

MARIA EDUARDA REIS DE TOLEDO LEITE

PAULA SAMARA MAZZARIOL



1290005108

TCE/UNICAMP  
L536e  
FOP

## EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Monografia apresentada ao  
Curso de Especialização em  
Odontopediatria da Faculdade  
de Odontologia de Piracicaba  
da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do  
Título de Especialista em  
Odontopediatria.

Piracicaba  
1997

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PI-RICICABA  
BIBLIOTECA

MARIA EDUARDA REIS DE TOLEDO LEITE  
PAULA SAMARA MAZZARIOL

EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Monografia apresentada ao  
Curso de Especialização em  
Odontopediatria da Faculdade  
de Odontologia de Piracicaba  
da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do  
Título de Especialista em  
Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra.  
Marinês Nobre dos Santos -  
FOP-UNICAMP

Piracicaba  
1997

Local: \_\_\_\_\_  
Autor: L536e  
\_\_\_\_\_

Endereço - FOP/UNICAMP

/UNICAMP

Edição: \_\_\_\_\_ Ed. \_\_\_\_\_

Exemplares: \_\_\_\_\_ Ex. \_\_\_\_\_

5108

C  D

16P-134/2020

20/11/10

R\$ 11,00

725145

**Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da FOP/UNICAMP**

L536e	Leite, Maria Eduarda Reis de Toledo. Educação para promoção de saúde bucal / Maria Eduarda Reis de Toledo Leite, Paula Samara Mazzariol. - Piracicaba : [s.n.], 1997. 42f. Orientador : Marinês Nobre dos Santos. Monografia (especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Educação. 2. Odontologia. I. Santos, Marinês Nobre dos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. 19.CDD - 617.601
-------	--

**Índices para o Catálogo Sistemático**

1. Odontologia preventiva

617.601

Dedicamos este trabalho aos nossos pais pelo amor e apoio que nos deram durante a realização da pesquisa e também por nos darem a oportunidade de podermos continuar investindo, estudando e nos dedicando à área que escolhemos para nos realizarmos, exercendo assim cada vez melhor nossa profissão.

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marinês Nobre dos Santos, por nos orientar durante a elaboração da monografia.

À Profa. Dra. Regina Maria Puppim Rontani, pelo apoio e cooperação nas diversas etapas dessa Especialização.

Aos amigos Luciane, Suzane, Gustavo , Walter e André pela amizade e colaboração durante a realização do trabalho.

À Jandira por se fazer presente nos momentos em que precisamos de sua ajuda.

Às colegas do curso de Especialização pelo companheirismo e amizade trocados durante o curso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente possibilitaram a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

	p.
1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1 - Processos Educativos na Área de Saúde.....	4
2.1.1 - Histórico.....	4
2.1.2 - Educação para Saúde.....	4
2.2 - Bases Psicológicas.....	7
2.2.1 - Educação Tradicional.....	7
2.2.2 - Terapia de Milton Erickson.....	8
2.2.3 - Construtivos.....	10
2.2.4 - Neurofisiologia dos Hemisférios Cerebrais.....	15
2.3 - Estrutura da Família.....	16
2.4 - Atitudes Profissionais.....	20
2.5 - Importância da Motivação no Processo de Educação.....	24
2.6 - Dieta.....	25
2.7 - Efeito da Higiene Bucal.....	27
3 - DISCUSSÃO.....	29
4 - CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

### Lista de Abreviaturas em Latim

**Apud** = em

**et al.** = e outros (abreviatura de "et alii")

**Op. cit.** = na obra citada (abreviatura de "Opus citatum")

**s.d.** = sem data (abreviatura de "sine datum")

## RESUMO

Atualmente, existe uma tendência para que a Educação em Saúde Bucal tenha como objetivos basear-se em sensibilidade e não em necessidade, informar sobre coisas objetivas, capacitar e encorajar. Desta forma, pode-se afirmar que educar é promover Saúde.

A realização de uma boa educação está relacionada com o que emerge do público, desencadeando, então, um processo educativo, sendo importante integrar as experiências. Contudo o educador deve ter em mente que o essencial não é o que ensinar, mas sim, como ensinar, sendo importante que o mesmo assegure-se do conteúdo do material educativo baseado em estudos científicos. Logo, uma boa aprendizagem implica em relacionar a informação básica a um forte conteúdo emocional positivo, enquadrá-la numa atividade rotineira obrigatória e conectá-la a algo específico nos três sistemas representativos (auditivo, visual e cinestésico)

Esta monografia tem como meta, tentar relacionar os conhecimentos odontológicos e da psicologia de maneira que associados possam auxiliar na promoção de Saúde Bucal, tornando mais efetivo o controle da doença cárie / periodontal na população alvo dos programas de prevenção.

## **SUMMARY**

In nowadays Oral Health Education is meant to be based on sensibility rather than necessity, to inform about objective things, to capacitate and encourage. Thus, we can say that educating is promoting Health.

The development of proper education is related to what emerges from the public, starting then an educative process, where it is important to integrate the experiences. However, the educator shall have in mind that the essential is not what to teach but how to do it, self assured of the contents of the educative material based on scientific studies. Thus, a proper learning implies on relating the basic information to strong positive emotional contents, insert it in a compulsory daily-basis activity and connect it to something specific in the three representative systems (auditive, visual and sensory).

This work has the objective of discussing the importance of the knowledgement of psychology, education and factors directly related to the patient's oral health like diet and oral hygiene habits and how to associate them with the aim of promoting oral health by improving the control of caries and periodontal diseases in the target population of the preventing programs.

## PROPOSIÇÃO

Esta monografia tem como objetivo realizar uma análise da importância da Educação, no que refere-se à postura da família e do paciente em relação à saúde bucal, associando o processo de educação ao conhecimento da psicologia. Sendo assim, podemos dizer que este trabalho justifica-se tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelo Odontopediatra em educar tanto os seus pacientes, como principalmente, seus responsáveis visando a Promoção de Saúde Bucal.

## **1. INTRODUÇÃO**

## 1 - INTRODUÇÃO

A criança é, sem dúvida, um dos temas que atualmente mais catalisam atenção, num tal nível, que há autores sugerindo a ocorrência de uma nova forma de organização da família: o “filiarcado” em oposição aos antigos “matriarcado” e “patriarcado”, em uma tese precariamente articulada e exposta, mas, sugestiva, de quando se considera a vida hoje estruturada em função da criança. Isto nos leva a crer que no desenvolver da ciência ficou estabelecida a necessidade de cuidados especiais requeridos pela criança, que vão além do nível de saúde física, centralizando-se, em grande parte, no bem estar psicológico. Os reflexos destas mudanças apareceram na Odontologia à partir de 1897, com o primeiro registro de serviços profissionais dedicados à criança e em 1925 temos o primeiro livro sobre Odontologia Infantil, ambos nos EUA. No Brasil, o ensino da Odontopediatria teve início em 1931, sendo que a psicologia foi incluída como disciplina curricular capaz de auxiliar o cirurgião-dentista em 1982<sup>8</sup>.

No processo de desenvolvimento, a relação da criança com o seu ambiente é importante, estabelecendo-se entre ambos um sistema de trocas onde a criança é socializada, ao mesmo tempo em que socializa seus socializadores; a geração mais velha e a mais nova aprendem uma com a outra; enquanto a criança adquire comportamentos compatíveis com o esperado pelos adultos, estes vão assimilando formas e maneiras mais produtivas de lidar com ela. Este processo de socialização tem como objetivo que a criança adquira comportamentos e valores compatíveis com o de seu grupo, isso deve ocorrer dentro de um espaço de

variabilidade, pois cada indivíduo é único, com características próprias; associado à bagagem de heranças genéticas e ao seu ambiente. Cada criança comporá a sua linha de desenvolvimento, que a despeito de características comuns lhe será peculiar.

Em nossa sociedade é a família o agente por excelência do processo de socialização da criança, por ser o primeiro a iniciar a educação na fase em que a criança está mais sensível para uma aprendizagem efetiva, social, moral e também, por ser ao longo do processo, o elemento mais duradouro e constante no tempo.

A educação, como entendida pelos psicólogos modernos, é mais do que uma simples transmissão de conhecimentos: é a mudança de atitude exteriorizada por uma mudança comportamental <sup>25</sup>.

O cirurgião-dentista precisa entender as diferentes etapas do desenvolvimento psicológico da criança e o que esperar em relação ao comportamento emocional e social desta, além de estar capacitado para comunicar-se com a criança de uma forma consistente de acordo com a visão do mundo da mesma. Conhecendo o mecanismo de aprendizagem da criança, o profissional disporá de subsídios com vistas à induzi-la a comportar-se da maneira desejada e esperada.

Assim, o objetivo deste trabalho é propor uma alteração no paradigma "cirúrgico-restaurador" para o de "Promoção de Saúde Bucal", através da associação de procedimentos preventivos básicos com Educação em Saúde Bucal. Partindo da premissa que a cárie é uma doença culturalmente enraizada, podemos afirmar que apenas com uma decisão no âmbito governamental poderemos ter, futuramente, o controle desta enfermidade. Contudo, como Odontopediatras, verificamos, também, dentro do consultório particular a dificuldade de educar tanto o paciente como seus responsáveis no sentido de efetivar uma mudança de comportamento com vistas à prevenção e controle da

cárie dental, constatando que os métodos preconizados até pouco tempo não produziam resultados satisfatórios e os pacientes retornavam sempre com novas lesões cariosas <sup>23</sup>. Acreditamos que a abordagem da criança, no sentido de estimulá-la a manter sua Saúde Bucal, assim como, de encarar os cuidados com seu próprio corpo com naturalidade, esteja sendo feita de uma maneira pouco eficiente. Propomos, então, um conhecimento mais aprofundado da natureza infantil, propiciando uma comunicação mais direta e aberta. Essa visão do indivíduo inserido em um contexto de desenvolvimento, que o coloca como ser biopsicossocial, deve ser incorporada pelo cirurgião-dentista, a medida em que é na infância que ocorrem as maiores e mais importantes mudanças, estando a criança mais vulnerável e sensível ao seu ambiente.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

## **2 - REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 - Processos Educativos na Área de Saúde**

#### **2.1.1 - Histórico**

De acordo com COSTA (1987) <sup>11</sup>, o nascimento da “pedagogia da boa higiene” confundiu-se com a história do conjunto de disciplinas ligadas ao que se convencionou chamar “os problemas de higiene e saúde”, cujo desenvolvimento nos países europeus, à partir de fins do século XVII, esteve correlacionado com um esforço generalizado de moralização e domesticação das classes populares. Educação e Saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas, sendo que a Educação permeia todas as outras práticas sociais de forma difusa, durante a vida dos indivíduos, de uma geração a outra. Contudo, é necessário pensar na Educação e Saúde, não mais como uma educação localizada no interior da saúde, precisando portanto, recuperar a dimensão da Educação e da Saúde, estabelecendo as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais.

#### **2.1.2 - Educação para Saúde**

RAPPAPORT et al (1981) <sup>34</sup>, referindo-se a tentativa de preencher o vazio existente entre a Educação e a Saúde diz que não podemos relacionar tal

fato apenas ao indivíduo e a sua família, devendo, também, estender tal responsabilidade às instituições sociais e às condições econômicas que facilitam ou impedem o indivíduo de obter o maior nível de saúde possível.

Para PONCE (1985)<sup>33</sup>, a educação baseia-se na relação que existe entre a conduta humana e a saúde. Portanto, as metas da Educação são a compreensão das características da conduta em relação aos problemas de saúde e a possibilidade de nela influir com o propósito de promover, manter e restaurar a saúde. A Educação para Saúde tenta aproximar o que se conhece cientificamente sobre a conduta necessária para obter-se um nível ótimo de saúde e o que realmente a população pratica. Os esforços educacionais para a saúde devem ser enfocados ao indivíduo que necessita de conhecimentos adequados para mantê-la.

Da mesma maneira, COSTA (1987)<sup>11</sup>, observou que o profissional da área de saúde obtém informação verbal sobre sintomas e sinais, realiza exames, ausculta o paciente e faz um diagnóstico sobre o problema de saúde; o educador estuda a comunidade, obtém informação sobre o nível de conhecimento, sobre as atitudes e as formas de conduta relacionadas com o problema de saúde específico; além de identificar as pessoas chaves, os grupos da comunidade e reconhecer as barreiras que podem aparecer no desenvolvimento do programa de saúde. Assim, o diagnóstico serve de base para que o educador possa planejar as atividades preliminares e dar apoio ao programa uma vez que este se inicia, e também à sua conclusão, lhe permitindo avaliar os resultados passados pela informação, baseado em atitudes e condutas da população.

MEDEIROS & CARVALHO (1990)<sup>24</sup>, afirmaram que o papel da Educação para a Saúde como medida preventiva, proporciona conscientização e motivação aos pacientes.

Segundo PILZ (1990)<sup>31</sup>, para que uma alteração efetiva no âmbito comportamental possa ocorrer é necessário um processo básico e complexo de

mudança. No lugar de um comportamento acomodado de indiferença, deve surgir o comportamento consciente de saúde. Levar uma vida saudável é uma característica dinâmica. A proteção contra doenças implica em conhecimento, vontade, interesse e iniciativa, participação e disciplina. Esta consciência de saúde precisa estar ligada a uma atitude responsável e objetiva. Crianças e jovens adquirem habilidades e costumes próprios de acordo com tudo o que aprenderam, principalmente, no convívio familiar e, em menor escala, no convívio social. O processo de educação em casa necessita de uma harmonização com as informações recebidas no dia-a-dia na escola e fora dela. Deve-se ressaltar ainda que, para que uma realidade de saúde se estabeleça, não basta apenas orientar o indivíduo (a criança) no sentido da escovação, pois é sabido que não obrigatoriamente a escovação significa remoção de placa bacteriana, principalmente devido a falta de destreza desta população, sendo necessário ainda, um trabalho de esclarecimento, tanto dos responsáveis como da própria criança.

Segundo o Plano Decenal de Educação para Todos (1993) <sup>32</sup>, o profissional da área de saúde tem um campo formado para o desenvolvimento de atividades relacionadas à Educação para a Saúde do público. Sua posição social frente ao paciente e seus familiares, faz com que se torne um elemento essencial na formação de atividades e condutas favoráveis à saúde individual e coletiva. Sua autoridade profissional lhe permite informar, sugerir e, inclusive, indicar os tipos de condutas utilizadas para a manutenção da saúde e prevenção das enfermidades. A Educação para Saúde é uma parte especializada da saúde pública, e como tal, existe um corpo de conhecimentos e técnicas associadas às ciências, sendo que o educador da saúde deve manipular conceitos relacionados à conduta humana, às características sociais, culturais e econômicas da população. Portanto, a Educação para Saúde explora constantemente novos horizontes em matéria de psicologia social, antropologia e sociologia e, investiga a influência do grupo sobre o

indivíduo, a dinâmica individual e familiar em matéria de saúde e a promoção de formas de conduta individual e coletiva.

## **2.2 - Bases Psicológicas**

### **2.2.1 - Educação Tradicional**

Para RAPPAPORT (1981) <sup>36</sup>, alguns conceitos fundamentais da Teoria da Aprendizagem Social devem ser discutidos, pois estes derivam das teorias de "estímulo-resposta". Os processos vicariantes (observar o que os outros viveram), simbólicos e auto-reguladores ocupam um lugar predominante na Teoria da Aprendizagem Social. Conseqüentemente, a teoria da Aprendizagem Social acredita que tanto a modelação quanto as contingências de reforçamento do ambiente são fundamentais na determinação da conduta humana, enfatizando, desta maneira, o dado objetivo. Neste sentido, o papel da cognição passa a ser fundamental. O ser humano é alguém que se interpreta, se avalia, sendo capaz em certa medida de regular seu próprio comportamento. O termo "cognição" refere-se àquelas condições que propiciam a aquisição de conhecimentos. Para que a informação seja processada, alguns pré-requisitos são necessários: o estímulo precisa ser discriminado para que não passe despercebido; outro fator importante para avaliar o impacto de um estímulo sobre um determinado organismo é a maneira através da qual ele é apresentado. Além de suas características físicas, deve-se dar especial importância as instruções, pistas contextuais, informações adicionais, rótulos e nomes que o acompanham. Na medida em que a Teoria da Aprendizagem Social privilegia tanto os aspectos dos indivíduos, quanto os fatores ambientais, é de entender-se que psicólogos desta abordagem venham

ênfatisando a importância da "avaliação cognitiva" das situações, que é entendida por interpretação, ou significado que cada pessoa atribui aos estímulos com os quais se depara. Desta forma, um dos pressupostos básicos desta teoria é que a pessoa não é um agrupamento de respostas automáticas, desencadeadas por estímulos ambientais. Embora estes últimos tenham um impacto sobre a conduta humana, os indivíduos são capazes de monitorar seu próprio comportamento. Neste sentido, mudanças de comportamento também ocasionam alterações no meio externo.

Este mesmo autor em (1981) <sup>35</sup>, ênfatisou que a noção de aprendizagem social indica que o conhecimento pode ser adquirido e modificado, dependendo da ação de reforços. Nas teorias tradicionais de comportamento, o aprendizado ocorre através de incentivos e reforços onde a observação de modelos mostra a aquisição súbita de novas unidades de comportamento. A independência entre aquisição da resposta, variáveis de reforços e o ato da manifestação da resposta apreendida, pode dar-se dias, semanas ou meses após a observação do modelo. A presença de reforços e incentivos parece atuar principalmente como elemento facilitador da aprendizagem.

Segundo BANDURA <sup>3</sup>, o uso de modelos sociais é um meio indispensável de transmitir e modificar o comportamento em situações onde os erros podem ser fatais. A teoria tradicional, refere-se primordialmente ao fato de que, somente através de um processo lento e gradual de condicionamento, seria impossível o acúmulo e a transmissão de hábitos, valores, crenças, usos e costumes que atuam em uma dada sociedade, sendo necessário a aprendizagem através de modelação, ou seja, da imitação de modelos.

### 2.2.2 - Terapia de Milton Erickson

Segundo ERICKSON (1963) <sup>14</sup>, sua terapia enfatiza a flexibilidade, sendo que o terapeuta aborda o paciente através de técnicas indiretas. Ao invés de discutir técnicas específicas, Erickson preferia abordar a idéia da "utilização" que basicamente significa que, as melhores técnicas são aquelas que se derivam dos próprios pacientes e não do terapeuta. A comunicação psicológica indireta é a base do método ericksoniano. Erickson notou que a comunicação acontece em múltiplos níveis, incluindo o conteúdo verbal, o comportamento não-verbal e as implicações de cada um. As comunicações indiretas são realmente implicações, e não conteúdos expostos. O método indireto é o processo pelo qual as respostas acontecem, sem que o sujeito tenha completa consciência disto, sendo, paradoxalmente, o método mais direto para promover mudança,

ZEIG (1985) <sup>42</sup>, mencionou que a comunicação é ao mesmo tempo indicativa e injuntiva, e que a denotação e a conotação estão presentes em toda comunicação. A comunicação é indicativa quando os fatos são relatados. A parte injuntiva da comunicação é geralmente uma mensagem mais disfarçada que diz sempre: "Faça algo". É o aspecto injuntivo da comunicação que promove a mudança. Na terapia ericksoniana a flexibilidade é sempre enfatizada, sendo que o terapeuta aborda o paciente através de técnicas indiretas. Com o uso da comunicação indireta, menor resistência é feita pelo paciente às intervenções, fazendo com que ele responda a elas conscientemente ou não, mais rapidamente.

Para HALEY (1992) <sup>17</sup>, não são apenas as palavras ou os dados do terapeuta que promovem a mudança. A mesma, na maioria das vezes, vem quando os pacientes respondem às injunções do terapeuta, quando eles ouvem o que o terapeuta indiretamente lhes sugere que façam. Erickson acreditava na integridade do inconsciente, acreditando no ditado que diz: "Se as coisas são expressas

inconscientemente, reaja de acordo; se as coisas são expressas conscientemente, discuta-as diretamente”.

### **2.2.3 - Construtivismo**

CHRISTEN (1977) <sup>10</sup>, de acordo com Piaget, afirmou que o problema não se resume a falta de capacidade de compreensão das idéias pelas crianças, apenas que elas apreendem (associam) as idéias de acordo com os níveis de seu desenvolvimento. A base da teoria de Piaget é que a função mantém-se invariável enquanto a estrutura muda sistematicamente conforme a criança se desenvolve. Ele acredita que a inteligência é a capacidade de adaptação da criança ao meio. O pensamento não se desenvolve como altura e peso, os quais apenas aumentam com o passar da idade, ele assume diferentes modelos de acordo com o nível de desenvolvimento. A autora descreve, ainda em seu trabalho, alguns princípios através dos quais Piaget explica os mecanismos usados pelas crianças para compreender o mundo:

#### **Princípios de Piaget**

##### *- Animalização -*

Piaget mostra que crianças de 2 a 7 anos atribuem vida a objetos inanimados. A criança oferece vida, movimento e espontaneidade a todos os “corpos”. Durante esta fase, de 2 a 7 anos, a criança acredita que tudo o que se move está vivo (bicicletas, fogo, ondas, vento, o sol, a lua, tudo tem vida). Uma criança bem jovem crê que uma planta sente dor ao ser cortada, ou ainda, que um trovão possa ser a voz de algo animado.

- *Propriedades Fisionômicas* -

Este princípio ocorre baseado no fato de que uma criança atribui a objetos inanimados emoções próprias dos seres humanos. Assim, na prática odontológica, pode ser bastante interessante atribuir aos objetos e estruturas nomes, qualidades e personalidades que façam parte da vida cotidiana da criança.

- *Repetição* -

Repetir palavras, sílabas e sons dão prazer a criança; quando esta está brincando sozinha é capaz de repetir as palavras pelo simples prazer de ouvi-las, sem necessariamente estar falando com alguém. Piaget acredita ser este um fenômeno do vestígio da “tagarelice infantil”, obviamente destituído de qualquer caráter social. Frequentemente, a criança não sabe que está imitando um modelo, desta forma é capaz de aprender um jogo e jogá-lo como se fosse sua própria criação. Quando explicamos algo para uma criança de 6/7 anos e pedimos para que esta repita a explicação, invariavelmente elas acreditam terem descoberto tudo por si mesmas. Este fenômeno, associado aos outros dois, anteriormente citados, fazem com que a onomatopéia, seja uma das figuras de linguagem mais utilizadas com as crianças.

- *Mágica (Artificialismo)*-

Piaget sugere que a criança faz confusão com o mundo físico e com o temporal. A criança acredita que tudo foi criado pelo homem (montanhas, lagos, árvores...), sendo que as crianças ainda menores, acreditam poder controlar os fenômenos naturais de acordo com suas vontades, como se fosse mágica, acreditam poder, por exemplo fazer parar de chover:” rain, go away, come again some other day”.

- *Centralização*-

Segundo Piaget, a tendência da criança é fixar-se em algum detalhe de um fato mais complexo, e na realidade, ela ainda não está apta a dar atenção a situação global. Isto é verdadeiro, principalmente, para crianças de 2 a 7 anos, e pode ser exemplificado com a conhecida prova do copo, onde se coloca dois copos preenchidos com a mesma quantidade de líquido, e uma criança de 5 anos irá responder que o conteúdo líquido é exatamente o mesmo, porém, se o conteúdo de um dos copos for despejado em outro recipiente cuja forma física seja outra (uma xícara), esta mesma criança de 5 anos irá afirmar tratar-se de quantidades diferentes de líquido, enquanto outra criança de 8 anos, responderá acertadamente. Crianças nesta faixa etária, não conseguem descentralizar, não podem, por exemplo, pensar em mais de um aspecto de uma situação ao mesmo tempo, e por este motivo sentem dificuldades em resolver problemas.

- *Egocentrismo*-

No primeiro trabalho de Piaget, The Language and Thought of the Child (1926), o autor discute a visão subjetiva que as crianças têm do mundo, chamando este fato de egocentrismo. A criança acredita que o mundo foi criado para ela, que todos pensam da mesma forma que ela o faz, e que todos compartilham com ela seus sentimentos e desejos. Na linguagem de Piaget, egocentrismo não significa auto-referência ou auto-glorificação, significa estar centrado em si mesmo, mas de uma maneira especial. A criança não é capaz de distinguir entre o que diz respeito a si mesma e o que faz parte do mundo alheio ao seu. Ela encontra dificuldade em colocar-se no lugar de outra pessoa. Este egocentrismo mostra a falta de habilidade da criança em expressar-se com clareza, mas conforme ocorre o amadurecimento, esta deixa de ter a visão egocêntrica do mundo, descobrindo o social (socialmente orientada). Este fato está diretamente relacionado com o pouco desenvolvimento da linguagem.

De acordo com BEE (1987) <sup>5</sup>, o construtivismo está baseado no modelo piagetiano, que preocupou-se com vários aspectos do conhecimento, dando ênfase principal ao estudo da natureza do desenvolvimento intelectual da criança. Os estudos do pensamento expressos apenas verbalmente, isto é, através de perguntas feitas à criança, na ausência de manipulações concretas podem fornecer, somente, um quadro incompleto de sua estrutura e desenvolvimento. A criança irá construir seu crescimento mental, sendo vista como agente de seu próprio desenvolvimento. O desenvolvimento para Piaget, irá seguir determinadas etapas caracterizadas pela aquisição de estruturas originais e por uma determinada forma de equilíbrio, que dependem das construções anteriores, mas delas se distinguem. Piaget apresentou uma visão interacionista, mostrando a criança e o homem num processo ativo de contínua interação, procurando entender quais os mecanismos mentais que o sujeito usa nas diferentes etapas da vida para poder entender o mundo. Esta autora propôs, então, uma divisão didática das fases de desenvolvimento da criança:

#### **Período sensorial-motor (0 - 24 meses)**

A formação dos esquemas sensoriais-motores irá permitir ao bebê a organização inicial dos estímulos ambientais, possibilitando que, ao final do período ele tenha condições de lidar com a maioria das situações que lhe são apresentadas mesmo que de modo rudimentar. A consciência começa por um egocentrismo inconsciente e integral, até que os progressos da inteligência sensorial-motora levem à construção de um universo objetivo, onde o próprio corpo aparece como elemento entre os outros e ao qual se opõe a vida interior, localizada neste corpo. Nesta fase, uma das funções da inteligência será a diferenciação entre os objetos externos e o próprio corpo. O bebê irá explorar seu próprio corpo, conhecer os seus vários componentes, sentir emoções, estimular o ambiente social e ser por ele estimulado, desenvolvendo a base de seu auto conceito que esta alicerçado no esquema corporal, isto é, na idéia que a criança

forma de seu próprio corpo. Ao final deste período, embora a criança permaneça bastante egocêntrica em seu entendimento da realidade, já terá caminhado de maneira significativa, no sentido de conhecimento adaptado à realidade, embora permaneça limitada em suas possibilidades intelectuais.

### **Período pré-operacional (2 - 7 anos)**

Ao se aproximar dos 24 meses, a criança estará desenvolvendo a linguagem o que lhe dará possibilidades de utilizar-se da inteligência prática decorrente dos esquemas sensoriais-motores formados na fase anterior e iniciar a capacidade de formar esquemas simbólicos. O alcance do pensamento irá aumentar lenta e gradualmente e assim, a criança continuará egocêntrica e presa às ações, devido à ausência de esquemas conceituais e de lógica. O pensamento será caracterizado por uma tendência lúdica, por uma mistura de realidade com fantasia, o que determinará uma percepção muito distorcida da realidade. Teremos uma criança que a nível comportamental, atuará de modo lógico e coerente (em função dos esquemas sensoriais-motores adquiridos na base anterior) e que a nível de entendimento da realidade estará desequilibrada (em função da ausência de esquemas conceituais). O egocentrismo é tão marcante que se manifestará nas áreas de atuação da criança: intelectual, social e de linguagem. Do egocentrismo intelectual (a criança estará nesta fase desenvolvendo os chamados pré-conceitos, isto é, noções a respeito de objetos que serão utilizados na fase seguinte para formar os esquemas conceituais) a sua percepção será altamente dependente da percepção imediata e sujeita, portanto, a vários erros. Quanto ao aspecto social, vemos o início do desligamento da família em direção a uma sociedade de crianças, mas o tipo de relacionamento se caracteriza por fazer coisas junto, sem interação efetiva, isto decorre de seu egocentrismo.

### **Período das operações concretas (7 - 12 anos)**

Observa-se um marcante declínio do egocentrismo e um crescimento do incremento do lógico. Em função da capacidade adquirida de formação de esquemas conceituais, a realidade passará a ser estruturada pela razão e não mais pela assimilação egocêntrica. A tendência lúdica do pensamento, quando o real e o fantástico se misturam nas explicações fornecidas pela criança, será substituída por uma atitude crítica. As ações físicas típicas da inteligência sensorial-motora e ainda necessárias na fase pré-operacional, passam a ser internalizadas e a ocorrer mentalmente. O julgamento deixa de ser dependente da percepção e se torna conceitual. A criança entende tanto a operação direta como a inversa de um mesmo sistema e isto consolida o pensamento da criança numa estrutura lógica que Piaget denomina de agrupamento. O termo agrupamento se refere, portanto, às leis que organizam e regulamentam a utilização dos esquemas conceituais adquiridos nesta fase e que são responsáveis pela coerência agora observada no pensamento da criança. No que se refere a linguagem, verifica-se um declínio da linguagem egocêntrica até o seu completo desaparecimento. Quanto ao desenvolvimento social, ocorrerá uma diminuição no egocentrismo e a criança terá capacidade para perceber que outras pessoas tem pensamentos, sentimentos e necessidades diferentes das suas, levando-a a uma interação social mais genuína e mais efetiva, tanto com seus pais como com os adultos de maneira geral. Quanto ao desenvolvimento dos julgamentos morais, as intenções do sujeito passam a ser levadas em consideração. O pensamento é, sem dúvida, para Piaget, um dos aspectos centrais na adaptabilidade do homem ao seu meio circundante.

### **Período das operações formais ( 12 anos em diante)**

O período das operações concretas apresenta limitações sendo a principal delas o fato de que, tanto os esquemas conceituais como as operações

mentais realizadas se referem a objetos ou situações que existem concretamente. Na adolescência esta limitação deixa de existir e o sujeito será capaz de formar esquemas conceituais abstratos e realizar com eles operações mentais que seguem os princípios da lógica formal, o que lhe dará riqueza em termos de conteúdo de flexibilidade de pensamento. Nesta fase, o indivíduo atinge sua forma final de equilíbrio, segundo Piaget, podendo buscar sua identidade e autonomia pessoal.

#### **2.2.4 - Neurofisiologia dos Hemisférios Cerebrais**

Segundo MIALARET (1981) <sup>25</sup>, o hemisfério cerebral esquerdo processa melhor as informações de maneira sequencial lógica, linear, detalhista, organizada e analítica, sendo que o hemisfério cerebral direito é caracterizado pelo processamento da informação de maneira global, emocional, não - linear, ou sem lógica. Assim, a aprendizagem que se realiza no hemisfério cerebral esquerdo refere-se às expressões verbais, leitura, escrita, matemática, computação ou aritmética, assim como a recordação de fatos ou situações passadas com o uso de material verbal, como frases e siglas verbais onde a facilidade para recordar nomes, datas e outros tipos de material verbal são auxiliares nesse processo. Verificação, descrição verbal dos acontecimentos, delineamento de linhas conclusivas e outras estratégias do mesmo tipo completam as estratégias de elaborar e processar a informação desse hemisfério. Já o hemisfério cerebral direito é responsável pelos seguintes comportamentos: apreensão das idéias globais e principais dos problemas, lidar intuitivamente com fatos e situações de modo simultâneo, aprender através da experiência e do contato direto com o material, elaborar pensamentos através de imagens ou sonhar acordado, responder positivamente a apelos emocionais, usar analogias e metáforas, sumarizar o material estudado, lembrar facilmente de rostos, interpretar linguagem

corporal, usar de humor, improvisar, desenhar as próprias idéias, sintetizar imagens e outros processamentos da mesma natureza .

### 2.3 - Estrutura da Família

Segundo DREKURS (1969) <sup>13</sup>, a criança, antes de vir ao mundo exterior, sofre uma série de influências maternas. Estas formulam e reformulam a sua personalidade, sobretudo pelas condições físicas e mentais da mãe, como também pelas emoções relativas ao seu estado de gravidez. Após o nascimento, a criança sofre influências do meio ambiente, quer ou não modificadas pelo homem, moldando-lhe a personalidade. Os hábitos, por definição, são individuais, sendo que os adultos desejam que as crianças os absorvam desde cedo. Na verdade não são hábitos, mas senão normas padronizadas de pensar, sentir e ou agir adquiridos de modo geral, inconsciente e automaticamente onde as reações e reflexos devem ser chamados de "costumes" e não de "hábitos". Deste modo, os adultos desejam transmitir às crianças "costumes" que consideram "sociais", necessitando em sua maior parte, da época propícia. Desejam que as crianças aprendam a brincar em horas certas, a descansar em horas pré-determinadas, alimentar-se quer queiram ou não, enfim, que sigam normas ou costumes, assim como sedimentar atos de higiene e cuidados pessoais, de uma só vez, como se fossem adultos.

As funções sociais, de acordo com BOTTOMORE (1970) <sup>7</sup>, apresentam quatro modalidades para a família que são: reprodução, manutenção das crianças, colocação (status) e socialização, estando implícitas as sociais propriamente ditas e as psicológicas da família, destacando-se a necessidade de afeição e segurança dos filhos, assim como a dos pais. Disso, pode-se depreender que, a família, qualquer que seja seu status social, tem inúmeras

responsabilidades para com os filhos, devendo dedicar boa parte de seu tempo e recursos na educação, instrução e carinho para criá-los.

Segundo GIFT (1971) <sup>15</sup>, em um trabalho onde cirurgiões-dentistas foram perguntados a respeito da importância do envolvimento paterno na mudança de comportamento, a maioria absoluta dos entrevistados (90%) respondeu favoravelmente ao apoio dos pais, afirmando que a desatenção destes dificulta, em muito, a motivação das crianças, prejudicando o controle da higiene em casa. O odontólogo, porém, não deve esquecer-se que o ângulo de visão dos problemas odontológicos é bastante distinto entre paciente e profissional, e desta maneira, uma abordagem muito acadêmica dos problemas dentários pode tornar-se, para o paciente, inexecutável.

Para SILVA (1975) <sup>41</sup> a introdução de novos hábitos, visando uma mudança de comportamento, deve ser lenta e gradativa, até que, o indivíduo com o passar do tempo e o seu desenvolvimento psicológico, consiga distingui-los e executá-los sob forma de rotina e sobretudo sem pressão.

BARANOWISCK (1985) <sup>4</sup>, salientou a necessidade de estabelecer uma mudança de hábitos e práticas que levem à preservação e manutenção da saúde bucal dos pacientes pediátricos, com participação efetiva dos pais. Comportamentos relacionados à saúde que são aprendidos e mantidos na infância são menos vulneráveis a mudanças posteriores. A família, portanto, possui um papel crítico na socialização da criança, sendo considerada também como uma importante base para a formação e internalização do comportamento relativo à saúde.

Para ADENAIIS (1987) <sup>1</sup>, o papel da família parece ter mudado. Uma mudança no modelo tradicional de status profissional e independência econômica, pode ter contribuído para a redistribuição da responsabilidade e da participação nas atividades familiares. O alto grau de atividades profissionais e menor

dependência econômica das mulheres (mães), provavelmente levou a uma alteração no significado da influência de cada membro da família na formação e manutenção do comportamento relacionado à saúde da mesma. Assim, os homens (pais) começaram a dar maior importância ao seu papel na formação e manutenção do comportamento relativo a saúde da criança.

Os determinantes familiares relativos ao comportamento preventivo de saúde não tem sido sistematicamente estudados ou guiados por modelos ou teorias, sendo assim, SALLIS e NADER <sup>39</sup> idealizaram, em 1988, um modelo conceitual das influências familiares no comportamento relacionado com a saúde. O modelo contém 4 componentes: a) envolvimento familiar e a interrelação entre comportamento de saúde e os membros da família.; b) os antecedentes e as conseqüências do comportamento de saúde; c) mecanismos de influência, principalmente a responsabilidade, facilitando o aprendizado por observação e a análise das conseqüências; d) influências externas. O desenvolvimento físico e motor tem conseqüências tão diretas, do ponto de vista da formação da auto-imagem e da satisfação das necessidades da criança, que qualquer profissional que se proponha a lidar com ela precisa conhecer os principais conceitos, tendo em mente que cada criança tem padrão de crescimento alternados por períodos de desenvolvimento, sendo assim, pode-se dizer que, a satisfação das necessidades depende em grande parte do sentido de adequação física e da eficiência em habilidades motoras. O desenvolvimento de um comportamento socialmente adequado é de interesse complementar para o profissional, devendo haver integração das necessidades e intenções das crianças com as do grupo em que vive, para seu próprio benefício; além do conhecimento de que a criança é individualista, tomando-se socializada apenas quando descobre que obtém vantagens ao interiorizar valores e ao submeter-se as suas exigências. Grande parte de seu comportamento social adequado é influenciado por fatores de predisposição, de natureza hereditária e orientação específica por forças culturais

e sociais, além da identificação ser importante para orientar, inicialmente, o desenvolvimento social da criança.

Segundo ROSSON (1992) <sup>37</sup>, o núcleo estrutural da família é uniforme em razão das condições biológicas, idênticas para todas as variedades do gênero humano, constituído pela relação mãe - filho, em torno da qual a organização da família adquire as mais variadas feições. Dentro da teoria da família, componentes são descritos como relevantes para entender a saúde e o comportamento referente à mesma, na perspectiva familiar. Desta forma, a **função** refere-se a tarefa da performance familiar para a sociedade, sendo membro como a educação; **papéis determinados** que estão relacionados a responsabilidade, expectativas e direitos dos membros, como indivíduos. Tradicionalmente a mãe é responsável pela saúde até que a criança tenha adquirido tal comportamento; **modo de interação** que relata o estilo adotado pelos membros da família de acordo com o envolvimento e com o problema resolvido e decisões tomadas.

#### 2.4 Atitudes Profissionais

CHAMBERS (1970) <sup>9</sup> indicou como o dentista pode reforçar na criança, uma atitude positiva ou negativa. Ele reforçará positivamente a atitude da criança como forma de elogio, fazendo com que a mesma provavelmente reaja de forma semelhante no futuro. Ele usará o reforço negativo quando a atitude da criança não estiver condizente com sua real necessidade. Assim a criança terá maior cuidado quando for exibir o mesmo comportamento negativo no futuro, pois não terá aprendido a copiar tal comportamento. Seu trabalho revela o perigo sutil da aproximação empírica do contato com a criança. O dentista precisa ter

fundamento básico em psicologia que dará ao mesmo um maior visão da complexidade do problema e o fará mais sensível ao mesmo.

De acordo com SHEIHAM (1986) <sup>40</sup>, o fundamental propósito da prevenção acaba sendo o controle ou inibição da formação de placa bacteriana. Sendo assim, o profissional deve encorajar a auto-cuidado do paciente com relação a sua saúde bucal. Tal atividade envolve tanto a decisão como o comportamento individual relevantes para tal ato

BIJELLA (1990) <sup>6</sup> disse que, para capacitar o paciente, o profissional deve ter em mente os seguintes aspectos: o paciente precisa estar interessado em participar ativamente do programa de Educação e Prevenção, além de entender que o açúcar é uma substância cariogênica, sendo capaz de classificar os alimentos de acordo com maior poder cariogênico e compreender a importância da disciplina na ingestão desses alimentos. Deve ainda, valorizar a escovação dental como medida preventiva e reconhecer o cirurgião-dentista na prevenção da doença. O profissional também deve concentrar-se na transmissão de conhecimentos aos pais e ou responsáveis de tal forma que eles valorizem o programa de Educação e Prevenção, colaborando no lar e participando ativamente, através da identificação das causas, conseqüências e meios de controle da doença cárie, além de reconhecer a importância do controle no consumo de açúcar, da escovação dental e do uso de fluoretos na prevenção da doença, bem como restringir e controlar o consumo de açúcar de seus filhos e efetuar o controle mecânico da placa bacteriana nos mesmos.

Segundo KAY (1991) <sup>20</sup>, a mudança de comportamento, particularmente complexa e socialmente direcionada à hábitos como higiene e dieta está relacionada ao "tempo" e é uma tarefa difícil. A competência para mudança de comportamento requer esforço e prática para ensinar. Entretanto, qualquer tipo de mudança no paciente é válida, sendo importante que o profissional especifique metas intermediárias, nas quais ele possa enxergar a

possibilidade de atingi-las. Deve-se atingir uma meta de cada vez. Se os objetivos estabelecidos para um paciente forem muito difíceis, o mesmo pode frustrar-se e ficar desencorajado pelo fracasso, apesar dos consideráveis esforços. Isto será um risco para todo o programa de mudança. Além disso, o profissional deve ter em mente que as habilidades não são adquiridas através da simples leitura de um folheto informativo, ou mesmo, após uma explicação sobre a importância da higiene bucal. É possível, entretanto, que os eventos ocorridos momentos antes de um comportamento ter acontecido tenham maior influência na possibilidade da repetição deste, tendo inclusive uma maior influência que os eventos subsequentes. Sendo assim, o profissional deve preocupar-se em fazer com que o paciente sinta-se gratificado, recompensado de alguma forma em qualquer que seja o tipo de comportamento que deseja-se mudar, deve ter em mente, também, que para o paciente não basta apenas conhecer a importância da higiene bucal, já que apenas a afirmação verbal é muito vaga para agir como um reforço nas mudanças do comportamento de saúde. Sendo, portanto vital ao processo de mudança de comportamento, que o profissional recrute os pais para desenvolver reforços apropriados.

LIMA (1992) <sup>23</sup>, salientou a necessidade do profissional estar atento as limitações dos pacientes, principalmente, no referente a escovação. O cirurgião-dentista deve estar alerta para as dificuldades motoras da criança afim de poder orientar os responsáveis sobre a técnica mais indicada para cada paciente. O desenvolvimento motor acompanha o psicológico, podendo ser dividido didaticamente em períodos, assim como este último:

**1º. período:** Esse período inicia-se com o irrompimento dos primeiros dentes e prolonga-se pelos primeiros anos quando a criança é totalmente passiva na escovação e depende exclusivamente dos pais para executarem a higienização. Neste período a escovação tem uma importância relativa, pois os pais não conseguem uma limpeza satisfatória, pela total falta de colaboração do

paciente, assim, a prevenção baseia-se principalmente no controle da alimentação, quando o paciente é totalmente dependente da mãe na escolha dos alimentos.

**2º. período:** Inicia-se por volta dos 2 anos e coincide com a erupção dos molares, quando a criança já está numa idade que responde a alguns comandos em função de seu desenvolvimento psico-motor. Nessa fase a criança é bastante submissa, obedecendo às exigências dos pais, quanto a necessidade de escovação. No entanto, apesar da criança realizar a escovação, nós sabemos que devido a sua limitação na coordenação motora, ela é muito deficiente, havendo necessidade do auxílio dos pais. Nesse período, a escovação começa a ter algum significado na prevenção, porém o controle da alimentação ainda é muito importante.

**3º. período:** A terceira fase se inicia por volta dos 6 anos e vai até mais ou menos 11/12 anos. A criança já começa a executar uma escovação mais satisfatória a medida que cresce e se desenvolve, apesar de ainda não ter completado o seu desenvolvimento motor. No entanto, é uma fase difícil de conseguirmos uma boa escovação pela rebeldia e imaturidade da criança e, por mais que o profissional e os pais se esforcem, não conseguem uma total colaboração, e quando os pais exigem que escove, ela procura enganá-los de alguma maneira. É a fase mais longa e mais importante por coincidir com o irrompimento de todos os dentes permanentes, sendo que, nesta fase a destruição dentária provocada pela cárie se apresenta com maior velocidade e intensidade, devido à imaturidade das estruturas dentárias.

**4º. período:** Inicia-se por volta dos 13 anos, e nesta fase a criança atinge maturidade suficiente para a conscientização definitiva sobre a necessidade de escovação e um desenvolvimento psico-motor adequado para executar uma técnica de escovação correta.

Para NÓBREGA (1995) <sup>28</sup>, o crescimento intelectual da criança também é objeto de interesse do profissional, pois o desenvolvimento mental da mesma se caracteriza por alguns aspectos de crescimento intelectual, como o aumento do uso da linguagem, capacidade para lembrar, concentrar e raciocinar. As emoções constituem parte tão integrante da personalidade que só adquirem sentido completo quando interpretadas no quadro total do crescimento e desenvolvimento da criança. As emoções são complexas e ocorrem quando o indivíduo enfrenta uma situação para a qual não tem um padrão estabelecido de resposta. A tensão emocional, canalizada adequadamente, facilita o ajuste à situação, por outro lado, uma tensão emocional violenta ou contínua tende a ser prejudicial tanto para a saúde emocional da criança como para a eficiência em situações que exigem pensamentos claros. Pode-se esperar comportamento de agressão e resistência como parte do processo de aquisição de competência social. A disciplina é um aspecto do crescimento social, onde o indivíduo aprende a satisfazer suas necessidades de determinada maneira, com a possibilidade de desenvolver a maturidade social dando à criança segurança e oportunidade. Não se pode ensinar um modo de comportamento a uma criança que não esteja madura o suficiente para receber tal ensinamento.

## **2.5 - Importância da Motivação no Processo de Educação**

Em 1990, MUSSIER et al <sup>27</sup>, pesquisaram a eficiência de dois métodos de motivação de higiene bucal em crianças de sete a nove anos de idade. Na pesquisa três grupos de crianças foram divididos da seguinte forma: o 1º. grupo com 36 crianças, para as quais foi aplicado o primeiro método de motivação; o 2º. grupo com 39 crianças, para as quais foi aplicado o segundo método de

motivação e o 3º grupo com 40 crianças, que não recebeu nenhum tipo de motivação e serviu de grupo controle. O primeiro método desenvolve os aspectos psicológicos da motivação para higiene bucal, tendo como meta fazer com que a criança invista positivamente no ato de higiene bucal. O método consiste em:

- descobrimto da anatomia da cavidade bucal pela criança: a criança descreve o que ela observa dentro de sua boca;

- exploração física dos diferentes componentes da cavidade bucal: as crianças tocarão os diferentes componentes da cavidade bucal e observarão dentro da boca dos amigos;

- exploração funcional da cavidade bucal: as crianças vão mostrar o que é possível fazer com a boca: falar, cantar, comer. É neste momento que deve-se relacionar as estruturas da cavidade bucal (lábios, dentes e língua) com suas respectivas funções;

- expressão dos fantasmas negativos que as crianças possuem referentes à boca e a escova de dente: através de improvisação dá-se a oportunidade da criança expressar seus conhecimentos referentes aos cuidados bucais;

- prazer do cuidado: a repartição dos papéis é feita assim: uma criança representa o papel dos dentes, outra do dentífrico e uma terceira da escova. O profissional pode, ao curso desta atividade, indicar os defeitos da escovação;

- aprendizado de uma técnica de escovação: um método de escovação é explicado às crianças com a ajuda de um macro-modelo e de uma escova de dente. Enfim, as crianças realizam a escovação com a ajuda do profissional. Toda a motivação é baseada no jogo, dando margem a imaginação das crianças. O profissional pode intervir após o término do jogo, dando conselhos e informações complementares sobre o tema desenvolvido.

Devido ao aspecto psicológico da motivação, este método se opõe ao outro, que apresenta uma característica escolar, chamado de jogo-teste, que é composto por 15 diapositivos, cada qual referente a um tema, para os quais são

propostas questões. O estudo não pode constatar diferenças significativas entre os dois métodos de motivação, quando comparados com o controle. Porém, o primeiro método pareceu produzir um impacto maior nas crianças, isto ocorre certamente devido a possibilidade de participação das mesmas no assunto discutido. Em contra partida, o segundo método, por colocar as crianças como espectadora, facilitou a dispersão destas. Porém, independente do método, o papel do educador é primordial para a motivação das crianças.

## 2.6 - Dieta

HOLM (1990) <sup>19</sup>, diz que apesar do índice de cárie dental em crianças ter declinado em muitos países industrializados nas últimas décadas, estudos feitos após 1980 mostram que a prevalência de cárie é alta ainda em muitas partes do mundo. Em alguns países industrializados existe, ainda, alguma tendência ao aumento na prevalência de cárie , pelo menos em subgrupos da população. Em muitos estudos de saúde bucal de pacientes pediátricos, a alta prevalência de cárie tem uma relação direta com hábitos alimentares, com o alto consumo de açúcares e doces.

Segundo PERSSON (1985) <sup>30</sup>, em estudo realizado na Suécia em 1980, as mães fumantes e com nível de escolaridade até primeiro grau paravam de amamentar seus bebês aos três meses de idade numa proporção oito vezes maior do que quando comparadas com mães não fumantes com grau universitário. De acordo com o mesmo estudo cerca de 75% das crianças eram amamentadas até 3 meses e cerca de 50% até 5 meses de idade. PERSSON <sup>30</sup> em 1985, realizou também, um estudo com 275 crianças na faixa etária de 3 anos. Os hábitos, o padrão alimentar e a frequência no consumo de açúcar foram analisados a partir

da idade de 12 meses. Cáries foram diagnosticadas em 16% das crianças, com média de 1 a 12 cavidades. Existiu alguma variação na experiência de cárie quando comparado o local de residência. O estudo também mostrou que a forma de alimentação nos primeiros 12 meses de vida são mais diversificados em cidades universitárias e em camadas sociais com nível de educação mais elevado das mães e que os costumes alimentares adquiridos nesta época podem ser a causa do desenvolvimento de cáries futuras. Ainda observou que a mudança de hábitos alimentares é mais benéfica quando se discute os hábitos alimentares da família, ao invés de dar conselhos apenas para a dieta da criança.

ROSSOW et al (1990) <sup>38</sup>, realizaram um estudo sobre os costumes alimentares de um grupo de crianças na idade pré-escolar que foi acompanhado à partir de 10 meses até 2 anos, com o intuito de verificar o estabelecimento do hábito de consumo de açúcar. Os resultados mostram que durante a mudança da alimentação da criança para a da família houve um aumento gradativo no consumo de alimentos contendo açúcar, e além disso observou que a norma de consumo de açúcar é estabelecida na infância e é mantida pelo indivíduo. Tal estudo, mostrou também que a correlação entre ingestão de açúcar e número de refeições por dia não é significativa para o aumento da cárie. A explicação encontrada foi o uso freqüente de fluoretos por estas crianças que podem influir neste processo.

## **2.7 - Efeito da Higiene Bucal**

Em trabalho realizado por KEREBEL (1985) <sup>21</sup>, no outono de 1980, no início do ano escolar, um programa controlado de prevenção começou em duas escolas na França. O objetivo dos três anos de investigação era estabelecer qual seria a possibilidade de motivar um grupo de crianças francesas para que elas se

responsabilizassem pela própria higiene oral e estudar o efeito da higiene oral em conjunto com o uso de flúor na incidência de cárie dental. O estudo envolveu 244 crianças, com aproximadamente 8 anos, distribuídas em quatro escolas de Nantes, cidade do oeste da França, onde todos possuíam semelhante nível sócio-econômico. Duas escolas foram usadas como grupo controle e as outras duas para a realização do estudo efetivamente. O programa de prevenção consistia em uma escovação diária, supervisionada por estudantes de Odontologia, profilaxia a cada 2 meses, o uso do flúor contido no dentifrício fluoretado e aplicação tópica de flúor gel a cada 2 meses, além de reforço na motivação. Antes de começar o programa, os pais das crianças das escolas experimentais, receberam informações através de folhetos à respeito do programa de educação de saúde bucal. Além de serem convidados para discutirem a proposta e de assistirem uma palestra mostrando o processo de formação da cárie. Depois de iniciado o programa as crianças do grupo experimental receberam informações detalhadas à respeito de escovação, já as crianças do grupo controle não receberam tal informação e nada foi feito para tentar mudar seus hábitos de higiene bucal. Ainda que a tentativa fosse obter o suporte dos pais durante o programa, o baixo nível de interesse dos mesmos dificultou a participação nos encontros informativos. No início do programa, o nível de higiene bucal das crianças era bastante baixo. Uma inesperada diferença entre o grupo controle e o experimental pode ser notada mais tarde. Entretanto, constatou-se a dificuldade de manter o interesse da criança em uma atividade por longos períodos. Concluindo, os resultados do presente estudo, enfatizam a necessidade de um reforço na motivação individual para o sucesso de um programa de prevenção.

Em estudo realizado por ANDO et al (1983)<sup>2</sup>, trinta e uma crianças, de idade escolar e ambos o sexo, participaram de um programa educativo e preventivo com duração de um ano. Foram realizadas três avaliações clínicas para a obtenção dos dados sobre os hábitos de higiene bucal. A primeira no início do

programa, a segunda quatro meses após o início e a terceira ao final do mesmo. Ao final da primeira avaliação clínica, informações sobre cárie e doença gengival, foram dadas. Medidas corretas de higiene bucal só foram preconizadas após prévio conhecimento da destreza manual das crianças e técnicas de escovação por elas utilizadas. Este estudo estimulou os hábitos de higiene bucal da população atendida, além de desenvolver um plano preventivo simplificado de saúde bucal, o qual permitiu verificar que quando bem direcionado e conduzido, mesmo muito simples, pode apresentar resultados significativos. Pode-se observar pela porcentagem de superfícies com placas coradas, como a de superfícies sangrantes que, se o programa preventivo e de escovação se prolongasse por um período mais longo, as reduções percentuais poderiam ter sido maiores

### **3. DISCUSSÃO**

### 3 - DISCUSSÃO

Toda a mudança, tanto nas ciências, quanto nos costumes de nossa sociedade repercute na vida cotidiana de cada um de nós, porém, a velocidade com que tudo ocorre, por vezes, nos deixa sem saber como agir. Um exemplo ao qual todos tem acesso é o papel que as crianças passaram a ter em nossa sociedade catalisando todas as atenções. Hoje já se considera imprescindível garantir saúde e educação a todas elas, porém, os trabalhos realizados e desenvolvidos neste sentido são ainda escassos e certamente seu principal objetivo não foi atingido com o sucesso esperado.

No Brasil, este tema tem sido discutido. LIMA (1992)<sup>23</sup>, afirmou que o problema da cárie dental é basicamente cultural, e necessita de uma atuação governamental efetiva para que futuramente esta enfermidade possa ser controlada. Esse mesmo autor propôs um plano de prevenção voltado para o consultório odontológico já que, mesmo nas clínicas particulares, os métodos preconizados não produzem resultados satisfatórios, a medida que nossos pacientes freqüentemente retornam com novas lesões cariosas. Assim, a utilização de um plano que combata a placa bacteriana (microbiota), aumente a resistência do dente e controle a dieta, associados à racionalidade, realismo e principalmente particularidade, no sentido de respeitar os limites que cada faixa etária pressupõe, pode ajudar os cirurgiões-dentistas a combater melhor esta doença. Apesar das tentativas de controle e prevenção resultarem, em sua maioria numa contribuição

individual e da ênfase dada à Educação em Saúde Bucal, ainda é muito difícil motivar os indivíduos para uma higiene bucal eficiente, sendo que a dificuldade reside na conscientização efetiva da criança em função da sua imaturidade e irresponsabilidade.

Reforços constantes e novas motivações são necessárias até que a criança se conscientize definitivamente, o que ocorrerá por volta dos 13/14 anos de idade, quando se dá a socialização maior do jovem. Enquanto este processo de socialização não está terminado, discute-se amplamente, na prática odontopediátrica a importância do envolvimento tanto dos pais, quanto daqueles que fazem parte da vida cotidiana da criança (professores, babás) na manutenção da saúde e bons hábitos de higiene, esteja ela dentro ou fora de casa. A principal razão para envolver os pais no processo de mudança de comportamento é esclarecer a importância do seu papel na manutenção da Saúde Bucal de seus filhos no dia-a-dia. Este envolvimento deve acontecer tanto no monitoramento da escovação e no uso do fio dental, como também no controle da dieta, já que as crianças costumam imitar seus pais, assim, o “bom exemplo” pode ser determinante<sup>18,26</sup>.

A dieta que também interfere diretamente no desenvolvimento da cárie dental chama a atenção para a necessidade de conscientização da família visando a diminuição do consumo de açúcar. Deve-se também deixar de lado aquela idéia de que é possível evitar que a criança ingira doces a toda hora, quando seus próprios pais tem este costume. Inúmeros fatores governam nossa escolha pelo alimento, como utilidade, custo, tradição, fatores culturais, sabor e emoções. Hábitos alimentares são difíceis de serem modificados, mas são possíveis de ocorrer. Doces são dados às crianças como forma de recompensa, como um sinal de amor e afeição. Mudando o hábito de comer alimentos açucarados várias vezes por semana, restringindo este costume a uma vez por semana, por exemplo, podendo ser chamados de “Sábados doces”, pode também

promover alguma motivação nos pais. Este hábito é praticado em muitas famílias da Suécia com crianças pequenas onde os pais ainda tomam as decisões sobre a dieta alimentar de seus filhos <sup>6, 15, 38</sup>.

De acordo com tudo o que dissemos acima, descrevemos um plano de prevenção, onde tentamos associar as teorias básicas da psicologia, e todo o conhecimento científico que a Odontologia alcançou sobre a doença cárie e a gengival até os dias atuais. O controle da placa bacteriana, pela escovação, da dieta, obviamente contando com a colaboração direta dos responsáveis e o uso do flúor, como auxílio no período de amadurecimento da estrutura dental, associados a trabalhos paralelos de motivação onde busca-se uma aproximação da realidade daquilo que o profissional tem como objetivo com a vida cotidiana de seus pacientes.

A aplicação deste plano, colocando em prática seu lado técnico, sempre correlacionando-o à realidade vivida pela família, enquanto instituição, e pela criança, enquanto indivíduo, pode ser eficiente. Contudo, a classe odontológica deve estar ciente da importância de seu engajamento afim de mobilizar toda uma sociedade, na tentativa de alterar um costume culturalmente enraizado, e da dificuldade que isto pressupõe; tendo sempre em mente a lentidão do processo de mudança de comportamento.

Para que as crianças sintam-se mais próximas do proposto, o profissional pode realizar algumas atividades em grupo, tomando o cuidado de reunir crianças da mesma faixa etária. Nestas atividades, o objetivo é introduzir a criança nos hábitos de higiene bucal e familiarizá-la com o cirurgião-dentista e o seu ambiente. Jogos serão propostos, onde cada criança será, o elemento dental, o dentifrício fluoretado, a escova, o fio dental e o paciente, sempre devidamente caracterizada. Uma criança devidamente motivada, tornar-se-á um jovem motivado, para por fim ser um adulto motivado, pouco suscetível às doenças bucais (cárie /

doença periodontal). Esta motivação é alcançada através de jogos ou mesmo perguntas indutórias, ou seja, através de uma comunicação adequada<sup>29</sup>.

Este processo de motivação deve ser gradual e estar sedimentado, ao nosso ver, em bases psicológicas específicas. Como já deixamos claro durante o trabalho, acreditamos que os métodos utilizados normalmente para atingir tal objetivo são deficientes, por isso introduzimos as teorias de Milton Erickson, Piaget, e a dos Hemisférios Cerebrais em oposição a teoria da Educação Tradicional, pois acreditamos que a simples observação de modelos não seja efetiva o suficiente para atingir crianças nas variadas fases de desenvolvimento pelas quais, inevitavelmente, irão passar. Certamente a modelação, como também os reforços preconizados por esta teoria tradicional têm papel fundamental no processo de mudança de comportamento. Entretanto, a combinação das quatro teorias propostas poderá mostrar-se mais eficiente na obtenção de resultados no processo de modificação de comportamento de seus pacientes. Segundo a terapia ericksoniana, o profissional deve lançar mão da comunicação indireta para que um determinado comportamento possa ser assimilado. A comunicação indireta procura estimular a criança a criar por si só as respostas para os temas lançados pelo educador, de forma que, o hábito desejado possa ser introduzido na vida da mesma de maneira muito mais suave e efetiva, principalmente se o educador procurar estimular ainda, o hemisfério cerebral direito, responsável pela aprendizagem referente aos comportamentos intuitivos e a elaboração de pensamentos através de imagens, enfim o hemisfério ligado as emoções. Tudo isto deve estar sempre relacionado à faixa etária com a qual se está trabalhando, pois a mudança da linguagem utilizada irá variar drasticamente. Esta divisão do desenvolvimento infantil em períodos é a base do construtivismo de Piaget, que prega a necessidade de uma abordagem específica de acordo com a fase em que a criança se encontra, permitindo que ela própria possa “construir” alicerces que sedimentem seus hábitos<sup>5, 34, 35, 36, 42</sup>.

O principal hábito a ser introduzido é o da escovação, já que os procedimentos preventivos estão nela baseados. Os passos durante a motivação da escovação devem ser seguidos à risca: depois de despertar a curiosidade da criança sobre os acontecimentos em sua cavidade bucal e estimulá-la a fazer uma minuciosa inspeção, primeiro em seus companheiros, depois em sua própria boca, o profissional pode dar início ao processo de evidenciação da placa bacteriana, já que é complicado para as crianças, acreditar e entender aquilo que não podem enxergar e nova inspeção da cavidade deve ser realizada.

A próxima atividade é a escovação propriamente dita, e esta deve ser controlada de perto. Nenhum lado do dente pode ser deixado para trás, e os erros devem ser corrigidos imediatamente. A técnica utilizada pode variar de acordo com a faixa etária e o desenvolvimento motor de cada indivíduo. Por fim, orientar a correta limpeza e armazenamento da escova dental<sup>29</sup>.

Fica claro que, junto a todos estes eventos, deve-se dar especial atenção aos pais, organizando palestras onde o profissional possa deixar claro seus objetivos e os próprios responsáveis possam tirar suas dúvidas, estabelecendo-se um vínculo entre o profissional e o responsável, já que a ajuda deste será imprescindível quando der-se início as outras etapas do plano, como o controle da dieta e a própria manutenção da higiene em casa.

Depois do início do processo de mudança de comportamento da criança, o profissional deve introduzir para os pais os conceitos e necessidades básicas para a prevenção da doença. O importante papel da dieta na etiologia da cárie precisa ser amplamente discutido e salientado. Assim, o controle da dieta deve ser dirigido no sentido de fornecer a criança uma dieta rica em vitaminas e sais minerais, além de procurar racionalizar o consumo de açúcar. Os hábitos dietéticos dos pacientes variam muito. Não existe um regime único ou uma dieta estabelecida que possa servir a todos e, por outro lado, nenhum paciente aceita trocar os hábitos que considera próprios. A dieta depende muito mais de uma

escolha individual, influenciada naturalmente pela idade, pelos costumes étnicos e até religiosos, como também pela influência de propaganda e possibilidade econômica. Em função das dificuldades encontradas quando tentamos controlar a alimentação do paciente no sentido de prevenir a cárie, é que consideramos o controle da placa bacteriana como fator primordial da prevenção.

A importância da placa bacteriana no aparecimento da cárie é indiscutível, e para controlá-la faz-se mister entender sua evolução e amadurecimento, além de seus efeitos sobre as estruturas dentais. O controle mecânico da placa tem na escovação e no fio dental os principais métodos, por se tratarem de técnicas que podem ser executadas freqüentemente e pelo próprio paciente. Sem dúvida, escovar os dentes é a forma mais amplamente usada e socialmente aceita de higiene bucal. Contudo, devemos parar de prometer a nossos pacientes que se eles simplesmente escovarem seus dentes, poderão prevenir a cárie, porque escovar não é sinônimo de remoção de placa, principalmente na criança<sup>12</sup>.

Muitas crianças gastam cerca de 50 segundos na escovação e falham na limpeza de 38% das superfícies dentárias, especialmente na superfície lingual<sup>22</sup>. Em Odontopediatria, o controle da placa pelo uso da escovação e o fio dental, depara-se com um problema muito sério: a limitação do paciente pela sua peculiar irresponsabilidade e pelo seu desenvolvimento motor deficiente que dificultam o aprendizado e a prática das teorias.

Baseado no conceito de que a cárie dentária, ao contrário do que parece, é uma enfermidade de difícil ocorrência, pois necessita de vários meses em condições favoráveis para que se instale de maneira irreversível, este plano considera o controle da placa bacteriana fundamental na prevenção da cárie, e para isto adota o sistema de uma profilaxia profissional mensal, auxiliada por uma escovação controlada e supervisionada no lar<sup>23</sup>.

A comprovação através de trabalhos científicos de que o flúor possui uma ação eficaz no controle da placa bacteriana, principalmente sobre o *Streptococcus mutans*, intensifica a sua utilização na prevenção da cárie. Além de proporcionar o controle químico da placa apresenta ainda remineralização sobre o esmalte, aumentando a resistência do dente: A melhor maneira de conseguirmos um aumento de resistência do esmalte à incidência de cárie é natural, através da maturação fisiológica das estruturas dentárias proporcionada pela ação da saliva <sup>23</sup>.

Outros recursos preventivos são as técnicas de selamento de fósulas e fissuras, através dos quais se promove a diminuição da incidência de cárie por estabelecer-se uma barreira mecânica à formação de placa nas áreas mais difíceis de conseguir-se uma higienização perfeita <sup>23</sup>.

Considerando a possibilidade de implantar tal programa preventivo, acreditamos ser possível reverter a situação atual no que diz respeito a cárie dental. Dando ênfase ao enfoque psicológico, abrangendo principalmente a criança, a qual passa, durante a infância, o período mais propício para a introdução e desenvolvimento de hábitos saudáveis, mas sem esquecer a importância do papel dos pais no amplo e vagaroso processo de mudança de comportamentos, que pressupõe disponibilidade e vontade para alterar costumes e hábitos que apesar de deletérios para a saúde bucal, fazem parte de nossa cultura, principalmente no que se refere a hábitos alimentares. Porém, controlar o consumo de alimentos açucarados é uma atitude difícil de ser tomada em uma sociedade que vê nos doces uma forma de recompensa e carinho. Associado a todas estas dificuldades, o profissional deve estar ciente da importância de seu papel não apenas como cirurgião-dentista, mas antes como agente modificador (educador), assumindo, juntamente à sociedade, a responsabilidade por seus atos e falhas, mas sempre visando a promoção de Saúde Bucal, buscando os subsídios na proposta da Educação para a promoção de Saúde. Este compromisso pode ser

por demais lento e exigir do profissional alguns sacrifícios, porém, no momento em que os resultados começarem a surgir, a gratificação será recompensadora.

#### 4 - CONCLUSÃO

- Com base no que foi descrito acima, fica clara a necessidade do profissional conhecer o universo da população alvo, de forma a otimizar sua importância na modificação do comportamento para o considerado ideal. Sendo assim, o conhecimento de algumas teorias psicológicas, pode ser de grande ajuda ao profissional, no sentido de facilitar a obtenção de suas metas.
- A higiene não é instintiva e é necessário que ela seja ensinada e motivada para que as boas atitudes ocorram de forma automática. Desta forma, é importante ressaltar que dentro de um programa de prevenção, que vise a Educação, o profissional deve estar atento para a introduzir o comportamento relativo à dieta, motivação da criança e dos pais para o hábito de higiene bucal. Um dos pontos mais citados tanto na literatura quanto no dia-a-dia da prática clínica é a necessidade da criança higienizar corretamente a cavidade bucal, ou seja, a escovação. Porém, por vezes, os profissionais esquecem que crianças até 8 anos de idade, ainda não apresentam suficiente destreza manual para realizarem sozinhas sua higiene bucal, devendo atribuir tal responsabilidade também aos responsáveis <sup>16</sup>.
- Os primeiros anos de vida são geralmente chamados de período de socialização primária, período este, em que os hábitos alimentares são estabelecidos, de

maneira que acabam influenciando no padrão futuro de alimentação do indivíduo. As informações relacionadas à dieta devem ser dadas de forma a esclarecer que o que é bom para saúde geral é bom para a saúde bucal. Tais informações devem ser dadas aos pais no momento certo. Eles devem estar preparados para aplicar as mensagens aprendidas em seus filhos pequenos durante o processo de socialização primária, tendo em vista que este é o momento ideal para estabelecer rotinas de escovação e bons hábitos alimentares.

- A utilização das teorias citadas, buscadas na psicologia vem ajudar os cirurgiões-dentistas a combater a falta de interesse pelo combate a cárie dental, fato que deveria ser encarado com naturalidade, já que depende, não só, mas principalmente, de hábitos básicos de higiene e alimentação, tanto das crianças quanto de seus responsáveis.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ANDENAIS, A., HAAVIND, H. Smabarns livsvilkar i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, p. 24-27, 1987.
2. ANDO, T. et al. Proposta de um plano preventivo simplificado de saúde bucal em crianças. *Rev. Odontol. UNICID*, v.5, n.1, p.15-20, Jan/Jun. 1993.
3. BANDURA, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall. s.d. *Apud*. ROSSON, I., 1992, *Op. cit.* Ref. 37.
4. BARANOWSKI, T., NADER, P.R. *Family health behavior*. In: Health, illness and families. A life spa perspective, eds TURKS, D.C., KERNS, R.D., p.51-65. New York: John Wiley and sons. 1985. *Apud*. ROSSON, I., 1992, *Op. cit.* Ref. 37.
5. BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. 3ª edição. São Paulo, SP: Harbra, 1987.
6. BIJELLA, M.F.T.B., BIJELLA, V.T. Educação e prevenção em saúde bucal do pré-escolar. *RGO*, v.36, n.6, p.445-449, Nov/Dez. 1990.
7. BOTTOMORE, T.B., *Introdução à sociologia* - Editora Zahar, Biblioteca de ciências sociais, 3ª edição, Rio de Janeiro, RJ, p.283. 1970.
8. CALDANA, R.H.L., BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Psicologia do desenvolvimento. contribuição à odontopediatria. *Ver. Odont. USP*, v.4, n.3, p.256-260, Jul/Set. 1990.
9. CHAMBERS, D.W. Management the anxieties of young dental patients. *J. Dent. Child*. v.3, p.363-373, Sep/Oct. 1970.
10. CHRISTEN, A.G. Piagetian psychlogy: some principles as helpful in treating the child dental patient. *ASDC Journal of dentistry for children*, v.44, n.6, p.448-452, Nov/Dec. 1977.
11. COSTA, N.R.; MELO, J.A.; MERHY, E.; LOBO, E. *Educação e Saúde*. 1ª edição-3ª reimpressão. São Paulo, SP: Cortez Editora; CEDES; Autores Associados, 1987
12. CURY, J.A.. Concentração de fluoreto em chás brasileiros e seus significado na prevenção da cáries. *RGO*, v.29, p.136-138, 1981. *Apud* LIMA, J.O., 1992, *Op. cit.* Ref 23.

13. DREKURS V.S. *Dê ao seu filho um espírito superior*- Fórum Editora, Rio de Janeiro, RJ ,p. 326. 1969.
14. ERICKSON, E. *Childhood and society*. New York. W.W. Norton, 1963.
15. GIFT, H.; SCHAID, K. Parents in oral hygiene education: an opinion survey. *Journal of Dentistry for Children*, n.41, v.6, p.437-438, Dec. 1971.
16. GUEDES-PINTO, A.C.; CURY, A.A.; PARREIRA, M.L.J. Contribuição ao estudo da escovação dental na dentição decídua. *Rev. Fac. Odontol. S. Paulo*, v.9, n.2, p.311-315, Jul/Dez. 1971.
17. HALEY, J. *Terapia não-convencional*. 1ª edição. São Paulo, SP: Summus Editorial, 1992.
18. HESCOT, P.; ROLAND, E.: France: le CAO 87 est arrivé. *Chir Dent Fr.*; v.413, p.22-29, 1988. *Apud MUSSIER, J., Op. cit. Ref. 27.*
19. HOLM, A.K. Education and diet in the prevention of caries in the preschool child. *Journal of Dentistry*. v.18, n.6, p.308-314, Dec. 1990.
20. KAY, S.; MILAR, E.J. et al The prevention of Dental Disease: Changing your Patients'Behavior, *Dental Update*. v.18, n.6, p.245-248, Jul/Aug. 1991.
21. KEREBEL, L-M. et al Effect of motivation on the oral health of French schoolchildren. *ASDC J. Dent. Child*. v.52, n.4, p.287-292. Jul/Aug. 1985.
22. KLEBER, C.J. et al. Duration and pattern of toothbrushing in children using a gel or paste dentifrice. *J. Amer. dent. Ass.* v.103, n.5, p.723-726, Oct. 1981.
23. LIMA, J.O. Um plano de prevenção para consultório odontopediátrico. *RGO*, v.40, n.6, p.395-399, Nov/Dez. 1992.
24. MEDEIROS, V.V.; CARVALHO, J.C.C. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* v.44, n.3, p.165-170, Mai/Jun. 1990.
25. MIALARET, G.; DEBESSE, M. *Tratado das ciências pedagógicas*. 1ª edição. São Paulo, SP: Companhia Editorial Nacional, Editora da Universidade de São Paulo, 1981.
26. MORAES, N.E., BIJELLA, V.T. Educação odontológica do paciente. *Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.*, v.36, n.4, p.300-307, Out. 1982.
27. MUSSIER, J.; RIESACHER, S. Comparasion de deux méthodes de motivation à l'hygiène bucco - dentaire: enquête évaluative. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. v.44, n.169, p.109-116, Mar. 1990.
28. NÓBREGA, M.S.G. Importância dos conhecimentos psicológicos em odontopediatria. *Odontólogo Moderno*, v.22, n.3, p.10-18, Jul/Ago/Set. 1995.

29. PANTEL, G. Kinder-Motivations-Tage in der zahnaerztlichen Praxis. *Quintessenz Journal*, v.19, n.7, p.645-648, Jul. 1989.
30. PERSSON, L-A, et al. Infant feeding and dental caries - a longitudinal study of Swedish children. *Swed. Dent. J.* v.9, p.201-206, 1985.
31. PILZ, M.E.W. Studien ueber die Erziehung Jugendlicher zur Zahn- und Mundgesundheit. *Stomatologie der DDR*, v.40, n.5, p.236-240, Mai. 1990.
32. *Plano Decenal de Educação para Todos*. 1ª edição. Brasília: MEC, 1993.
33. PONCE, A. *Educação e Luta de Classes*. 5ª edição. São Paulo, SP: Cortez Editorial, Editora Autores Associados, 1985.
34. RAPPAPORT, C.R., FIORI, W.R.; HERZBERG, E. *A infância inicial; O bebê e sua mãe*. 1ª edição. São Paulo, SP : E.P.U., 1981.
35. \_\_\_\_\_, C.R., FIORI, W. R.; DAVIS, C. *A idade pré-escolar*. 1ª edição. São Paulo, SP : E.P.U., 1981.
36. \_\_\_\_\_, C.R., FIORI, W.R.; DAVIS, C. *A idade escolar e a adolescência*. 1ª. edição. São Paulo, SP : E.P.U., 1981.
37. ROSSON, I. Intrafamily influences on health behavior. A study of interdental cleaning behavior. *Journal Clin. Periodontol.*, v.19, n.7, p.774-778, Nov. 1992.
38. ROSSOW, I. et al. Patterns of sugar consumption in early childhood. *Community Dent. Oral Epidemiol.* v.18, p.12-16, 1990.
39. SALLIS, J.F., NADER, P.H. Family determinants of health behaviors. In: *Health behavior emerging esearch perspectives*, ed. Gochman, d.s. p.107-126. New York: Plenum Press, 1988.
40. SHEIHAM, A. Theories explaining health behavior. In: Gjermo, P.(Ed): *Promotion of selfcare in oral health*. Oslo: Scandinavian working group for preventive dentistry, p.106-107, 1986. *Apud* ROSSON, I., 1992, *Op. cit.* Ref. 37.
41. SILVA, M. S. L. Atitudes paternas nocivas às crianças. *Quintessencia*, v.5, n.4, p. 43-50, Apr.1978.
42. ZEIG, Jeffrey K. *Vivenciando Erickson*. 1ª. edição. São Paulo, S.P.: Editorial Psy, 1985.