obtida com 27% das crianças estudadas. Verificou-se também importante melhora na avaliação dos índices de placa bacteriana. Os dados são discutidos avaliando-se o papel do Cepae nas mudanças ocorridas e apoiando-se em um modelo cognitivo de mudança para compreender o papel dos pais na mudança de comportamento dos filhos. Concluiu-se que, mesmo cientes da possibilidade de ocorrência de cárie na vigência de dietas cariogênicas, há uma grande resistência à mudança da dieta.

UNITERMOS: Sacarose; Alimentação artificial; Comportamento materno.

INTRODUÇÃO

Os estudos de motivação relacionados à área de Saúde têm-se fundamentado, basicamente, nas contribuições da Psicologia da Saúde. Segundo MATARAZZO⁷ (1982), “esta disciplina agrega o conhecimento científico e profissional da área de Psicologia para utilizá-lo na promoção e na manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de prestação de serviços e políticas de Saúde”. Desta disciplina deriva a Odontologia Comportamental que, segundo BRYANT² (1979), “é um campo interdisciplinar que se interessa pelo desenvolvimento e integração dos conhecimentos e técnicas científicas relevantes à saúde e à doença bucal, e à aplicação destes conhecimentos e destas técnicas para a prevenção, tratamento e reabilitação”. Um dos tó-

picos particulares do campo da Odontologia Comportamental é a motivação e promoção da adesão do paciente às instruções do tratamento, higiene bucal e recomendações sobre a dieta⁵.

No Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, desenvolve-se um trabalho preventivo de cárie, doença gengival e maloclusão em crianças na faixa etária entre 0 e 60 meses. Este trabalho tem como base a orientação dos pais sobre o controle da ingestão de sacarose, a remoção de hábitos nocivos à formação da arcada dentária (uso de chupeta e mamadeira) e a instalação de hábitos de higiene bucal. Para tanto, antes da inclusão do bebê no programa, os pais assistem à uma palestra sobre o assunto e, uma semana depois, os bebês iniciam o tratamento. Os bebês são assistidos pela equipe do Cepae em intervalos máximos de 2 meses. Durante

* Coordenador do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) e Professor Titular do Departamento de Odontologia Social; ** Coordenadora Clínica do Cepae e Mestre em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica; *** Cirurgiã-Dentista, Supervisora Clínica do Cepae – Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP.

essas consultas, são realizados exame clínico, evidenciação de placa bacteriana, escovação dos dentes feita pelos pais, sob a supervisão do dentista, e orientação sobre dieta e hábitos nocivos. Com essa atuação, o Cepae pretende motivar pais a promover a saúde bucal do bebê, mantendo-o livre de cárie.

As tentativas dos profissionais da Saúde de obter colaboração, obediência ou adesão a suas recomendações são freqüentemente malsucedidas. Intencionalmente ou não, muitos pacientes ignoram, esquecem ou executam erradamente as recomendações relacionadas ao tratamento e autocuidado. Tais recomendações envolvem ações como: seguir uma determinada dieta, escovar os dentes, utilizar diariamente uma medicação ou retornar regularmente para sessões de acompanhamento ou tratamento. A pesquisa sobre adesão de pacientes em relação a tratamentos médicos mostra que ela pode ocorrer com pacientes de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos, assim como entre aqueles que participam dos mais diversos programas de saúde. A não-adesão é uma resposta comum em pacientes que não apresentam sintomas e entre aqueles que estão leve ou gravemente doentes³.

BAILEY *et al.*¹ (1981) realizaram um estudo com pacientes odontológicos adultos para verificar se variáveis como crença do paciente em sua vulnerabilidade, *locus* de controle, satisfação em relação ao dentista e ansiedade podem ser preditoras de “maus” e “bons” pacientes odontológicos. Para tanto, aplicou um questionário à 65 pacientes (23 homens e 42 mulheres) cuja idade média foi 37,9 anos e outro questionário aos 4 dentistas que os atenderam. Os resultados sugerem que as variáveis *locus* de controle e crença do paciente em sua vulnerabilidade, que têm se revelado importantes para a adesão a tratamentos médicos, não mostram a mesma relevância quando se trata da adesão ao tratamento odontológico. Quando pacientes de alta adesão são comparados com pacientes de baixa adesão, esses últimos mostram maior vulnerabilidade, indicando que a percepção de vulnerabilidade em relação a doença bucal não é um fator motivador que fortalece a adesão ao tratamento. Os dados mostraram também que pacientes de baixa adesão revelaram-se mais ansiosos quando comparados com pacientes de alta adesão. Pacientes de baixa adesão são mais vulneráveis e mais ansiosos. Parece que a ansiedade do paciente leva-o a esquivar-se do tratamento e também a não

realizar práticas domésticas para a manutenção de saúde bucal. Os autores sugerem outros estudos sobre as variáveis que afetam a adesão na situação odontológica, que possam auxiliar a implementação de programas de intervenção que produzam mudanças de comportamento.

O presente trabalho estuda o comportamento de mães em relação às orientações que recebem sobre as mudanças de dieta e higiene bucal destinadas a promover saúde bucal de seus filhos. Trata-se, mais especificamente, de verificar, no contexto de um programa de saúde bucal de bebês, como as mães respondem às orientações recebidas e também o papel do consumo de açúcar para a saúde bucal. Os objetivos deste trabalho foram reconhecer indicadores de adesão dos pais relacionados ao consumo de açúcar de seus filhos, descrever os hábitos de consumo de leite e identificar a presença de sacarose no leite que as crianças recebem e sua possível correlação com cáries.

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisados 200 prontuários clínicos de bebês do Programa de Atendimento do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP. Os responsáveis pela criança assinaram um documento autorizando a utilização dos dados para fins de pesquisa. A idade média das crianças no início do programa foi de 12 meses. Das 200 crianças, 98 (49%) eram do sexo feminino e 102 (51%), masculino. Para a seleção dos participantes deste estudo, foram escolhidos os prontuários das crianças que haviam recebido tratamento em, pelo menos, 7 sessões.

Para o levantamento, os seguintes dados foram analisados: sexo, idade da criança, número de dentes, número de cáries (nesta variável foram incluídas lesões de cárie inicial – *mancha branca* – e cavitações) e índice de placa bacteriana no dia da primeira consulta da criança e no dia do levantamento dos dados (14 meses depois da primeira consulta) e os produtos com e sem sacarose utilizados no aleitamento. Não foi avaliada a presença de sacarose nos outros alimentos ingeridos pela criança.

No programa do Cepae, a higiene bucal dos bebês é avaliada em categorias de índice de placa (IP) designados como “alto”, “médio” e “baixo”. As características do atendimento odontológico de bebês dificultam uma avaliação mais objetiva da higiene bucal. Assim, optou-se por uma classifica-

ção do tipo acima indicado e para tanto utilizaram-se as seguintes definições:

- IP alto - presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dental;
- IP médio - presença de placa bacteriana em menos de 2/3 da superfície dental;
- IP baixo - presença de placa bacteriana em menos de 1/3 da superfície dental.

A presença de sacarose e outros açúcares nos produtos alimentícios utilizados para adoçar e/ou “engrossar” o leite da mamadeira foi verificada por meio da leitura do rótulo da embalagem.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, dados referentes às formas de aleitamento, consumo de sacarose e adesão dos pais às orientações sobre dieta, das 200 crianças que compõem a amostra do presente estudo. Destas crianças, somente 30 (15% do grupo estudado) recebiam aleitamento natural exclusivo (eram alimentadas no peito exclusivamente) quando ingressaram no programa de prevenção precoce de doença bucal do Cepae. As demais 170 crianças (85%) recebiam

aleitamento artificial, das quais 139 já ingeriam sacarose e 31 não ingeriam sacarose adicionada ao leite. Estas informações foram obtidas através do relato das mães.

No segundo exame aos prontuários, realizado após 14 meses de permanência no programa, das 139 crianças que iniciaram o programa recebendo aleitamento artificial com sacarose, 115 crianças continuavam a consumir sacarose no leite e 24 tinham interrompido esse tipo de alimentação. Portanto, 24 crianças tiveram seus hábitos de aleitamento mudados, presumivelmente sob influência das intervenções realizadas sobre a mãe e a criança no Cepae.

Observando-se ainda a Figura 1, verifica-se que, das 61 crianças que não consumiam sacarose no leite no início do programa (30 alimentadas ao peito e 31 com leite artificial sem sacarose), 30 crianças continuaram a não consumir sacarose, como identificado no segundo exame aos prontuários clínicos.

Verificou-se finalmente que um total de 54 crianças (24 que interromperam o uso de sacarose e 30 que continuaram a não consumir), juntamente

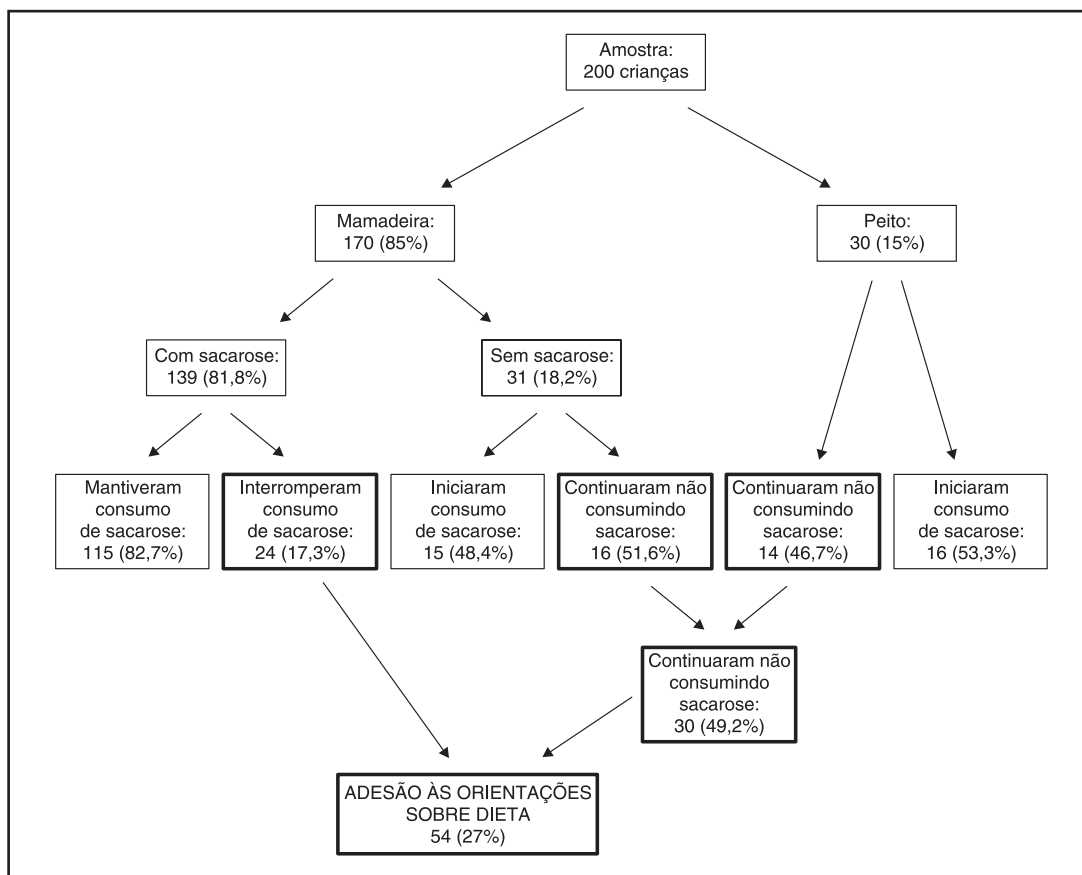


FIGURA 1 - Formas de aleitamento, consumo de sacarose e adesão dos pais às orientações sobre dieta.

com seus pais, apresentaram indicadores de adesão às orientações recebidas. Levando em conta a amostra de 200 crianças, conclui-se que 27% delas exibiram indicadores de uma adesão medida intraprograma.

Os dados sobre prevalência de cárie estão apresentados na Figura 2, a qual relaciona o tipo de aleitamento recebido pelas crianças (mamadeira com sacarose, mamadeira sem sacarose e aleitamento materno) com o número de cárie presente na amostra. Observa-se que, das 200 crianças estudadas, 184 (92%) iniciaram o programa sem

cárie (126 ingeriam mamadeira com sacarose, 31 recebiam mamadeira sem sacarose e 27 eram amamentadas no peito) e 16 (8%) com cárie (13 ingeriam mamadeira com sacarose e 3 eram amamentadas no peito).

Das 184 crianças que iniciaram o programa sem cárie, 26 (13% de 184) desenvolveram novas cáries. Por outro lado, das 16 crianças que iniciaram o programa com cárie, 7 (43,7% de 16) apresentaram novas cáries como verificado na 2ª consulta aos prontuários clínicos. Parece que crianças que iniciaram o programa com experiência de cárie mostraram-se menos suscetíveis às intervenções planejadas para a saúde bucal.

Observa-se na Figura 3 que, comparando-se os dados do 1º com o 2º exame, houve um aumento no número de crianças que recebiam mamadeira com sacarose da ordem de 3,5% (de 69,5% para 73%) e no grupo de crianças que recebiam mamadeira sem sacarose houve um incremento de 7,5%. Os dados relativos às crianças que recebiam aleitamento materno mostraram uma queda de 11% no número de crianças amamentadas ao peito, o que era esperado visto que o 2º exame foi realizado 14 meses após o 1º exame e as crianças já estavam na época de desmame.

A Figura 4 mostra as mudanças no índice de placa (IP) observado nas 200 crianças que participaram do presente estudo. Os dados mostram que a higiene bucal das crianças melhorou, o que se verifica pelo menor número de crianças com IP alto e pelo maior número de crianças com IP médio/baixo no segundo exame.

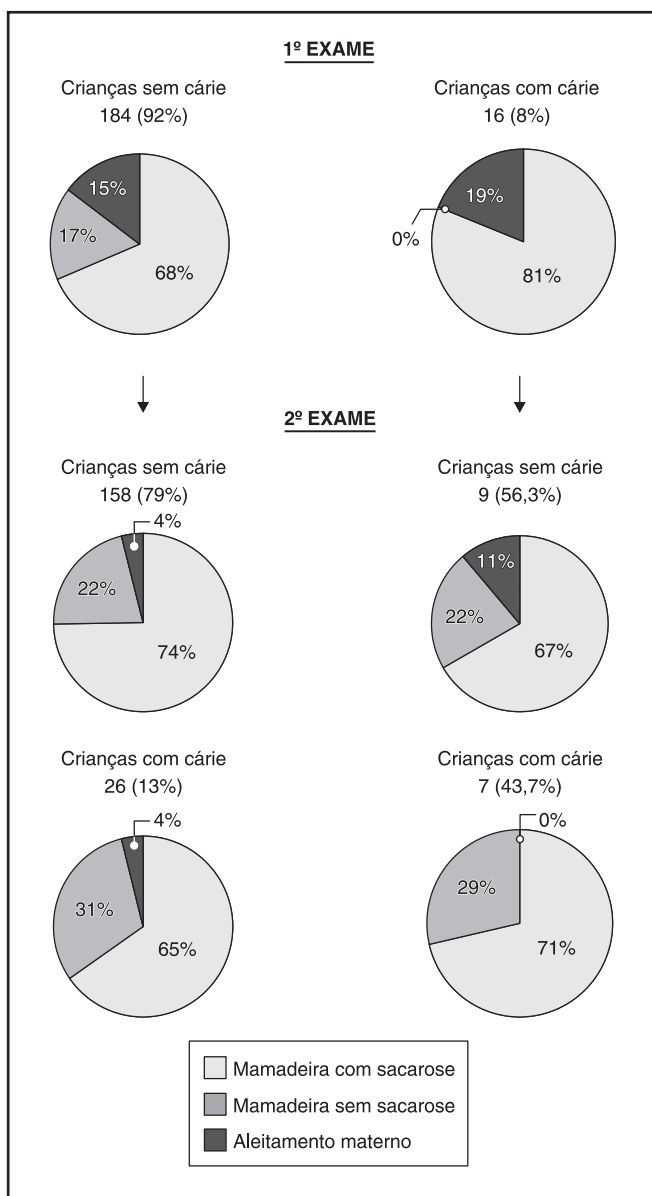


FIGURA 2 - Número de crianças que desenvolveram e não desenvolveram cárie após o ingresso no Cepae.

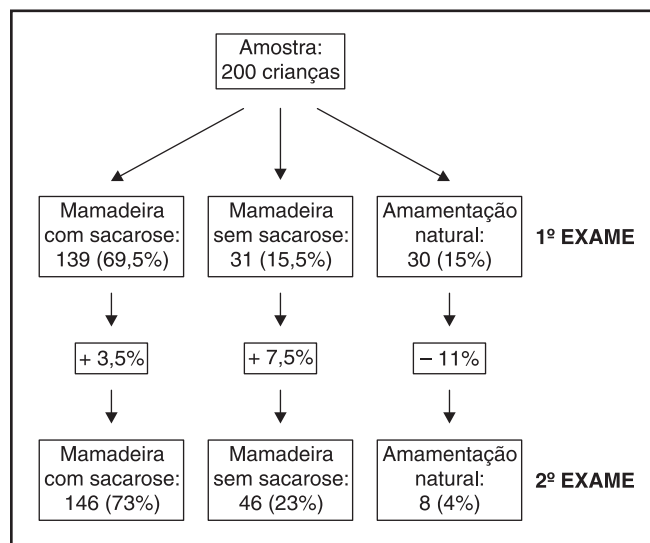


FIGURA 3 - Mudança no tipo de aleitamento verificada entre o 1º e o 2º exame.

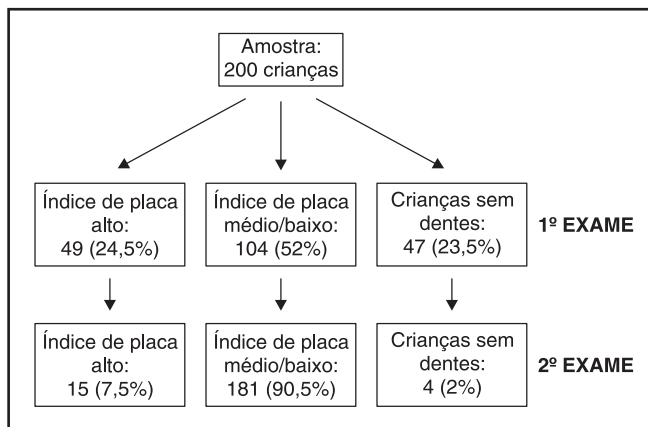


FIGURA 4 - Avaliação do índice de placa no 1º e 2º exame clínico.

DISCUSSÃO

Os dados mostraram que 69,5% (139 de 200) das crianças recebiam aleitamento artificial com produtos contendo sacarose, associado ou não ao aleitamento natural e, na maioria das vezes, segundo verbalização das mães, o produto era recomendado pelo pediatra (Figura 1). Uma informação importante é que 73% das mães (115 + 16 + 15 = 146 de 200) não aderiram às orientações quanto à redução/remoção desses alimentos, mostrando que, ou as orientações não foram corretamente transmitidas e/ou compreendidas ou ainda que outras variáveis familiares e/ou culturais têm uma força preponderante na determinação dos comportamentos relacionados à saúde bucal das crianças. No entanto, a mudança não pode ser considerada impossível, uma vez que neste estudo 27% (54 de 200) das mães aderiram às orientações e alteraram (24) ou mantiveram (30) hábitos alimentares adequados dos filhos. Podemos supor que esse nível de adesão é uma decorrência das estratégias de intervenção sistematicamente empregadas no programa do Cepae.

JOHNSEN *et al.*⁶ (1982) entrevistaram pais sobre hábitos alimentares e observaram que a maioria tenta fazer a substituição do líquido cariogênico, ingerido na mamadeira durante a madrugada, por água. Alguns pais relatam ter dificuldade em dizer “não” aos filhos e permitem que eles mamem durante a noite. Outros não suportam o estresse gerado pela remoção da mamadeira e cedem à exigência da criança, mesmo sabendo que é prejudicial⁸. Padrões de educação e nível de estresse familiar são aspectos que precisam ser claramente

compreendidos para planejar e identificar mudanças em saúde bucal de crianças. Assim procedendo, contextualizam-se os programas de intervenção para a saúde e abre-se um leque ilimitado de possibilidades de pesquisa.

FEBRES *et al.*⁴ (1997) revelaram que fatores culturais e étnicos são os que mais influem no desenvolvimento da cárie de mamadeira e que, mesmo sabendo dos efeitos nocivos de permitir que o bebê adormeça com a mamadeira ou que esta seja oferecida durante a madrugada, os pais continuam a fazê-lo. Metade dos pais de crianças com cárie de mamadeira não tinham informações sobre o risco de cárie relacionada à mamadeira noturna ou não sabiam quando intervir para remover o hábito.

No nosso estudo, em 69,5% dos casos (139 de 200), a sacarose foi introduzida na alimentação desde o aleitamento (Figura 1). Alguns dos produtos utilizados pelas mães na mamadeira dos bebês apresentaram outros açúcares como a glicose, frutose, malto-dextrina, dextrina e lactose associado ou não à sacarose. O aumento no número de crianças que consumiam sacarose entre o 1º e o 2º exame, da ordem de 3,5%, mostra relação com a incidência de cárie neste mesmo período, que foi de 8,5% (no 1º exame 8% das crianças tinham cárie; no 2º exame esse índice subiu para 16,5%). Entretanto, o aumento de 3,5% não significa necessariamente uma falha do programa pois pode decorrer de outras variáveis intervenientes. Vale a pena considerar que não foram avaliados outros alimentos contendo sacarose, além dos produtos contidos no leite das mamadeiras.

No Cepae, as orientações sobre controle da dieta e remoção mecânica da placa bacteriana são realizadas bimensalmente, sendo que independente da presença de dentes e/ou cáries, o acompanhante é questionado e orientado sobre a dieta da criança. Apesar deste controle sistemático e periódico, as orientações fornecidas pelo dentista quanto aos hábitos alimentares, principalmente quanto à forma de amamentação e ao uso de produtos contendo sacarose, freqüentemente utilizados por solicitação do médico pediatra, muitas vezes não são seguidas pelos pais, mesmo sabendo do risco de cárie. Este fato sugere que a educação para a prevenção de problemas bucais deve ser o mais precoce possível (antes da instalação do hábito inadequado) e deve ocorrer de modo sistemático.

Este trabalho mostrou indicadores de adesão às práticas de controle de placa (Figura 4), indicando

que a realização de uma higiene eficaz e sistemática é capaz de prevenir problemas bucais.

Para desenvolver estratégias de prevenção é necessário prestar atenção ao processo que revela como as pessoas mudam seus comportamentos. Mães que participam com seus filhos de um programa semelhante ao oferecido pelo Cepae estão regularmente sendo influenciadas em direção a mudanças objetivas em seu comportamento e no comportamento dos filhos. PROCHASKA; DiCLEMENTE⁹ (1986) apresentaram um modelo de estágios que especifica como as pessoas mudam em relação a comportamentos aditivos – um modelo que já provou sua importância para outros comportamentos de saúde, como realizar exercícios, perder peso e tomar decisões relacionadas a mamografia. O modelo propõe uma seqüência de estágios ao longo de um *continuum* que se inicia com a pré-contemplação (não pensar em adotar um comportamento de saúde alvo) seguida pela contemplação (pensar a respeito mas não ter nenhum plano definido para agir), preparação (planejar a ação), a ação (início de um comportamento novo) e a manutenção (manter a ocorrência dos comportamentos novos); prevê a característica cíclica do processo de mudança e retornos a estágios anteriores. O modelo desses autores tem sido indicado por WEINSTEIN¹⁰ (1996) como adequado para a pesquisa na área de saúde bucal e também como uma maneira de compreender o comportamento de pa-

cientes odontológicos submetidos a programas de intervenção. A maioria das mães das crianças estudadas neste trabalho parece estar no estágio de *preparação para a mudança* porque, embora não alterem comportamentos de saúde bucal, já trazem regularmente seus filhos ao programa e são expostas a intervenções planejadas e realizadas pelos profissionais. No entanto, 27% dessas mães encontram-se no estágio da *ação* porque mostram sinais de mudança ou manutenção de comportamentos corretos de saúde bucal. A identificação de mães no estágio de *manutenção* poderá ser realizada depois que as crianças completarem o programa e seus hábitos de saúde bucal forem adequadamente avaliados.

CONCLUSÃO

O tipo de aleitamento predominante na dieta das crianças avaliadas foi a mamadeira adoçada com açúcar refinado e/ou “engrossada” com algum produto contendo sacarose na composição.

A taxa de adesão dos pais às orientações quanto aos hábitos de dieta foi considerada razoável, mostrando a possibilidade de mudanças de comportamento de mães em relação à dieta de seus filhos.

A orientação para a remoção total de substâncias cariogênicas das mamadeiras parece não ser a conduta ideal e sim a sugestão de produtos alternativos mais saudáveis associados ao controle da frequência e dos horários de ingestão destes.

MORAES, A. B. A.; POSSOBON, R. F.; ORTIZ, C. E. Motivation and oral health preventive behavior in a pediatric dental assistance program for the early childhood. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 3, p. 287-293, jul./set. 2000.

The purpose of this paper was to identify the feeding routines of children and the compliance of mothers with the recommendations on oral health. Two hundred dental records of patients (with ages between 1 and 20 months) from the Research and Dental Treatment Center for Special Patients (Cepae/FOP/UNICAMP) were examined in order to establish the kind of feeding, the products that were added to the milk and the presence of sucrose in these products. In addition, the prevalence of caries was determined both when the children were introduced in the program and after 1 year. From the 200 dental records examined, it was observed that 85% of the children were bottle-fed and, out of these, 81.8% received milk associated with some product which contained sucrose. Considering the 200 children studied, 8% began the program with caries as shown in their first dental examination. The compliance of the mothers with the dietary recommendations during the program was obtained in 27% of the cases. A cognitive model for change of behavior is proposed to understand the behavior of mothers related with the oral health of their children, while taking part in a preventive dental program. Guidance and training are necessary but not sufficient to change the behavior of mothers.

UNITERMS: Sucrose; Bottle feeding; Maternal behavior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAILEY, C.; DEY, F.; REYNOLD *et al.* What are the variables related to dental compliance? **Aust Dent J**, v. 26, n. 1, p. 46-48, Feb. 1981.
2. BRYANT, P. S. Behavioral dentistry: concept and challenge. In: INGERSOLL, B. D.; McCUTCHEON. **National Conference on Behavioral Dentistry**, 2. Morgantown. 1979. p. 1-8. Proceedings.
3. Di MATTEO, M. R.; Di NICOLA, D. D. **Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role.** New York: Pergamon Press, 1982. p. 28-67.
4. FEBRES, C.; ECHEVERRI, E. A.; KEENE, H. J. *et al.* Parental awareness, habits, and social factors and their re-

- relationship to baby bottle tooth decay. **Pediatr Dent**, v. 19, n. 1, p. 22-27, Jan./Feb. 1997.
5. INGERSOLL, B. D. An overview of behavioral dentistry. In: INGERSOLL, B. D. **Behavioral aspects in Dentistry**. New York : Appleton - Century - Crofts. Capítulo 1, p. 1-8, 1982.
 6. JOHNSEN, D. C. Characteristics and backgrounds of children with nursing caries. **Pediatr Dent**, v. 4, n. 3, p. 218-224, Sept. 1982. *Apud* MILNES, A. R. Description and epidemiology of nursing caries. **J Public Health Dent**, v. 56, n. 1, p. 38-50, Winter, 1996.
 7. MATARAZZO, J. D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new psychology. **Am Psychol**, v. 35, p. 807-817, Sept. 1980.
 8. MILNES, A. R. Description and epidemiology of nursing caries. **J Public Health Dent**, v. 56, n. 1, p. 38-50, Winter, 1996.
 9. PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Toward a comprehensive model of change. In: MILLER, W.; HEATHER, O. (Org.) **Treating Addictive Behaviors: Process of Change**. New York : Plenum Publishing Corp. 1986. p. 3-27.
 10. WEINSTEIN, P. Research recommendations: pleas for enhanced research efforts to impact the epidemic of dental disease in infants. **J Public Health Dent**, v. 56, n. 1, p. 55-9, Winter, 1996.

Recebido para publicação em 24/11/99
Enviado para reformulação em 16/03/00
Aceito para publicação em 17/04/00



Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia

CURSOS PARA O 2º SEMESTRE DE 2000

Visite-nos no endereço:

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227
Cid. Universitária- São Paulo-SP
CEP: 05508-900

ou no site:

www.fundecto.com.br

ESPECIALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

CURSOS TÉCNICOS

CURSOS EXTRAS

WORKSHOPS

LIGUE: 3819-6110