

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA**

*Tese*

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA PREVENÇÃO DA  
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Daniel Demétrio Faustino da Silva**

Porto Alegre, dezembro de 2015.

**Daniel Demétrio Faustino da Silva**

***Tese***

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA PREVENÇÃO DA CÁRIE  
PRECOCE DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

*Linha de Pesquisa:* Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal e estruturas anexas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito final para a obtenção do título de Doutor em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, dezembro de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

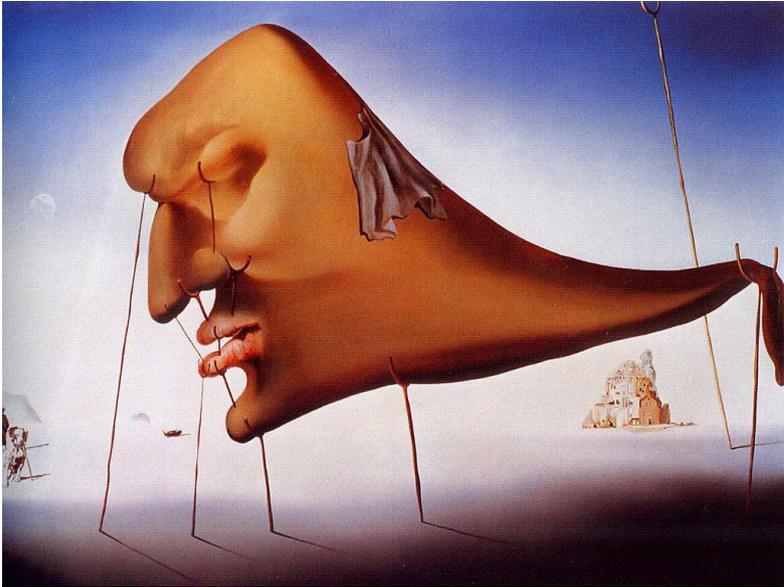
“ Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós. ”

Antoine de Saint-Exupérye

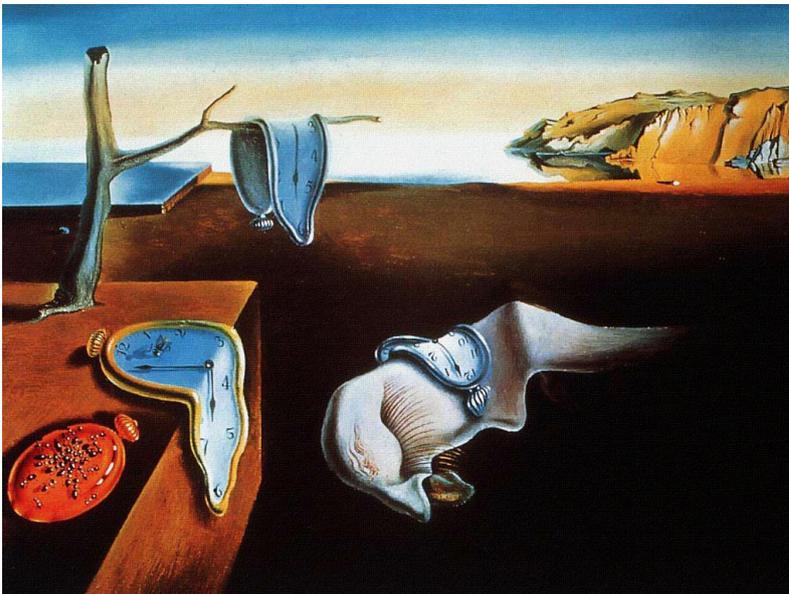
Dedico essa tese aos que passaram, aos que ficaram e aos que estão, em especial aos que não me deixaram só nessa caminhada.

Dedico, de um modo muito especial, às crianças e mães que participam do estudo e a todas as outras que poderão se beneficiar dos resultados no futuro.

## AGRADECIMENTOS



**“O SONO” – SALVADOR DALI (1937)**



**“A PERSISTÊNCIA DA MEMÓRIA” – SALVADOR DALI (1931)**

Duas obras do pintor surrealista Salvador Dalí me inspiram a escrever os agradecimentos dessa tese. A primeira delas, “ O Sono” me faz pensar o quão importante são as estacas que sustentam o nosso sono e os nossos sonhos. A segunda, “ A persistência da memória” me remete às dificuldades de persistir

em nossos sonhos e lutas diárias, especialmente em tempos líquidos em que vivemos na atualidade, onde o tempo é o bem mais precioso e disputado.

Então, agradeço a todos que apostaram, acreditaram, apoiaram e confiaram nesse trabalho. Aos que me fizeram persistir, mesmo frente as agruras do tempo raro. Aos que dedicaram seu tempo e energia, e aqueles que abriram mão do seu tempo comigo ou com outros para estar nesse projeto. Foram tantas as estacas desse sonho que não haveria espaço suficiente nessas páginas para nominá-las.

Agradeço do fundo do meu coração a todas as estacas, grandes ou pequenas, fortes ou fracas, altas ou baixas, técnicas ou afetivas, permanentes ou temporárias, fixas ou móveis, que me sustentaram nesse processo.

“ Sou professor a favor da decência contra o despudor, a favor da liberdade contra o autoritarismo, da autoridade contra a licenciosidade, da democracia contra a ditadura de esquerda ou de direita. Sou professor a favor da luta constante contra qualquer forma de discriminação, contra a dominação econômica dos indivíduos ou das classes sociais. Sou professor contra a ordem capitalista vigente que inventou essa aberração: a miséria da fartura. Sou professor a favor da esperança que me anima, apesar de tudo. ”

Paulo Freire

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AAPD** *American Academy of Pediatric Dentistry*

**APS** Atenção Primária à Saúde

**CD** Cirurgião-dentista

**ceod:** índice dentes decíduos cariados, com extração indicada e/ou obturados

**CPI** Cárie Precoce da Infância

**CSI** Cárie Severa da Infância

**EC** Educação em Saúde Convencional

**EM** Entrevista Motivacional

**ESB** Equipe de Saúde Bucal

**GHC** Grupo Hospitalar Conceição

**ICDAS** *International Caries Detection and Assessment System*

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**SSC** Serviço de Saúde Comunitária

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TSB** Técnico em Saúde Bucal

**US** Unidade de Saúde

## APRESENTAÇÃO

A presente tese apresenta os resultados preliminares do primeiro ensaio clínico comunitário randomizado da América Latina que avalia os efeitos da Entrevista Motivacional em desfechos de Saúde Bucal tendo como foco a prevenção da Cárie Precoce da Infância. Cabe ressaltar ainda, que o estudo vem sendo desenvolvido em Serviço de Atenção Primária à saúde no contexto do SUS, que é o sistema de saúde brasileiro.

A tese é composta por três partes principais, a saber:

- a) Antecedentes: resumo, abstract, introdução, revisão da literatura e objetivos;
- b) Manuscritos: a partir dos resultados preliminares foram produzidos três manuscritos que serão submetidos para publicação após avaliação e aprovação da banca examinadora da tese.
  - Manuscrito 1) Entrevista Motivacional como uma ferramenta para a equipe de saúde bucal no manejo da cárie na infância no contexto da Atenção Primária à Saúde.
  - Manuscrito 2) Efetividade do treinamento em Entrevista Motivacional para dentistas e técnicos em saúde bucal da Atenção Primária à Saúde.
  - Manuscrito 3) O efeito da Entrevista Motivacional na prevenção da Cárie Precoce da Infância na Atenção Primária à Saúde: análise preliminar de um ensaio comunitário randomizado.
- c) Considerações finais.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
INTRODUÇÃO.....	14
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
Cárie Precoce da Infância (CPI).....	18
Entrevista Motivacional (EM).....	23
Entrevista Motivacional e Saúde Bucal.....	25
OBJETIVOS.....	28
MANUSCRITO 1.....	29
MANUSCRITO 2.....	51
MANUSCRITO 3.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE.....	102
Apêndice A – Gráfico da distribuição da renda para fins de análise estatística pela técnica de LOWESS (Locally Weighted Scatterplot Smoothing).....	102
ANEXOS.....	103
Anexo 1 – Régua de importância e confiança EM.....	103
Anexo 2 – Exercício de entrevista dialogada EM.....	104
Anexo 3 - Questionário de Resposta Útil EM.....	106
Anexo 4 – Carta de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	108
Anexo 5 –Protocolo de Saúde Bucal crianças de 0 a 12 anos do SSC-GHC.....	109
Anexo 6 – Folder educativo Saúde Bucal Infantil do SSC-GHC.....	127
Anexo 7 – Folder educativo 10 Passos Alimentação Saudável para crianças menores de 2 anos.....	129
Anexo 8 – Folder educativo 10 Passos Alimentação Saudável para crianças maiores de 2 anos.....	130

## RESUMO

**Antecedentes:** Cárie Precoce da Infância é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida e por isso necessita de intervenções e abordagens precoces, sendo a primeira infância o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar programas educativo-preventivos de saúde bucal. **Objetivos:** a presente tese objetivou comparar a efetividade da Entrevista Motivacional (EM) em relação a Educação em Saúde Convencional (EC) em um programa direcionado a mães/pais/responsáveis de crianças para a prevenção da cárie precoce da infância, adicionalmente, verificar a frequência de declarações motivacionais de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), antes e após um treinamento para EM, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** um ensaio comunitário randomizado foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – RS, Brasil, onde 6 das 12 unidades de saúde foram sorteadas para que os Dentistas e TSB (n=41) recebessem um treinamento intensivo de 8 horas para aprendizagem ativa dos princípios básicos da EM e avaliados por instrumentos validados. Os exames de cárie foram realizados através do índice ICDAS por examinadores treinados e calibrados. **Resultados:** em análise preliminar foram avaliadas um total de 244 crianças com idade média de 14,4 meses e que receberam ao menos uma consulta odontológica durante o primeiro ano de vida. Análises de subgrupos foram realizadas para renda equivalente e escolaridade materna. Para ambas as análises, a Entrevista Motivacional teve melhor desempenho entre o grupo mais desfavorecido, mas não teve efeito significativo entre os mais ricos. Entre as crianças cujas famílias recebiam menos de R\$ 450,00 mensais houve um RR=0,10 (IC95% 0,01-0,79), enquanto naquelas com ganhos superiores foi RR=0,59 (IC95% 0,10-3,36). Entre as crianças cujas mães tinham escolaridade menor que o fundamental houve um RR=0,09 (IC95% 0,01-0,96), enquanto entre aquelas com ensino fundamental ou mais, foi RR=0,38 (IC95% 0,08-1,89). Para ambas as variáveis, o termo de interação não foi significativa (renda  $p=0,15$  e educação  $p=0,38$ ). Nos resultados do treinamento dos profissionais

para EM após 2 anos, observou-se manutenção da melhora das repostas no instrumento da consulta dialogada com diferença estatisticamente significativa para perguntas abertas, escutas reflexivas e percentual total de acertos ( $p < 0,001$ ), com tamanho de efeito grande ( $ES = 1,12$ ). Para o questionário de resposta útil, os profissionais continuaram usando mais perguntas abertas e escutas reflexivas ( $p < 0,001$ ), mantendo aumento no percentual de respostas compatíveis com EM ( $p < 0,001$ ). Igualmente, o tamanho de efeito manteve-se grande ( $ES = 1,33$ ) ao longo do tempo. **Conclusões:** embora os resultados sejam preliminares, os achados desse ensaio comunitário randomizado trazem evidências de que a abordagem de educação em saúde bucal baseada nos princípios da Entrevista Motivacional foi mais efetiva na redução de cárie precoce da infância no primeiro ano de vida de crianças de baixa renda e cujas mães tem pouca escolaridade quando comparadas a abordagem convencional. Adicionalmente, conclui-se que o treinamento dos profissionais da equipe de saúde bucal foi efetivo para para habilita-los a atuar dentro do espírito da Entrevista Motivacional, independentemente da idade, experiência e formação profissional prévia, tornando a EM uma ferramenta viável para a prática na Atenção Primária à Saúde.

**Registro do ensaio clínico:** Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-ReBEC (RBR-8fvwxq) e ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

**Palavras-chave:** Cárie Precoce da Infância, Entrevista Motivacional, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Ensaio Clínico.

## ABSTRACT

**Background:** Early childhood caries is a common and severe disease that affects children in their initial years of life. As such, it calls for early intervention and approaches, with early childhood the ideal period to introduce good habits and initiate education and preventative programs for oral health. **Objectives:** this thesis aimed to compare the effectiveness of Motivational Interviewing (MI) compared to Conventional Education in Health (EC) on a program directed to mothers/parents/guardians of children for the prevention of early childhood caries. Additionally, it studies the regularity of motivation talks by Dentists and Dental Hygienists (DH) before and after training in Motivational Interviewing, within the context of Primary Health Care (PHC). **Methods:** a randomized community study was held by the Community Health Service of the Conceição Hospital Group in Porto Alegre – RS, Brazil, where 6 of the 12 health units participated in a draw to allow Dentists and DHs (n=41) to undergo an 8-hour intensive training program to actively learn the basic principles of MI and assessed through valid instruments. Exams for caries were performed by trained and qualified examiners using the ICDAS index. **Results:** on preliminary analysis a total of 244 children were assessed, aging an average of 14,4 months and which had undergone at least one dental visit within the first year of life. Subgroup analyses were conducted for equivalent income and maternal level of education. For both analyses, Motivational Interviewing showed the best performance among the more underprivileged group, though it had no significant effect among the wealthier. Children from families earning less than BRL 450.00/month tended to show RR=0.10 (95%CI: 0.01-0.79), while among those with a higher income an RR=0.59 (95%CI: 0.10-3.36) was noted. Among children whose mothers had an education level below primary, an RR=0.09 (95%CI: 0.01-0.96) was found, while among those with primary education or higher, an RR=0.38 (95%CI: 0.08-1.89) was registered. For both variables, the interaction term was not very significant (income p=0.15 and education p=0.38). MI training results for professionals after 2 years showed stability in improved responses in consultations with dialogue, showing a statistically significant

difference for open questions, reflective listening and the total percent of correct responses ( $p < 0.001$ ), with a effect size ( $ES = 1.12$ ). For the useful answer questionnaire, professionals continued using open questions and reflective listening ( $p < 0.001$ ), maintaining an increase in the percent of responses compatible with MI ( $p < 0.001$ ). The dimensions of the effect size were also considerable ( $ES = 1.33$ ) over the course of time. **Conclusions:** despite only preliminary results, the findings from this randomized community study show evidence that approaching oral health education based on the principles of Motivational Interviewing was more effective in the reduction of early childhood caries among children in the first year of life from lower income backgrounds and whose mothers have little education when compared to the conventional approach. Further, it was concluded that the training of professional from the oral health team was effective in qualifying them to act according to the concept of Motivational Interviewing, regardless of age, experience and previous professional formation, making MI a viable tool in the practice of Primary Health Care.

**Clinical Study Register:** Brazilian Register of Clinical Studies-ReBEC (RBR-8fvwxq) e ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

**Key words:** Early Childhood Caries, Motivational Interview, Oral Health, Primary Health Care, Clinical Study.

## INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes na infância, e por isso é considerada como um importante problema de saúde pública (WEINSTEIN, 1998; BERKOWITZ, 2003). Apesar dos esforços em controlar a doença em nível global, ainda é alto o percentual de cáries não tratadas e a reparação das suas sequelas gera impacto econômico mundial importante (LISTL et al., 2015; KASSEBAUM et al., 2015). O seu desenvolvimento decorre da interação de uma série de fatores que resultam na perda de estruturas minerais do elemento dentário. O processo de cárie é dinâmico e fluido por natureza, caracterizado pelo desequilíbrio entre os fatores etiológicos e de proteção onde os principais determinantes patológicos são as bactérias e o consumo de carboidratos fermentáveis (açúcares) e os protetores incluem o fluxo salivar e a exposição aos fluoretos (FEATHERSTONE, 2004). Nesse sentido, tem-se observado redução de cárie em adolescentes entre 8 a 37% pela fluoretação da água (NEWBRUN, 1989) e por terapias tópicas de fluoreto cerca de 25% quando comparado com nenhum tratamento com flúor (MARINHO et al., 2004). Apesar do acesso a água fluoretada e pelo uso de fluoretos caseiros ou profissionais, a cárie continua sendo um desafio. Sheiham e James (2015) apontam o açúcar como sendo o fator primordial e necessário para desenvolvimento da cárie, enfatizando o efeito cumulativo do consumo de açúcar ao longo da vida. Para crianças pequenas deve-se retardar ao máximo o contato com alimentos açucarados, preferencialmente depois dos 2 anos de vida, e limitar ao máximo de 10% da ingesta calórica diária composta por açúcar livre (WHO, 2015).

Quando acomete crianças menores de 6 anos de idade, recebe a denominação de Cárie Precoce da Infância - CPI, sendo considerada Cárie Severa da Infância - CSI quando acontece nos menores de 3 anos (AAPD 2003). Nessas crianças de tenra idade, a doença cárie se manifesta de forma agressiva, levando à destruição completa das coroas dentárias em um curto período de tempo, podendo evoluir para quadros tão severos que interferem negativamente no crescimento e desenvolvimento dos bebês afetados. Por

apresentar uma característica mutilante, a CPI tem um potencial de repercutir negativamente na qualidade de vida das crianças, na medida em que as lesões de cárie severas causam desconforto, dor, infecção, abscessos que dificultam uma adequada alimentação e conseqüente desnutrição, podendo levar a um retardo de crescimento físico e cognitivo comportamental. Além disso, o desconforto estético pode trazer problemas psicológicos de relacionamento e autoestima (GRAVES et al., 2004).

Alguns pesquisadores procuraram expandir o modelo microbiológico básico da cárie de acometimento precoce, incluindo também os fatores sociais, demográficos e comportamentais tais como: etnia, renda e status familiar, nível de educação materna, hábitos de escovação e conhecimento e crenças paternas (FRAIZ; WALTER, 2001; TINANOFF; REISINE, 2009; FONTANA, 2015). Alguns ensaios clínicos têm demonstrado a efetividade de ações de promoção e educação em saúde na redução da CPI, através de intervenção precoce com as gestantes e mães de recém-nascidos, orientando cuidados com alimentação, estímulo ao aleitamento materno e higiene bucal compatível com uma boa saúde bucal para as crianças (FELDENS; VITOLO; DRACHLER, 2007; FELDENS et al., 2010; PLUTZER, SPENCER, 2008; HARRISON, 2012). Nesse sentido, qualquer tratamento odontológico que se baseie apenas em intervenções curativas e pontuais, desconsiderando o caráter multifatorial da doença cárie e periodontal, falhará na conquista da saúde da criança. Por esta razão é fundamental uma abordagem abrangente, que seja capaz de controlar a doença e promover a saúde do paciente.

A população infantil vem mostrando aumentada prevalência da cárie, diferentemente do declínio observado nas últimas décadas em todo o mundo nas demais faixas etárias (TINANOFF, REISINE, 2009). O último levantamento epidemiológico realizado no Brasil compreendendo a faixa etária de 18 a 36 meses mostrou que 27% dessas crianças já apresentam pelo menos um dente com experiência de cárie (BRASIL, 2004).

Muitos estudos demonstraram a associação entre condições sócio-econômicas desfavoráveis e a prevalência de CSI (KEROSUO and HONKALA, 1991; DINI et al., 2000; FERREIRA et al., 2007; HOEFT et al., 2009). Pesquisadores identificaram a baixa escolaridade da mãe como fator determinante para ocorrência da CSI (FERREIRA et al., 2007; TRAEBERT et al., 2009). Ainda, questões relacionadas aos hábitos alimentares (aleitamento natural/artificial) (DINI et al., 2000; DYE et al., 2004; FELDENS et al., 2007; MOHEBBI et al., 2008), bem como hábitos de higiene bucal (FELDENS et al., 2006; MOHEBBI et al., 2006, 2008) têm sido largamente estudadas na literatura contemporânea, sob diferentes desenhos metodológicos, em diferentes populações, mostrando-se freqüentemente associadas à presença da doença.

Um estudo de base populacional, realizado no município de São Leopoldo-RS, investigou a eficácia de visitas domiciliares com orientações às mães sobre práticas de alimentação saudável durante o primeiro ano de vida na ocorrência de cárie precoce em crianças aos 4 anos de idade. As orientações foram baseadas nos “Dez passos da alimentação saudável” recomendados pelo Ministério da Saúde. Tal programa reduziu a incidência de cárie precoce em 22% e precoce severa em 32%. Com isso, conclui-se que programas educativos e preventivos no primeiro ano de vida podem impactar na redução de ECC (FELDENS et al. 2010).

Na odontologia, os fatores de risco associados à doença cárie já foram exaustivamente estudados em nível individual e contribuíram significativamente no avanço da prevenção à doença e promoção de saúde bucal, no entanto não é uma prática recorrente dos profissionais de saúde bucal basear suas condutas a partir de protocolos e programas comunitários.

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada das crianças no Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se que é atribuição essencial das unidades de saúde propor medidas educativo preventivas em busca da promoção da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar

no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008).

Adicionalmente, estudar fatores que modificam a forma com que as mães cuidam de seus bebês pode ajudar a entender as razões para a aumentada prevalência de CSI. Desse modo, se for observado que as condições psicológicas da mãe estão associadas a doenças no bebê, políticas públicas eficazes devem ser desenvolvidas para melhorar essa relação mãe-bebê e em última estância, prevenir doenças como a CSI.

Além disso, para uma completa abordagem sobre o tema se faz necessário identificar as conseqüências ocasionadas pela CSI. Muitos estudos relatam que a rápida progressão das lesões cariosas leva a repetidas prescrições de antibióticos (NORTH et al., 2007), sofrimento, dor, septsemia e perda na qualidade do sono (SCHROTH et al., 2009), faltas a creches (CASAMASSIMO, 2006) e interferência na qualidade de vida das crianças afetadas (ABANTO et al.).

Nesse sentido, faz-se necessário avaliar a implementação de ações programáticas de saúde bucal para crianças nos primeiros anos de vida, com diferentes métodos de abordagens educativas, determinando o seu real impacto na prevalência de cárie precoce e possíveis fatores prognósticos no contexto da Atenção Primária à Saúde e para o sistema de saúde brasileiro, o SUS.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### **Cárie Precoce da Infância**

A cárie dentária pode ser classificada como uma doença de natureza infecciosa e açúcar-dependente, decorrente da interação de uma série de fatores que resultam na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário (NEWBRUN, 1882; SHEIHAM, 1984). Por tratar-se de uma das doenças mais prevalentes entre os humanos, a cárie é considerada como um importante problema de saúde pública (WEYNE, 1997; WEINSTEIN, 1998; BERKOWITZ, 2003). Quando acomete crianças em idade pré-escolar, recebe a denominação genérica de Cárie Precoce da Infância (CPI), por tratar-se do aparecimento de lesões cariosas em dentes decíduos na medida em que erupcionam (ISMAIL, 1998; BERKOWITZ, 2003).

Cárie Precoce da Infância - CPI / Early Childhood Caries – ECC foi a nomenclatura sugerida, em 1994, na Conferência do Center for Disease Control and Prevention, em Maryland, USA para denominar a cárie que acomete crianças de tenra idade. Atualmente ela é universalmente aceita e preferida a outras terminologias, que foram amplamente utilizadas para esta doença, como por exemplo, cárie de mamadeira e cárie de peito, que são nomenclaturas que podem enganar os profissionais e a população sobre a etiologia e os fatores de risco associados a esta doença. A cárie de mamadeira seria compreendida erroneamente e enfocaria uma prática imprópria de alimentação como o uso exclusivo da mamadeira, o que equivocadamente sugeriria que a doença fosse somente causada pelo uso inadequado da mamadeira. Já a cárie de peito, poderia conduzir, igualmente, a população para uma redução da amamentação ao peito, acreditando-se que esta prática alimentar seria o único e exclusivo fator etiológico desta doença, de acordo com Tinanoff et al. (1998).

A AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry, 2003) define Cárie Precoce da Infância (CPI) como qualquer sinal de lesão cariada em dentes decíduos de crianças com menos de 5 anos de idade. Assim, crianças de 3 a 5

anos que apresentem pelo menos uma lesão cavitada, restaurada ou o dente perdido por cárie são consideradas como portadoras de CPI. Além disso, a presença de ceo-s (índice de superfícies dentárias cariadas, com extração indicada ou restauradas) maior do que 4 aos 3 anos, maior do que 5 aos 4 anos ou maior do que 6 aos 5 anos caracteriza a cárie severa da infância (CSI) (Drury et al, 1999).

Em crianças de tenra idade, a doença cárie se manifesta de forma agressiva, levando à destruição completa das coroas dentárias em um curto período de tempo, podendo evoluir para quadros tão severos que interferem negativamente no crescimento e desenvolvimento dos bebês afetados (WALTER et al.,1996). Apresenta-se como uma doença de etiologia multifatorial, dependente de uma dieta rica em carboidratos fermentáveis, que servem de substrato para que os microorganismos cariogênicos produzam ácidos orgânicos, que atuarão na superfície dentária com maior ou menor intensidade dependendo da susceptibilidade do hospedeiro em questão (FIGUEIREDO, FALSTER, 1997).

O padrão das lesões de cárie em bebês tem características peculiares. Estas se desenvolvem com rapidez, freqüentemente logo após a erupção do dente, envolvendo superfícies que normalmente apresentam um baixo risco à sua instalação, como, superfícies vestibulares dos incisivos superiores e superfícies vestibulares e palatinas dos molares superiores e inferiores. Os primeiros molares inferiores e superiores nas superfícies oclusais também podem ser afetados, pela estagnação de alimentos cariogênicos. A evolução das lesões de cárie em bebês normalmente inicia nos incisivos superiores com uma mancha branca opaca ao longo da margem gengival. Com a continuidade da condição cariogênica esta desmineralização vai aumentando até causar a destruição completa da coroa de todos os incisivos superiores, remanescendo apenas os restos radiculares (HOROWITZ, 1998; RAMOS, MAIA, 1999).

Com relação à epidemiologia da CPI, Milnes em 1996, observou que enquanto a sua prevalência é de 1 a 12% em países desenvolvidos, em países

em desenvolvimento e populações carentes de países desenvolvidos, esta prevalência pode chegar a 70%. Estudos realizados em diversas cidades brasileiras apresentam uma prevalência de ECC que varia de 5,9 a 47%, quando considerada lesões de mancha branca ativa (WAMBIER et al. 2004; RIBEIRO et al. 2005; SCAVUZZI et al. 2007). Considerando-se o tempo com que os dentes decíduos ficam expostos ao desafio cariogênico, a prevalência da ECC apresenta índices assustadores em determinadas populações.

Em uma avaliação de sete anos de um programa odontológico para bebês, Figueiredo et al.(1998) relataram que o motivo prevalente que levaram as mães a procurarem a Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FO/UFRGS, foi a doença cárie (51%), seguido da prevenção (30%), traumatismo (12%), anomalias (5%) e doenças da boca (2%). Sendo que das 224 crianças avaliadas 61,5% iniciaram o tratamento no programa com atividade de cárie.

Com relação à etiopatogenia da CPI, esta envolve inúmeros fatores que agem simultaneamente. Estudos relacionam o desenvolvimento da CPI a um padrão dietético desequilibrado, onde ocorre uma predominância de carboidratos, amamentação noturna e ausência e/ou prática deficiente de higienização bucal. A quantidade e a qualidade da saliva, defeitos de esmalte como as hipoplasias e hipocalcificações, fatores imunológicos do paciente, são também relevantes para o desenvolvimento desta doença (HOROWITZ, 1998).

Ainda, segundo Horowitz, nos pacientes bebês podem existir outros fatores de risco adicionais que são exclusivos a este grupo, como a precoce aquisição e estabelecimento dos estreptococos do grupo mutans em sua cavidade bucal, denominado por Caufield et al. (1993), como “janela de infectividade da cárie”.

Deste modo, a prevenção da Cárie Precoce da Infância deve enfatizar a educação dos pais e/ou responsáveis pela criança, no que tange a transmissibilidade do microorganismo cariogênico, a susceptibilidade do hospedeiro, a higienização bucal e a informações dietéticas, como por exemplo

não colocar o bebê na cama com mamadeiras contendo formulados açucarados, chupetas adocicadas e aleitamento noturno em livre demanda.

De acordo com Edstein (1996), a CPI deve ser enfocada como um problema da equipe de saúde e não só do dentista, sendo que os planos de ação para a prevenção e tratamento da CPI exigem programas de ações básicas na comunidade. O autor conclui que as intervenções restauradoras tradicionais quando comparadas com as intervenções comportamentais, não são tão efetivas. No entanto, entende-se que a CPI deve merecer a atenção de toda a equipe de saúde infantil, onde os diversos profissionais devem estar envolvidos no processo de diagnóstico e tratamento. Pode-se dizer inclusive, que a CPI é reconhecida como uma doença comportamental sendo influenciada pelo estilo de vida da família (SAMPAIO, 2005).

Segundo resultados do projeto SB BRASIL 2003, projeto do Ministério da Saúde que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira, cerca de 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade (BRASIL, 2004). No levantamento epidemiológico brasileiro de 2010, onde só foi avaliado a faixa etária do 5 anos, constatou-se uma leve redução na prevalência de cárie (53%) com ceod médio de 2,43, sendo 80% de componente cariado (BRASIL, 2011). Os números refletem que ainda há necessidade de prevenção e tratamento da cárie na primeira infância.

Os valores cada vez menores de CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade indicam redistribuição de uma menor carga de doença. Além disso, a distribuição da cárie tem se afastado de uma uniformidade, sendo notados níveis crescentes de desigualdade. Essa polarização da doença é um fenômeno que pode estar refletindo medidas de prevenção e controle da enfermidade embasadas na estratégia populacional (ROSE, 1985). Evolui-se de uma situação de alta prevalência para um cenário em que se constata uma grande porcentagem de indivíduos livres de cárie.

No Brasil 20% da população de escolares passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença, sem alteração na diferença relativa entre as regiões. Esse quadro pode estar expressando um outro fenômeno: o da iniquidade, em que, no caso da cárie, o ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social onde estão inseridos e que se expressam por meio do processo saúde-doença (NARVAI et al. 2006).

Essa concentração da doença em grupos específicos está relacionada a soma dos fatores de risco e justifica uma atenção direcionada à população infantil, com foco na prevenção dessa enfermidade mutilante. Encarando a atenção primária como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entende-se que é papel fundamental das unidades de saúde propor medidas de controle e diminuição desses números, buscando através de medidas preventivas e intervenção baseada em risco, promover saúde bucal.

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia e representa a incorporação de um novo entendimento da abordagem das doenças bucais fortemente centrada numa perspectiva preventivo-promocional (VOLPATO, FIGUEIREDO, 2005). A saúde bucal, assim como a geral, deve ser buscada de maneira preventiva; devemos lançar mão de instrumentos ou métodos que nos auxiliem a evitar que se instale a doença. Quanto mais cedo for a ação preventiva, melhor será o resultado alcançado (WALTER et al., 1996).

No ano de 1984 na cidade de Londrina, Paraná iniciou-se o “Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida”, sob a responsabilidade dos professores de Odontopediatria do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da UEL. Foi o primeiro programa nacional de atenção em saúde bucal direcionada a bebês e foi um marco histórico com sua implementação oficial em 1986. Em resposta aos expressivos resultados frente aos modelos em saúde bucal existentes no país, em 1993 a Odontologia para Bebês foi reconhecida como um direito de cidadania, por ocasião da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília-DF. Desde

então, o cuidado em saúde bucal na primeira infância vem sendo priorizado na Estratégia de Saúde da Família e no SUS através de programas preventivos que preconizam o acesso a saúde bucal desde o primeiro ano de vida. Passadas algumas décadas, se faz necessário avaliar as estratégias empregas pelas políticas públicas no intuito de qualificar ainda mais a atenção a saúde bucal da criança.

### **Entrevista Motivacional**

A identificação de abordagens mais eficazes é essencial para auxiliar os pacientes a mudar hábitos não saudáveis. Muitos esforços têm sido dedicados para explicar as mudanças ou adesão aos comportamentos específicos de saúde. Tais esforços incluem o aconselhamento breve. Muitas intervenções motivacionais breves têm sido testadas em vários ensaios clínicos controlados, e os resultados sugerem a utilidade dessas estratégias. Entre estas, a Entrevista Motivacional (EM) tem provado ser eficaz na mudança de comportamentos não saudáveis. Estratégias que aumentem a motivação e o compromisso do paciente com o tratamento, como um meio de maximizar as taxas de resposta do tratamento é altamente recomendável.

A Entrevista Motivacional é um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, cujo objetivo é aumentar a motivação intrínseca para a mudança pela exploração e resolução da ambivalência. Ao lançar mão desta abordagem o profissional ajuda os pacientes a se sentirem envolvidos no controle de sua saúde e autocuidado. O uso da EM é especialmente interessante para os profissionais da área da saúde que atendem pessoas que necessitam aumentar a adesão ao plano de tratamento, mudar hábitos inadequados ou comportamentos não saudáveis (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009).

A Entrevista Motivacional, mais do que um conjunto de técnicas, é um estilo de abordagem que busca despertar na pessoa suas próprias motivações para mudar (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009). É baseada em evidências (LUNDAHL, BURKE, 2009), sendo uma abordagem simples e muito eficaz de

se relacionar com pacientes para mudança de comportamento em ambientes da área da saúde. Diversas pesquisas publicadas têm documentado a eficácia da EM, tanto no ambiente da clínica (ambulatorial e hospitalar), como na pesquisa. É possível encontrar mais de 2250 publicações científicas sobre Entrevista Motivacional, indexadas no MEDLINE e PUBMED, desde a primeira vez que foi publicada em 1983 até dezembro de 2015. Atualmente, existem mais de 600 ensaios clínicos randomizados sobre a Entrevista Motivacional em diferentes áreas da saúde registrados na plataforma internacional da Organização Mundial da Saúde, e desses apenas 13 na área da Odontologia.

A Entrevista Motivacional é uma abordagem desenvolvida por Miller e Rollnick e difundida na Europa, nos Estados Unidos da América e, há quase uma década, no Brasil (SALES and FIGLIE, 2009). Desenvolvida por Miller e Rollnick e publicada pela primeira vez em 1983, é uma abordagem que foi originalmente elaborada como um método clínico atóxico (MILLER, 1983), sendo desenvolvida nas últimas décadas, com o objetivo de auxiliar as pessoas a realizarem mudanças de comportamento mal adaptativo. Esta abordagem foi utilizada, no início, com a finalidade de auxiliar dependentes químicos e, posteriormente, adaptada para uso em diferentes contextos da área da saúde. Atualmente sua eficácia vem sendo extrapolada para as doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares (HETTEMA et al., 2005; RUBAK et al., 2005).

A Entrevista Motivacional é um estilo de atendimento diretivo para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde (ROLLNICK, MILLER, 1985). A abordagem é centrada no paciente o que permite explorar e resolver sua ambivalência. O papel do profissional da saúde não segue o modelo prescritivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o paciente, o profissional cria condições de autoconhecimento que propiciem o espaço para uma mudança natural. Especificamente, o objetivo é abordar a ambivalência que afeta o engajamento, a manutenção e adesão aos diferentes aspectos do tratamento. A EM é mais um estilo terapêutico do que uma terapia específica. Em todo contato com o

paciente, em qualquer cenário ou fase do tratamento o profissional deve expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do paciente, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia (SALES, FIGLIE, 2009).

Em essência, a Entrevista Motivacional orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária (6). Para encaminhar “a conversa sobre a mudança” do comportamento-alvo com os pacientes o profissional deve levar em conta os quatro princípios orientadores da Entrevista Motivacional: (a) resistir ao reflexo de “consertar as coisas”; (b) entender e explorar as motivações do paciente; (c) escutar com empatia; e (d) fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo (SILVA, 2009).

A entrada, a motivação do paciente e a prontidão para mudar comportamentos através do tratamento são preditores do engajamento e subsequente permanência no tratamento (CADY, 1996). Oportunizar o rápido encaminhamento para o tratamento quando a motivação do cliente está mais alta aumenta a retenção e melhora nos resultados (Project MATCH Research Group, 1997 E 1998; ROLLNICK, 1992). Para indivíduos menos motivados o uso das estratégias da entrevista motivacional pode facilitar o compromisso no processo do tratamento mantendo o foco nos diferentes estágios de mudança (DICLEMENTE et al., 1994; MILLER and GUIDRY, 2001). A motivação para a mudança do comportamento surge da interação entre o paciente, o profissional que o atende e o processo que oportuniza a indicação do início do tratamento (FRANEY and ASHTON, 2002).

### **Entrevista Motivacional e Saúde Bucal**

Tendo em vista que as doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal) apresentam um componente fortemente relacionado a hábitos e comportamentos, parece plausível que abordagens baseada na EM possam ter resultados positivos. Revisões sistemáticas recentes têm avaliado resultados de intervenções baseadas na EM para o manejo de doenças periodontais, higiene bucal e cárie na infância com resultados positivos, porém a

heterogeneidade dos estudos limitam achados mais conclusivos (Gao et al. 2013; Cascaes et al 2014). Apontam ainda que dentistas ainda usam abordagem tradicional de aconselhamento e informação, desconsiderando os determinantes sociais das doenças bucais e que desenvolver habilidades pessoais para abordagem no espírito da EM é essencial (Harrison, 2014).

Em uma recente revisão sobre abordagens comportamentais na prevenção da CPI, os autores destacam a EM como a estratégia mais eficaz nas mudanças de comportamentos em saúde bucal (ALBINO, TIWARI, 2015). Uma revisão sistemática da literatura sobre o uso da EM em saúde bucal, os autores concluíram que os estudos com melhor consistência metodológica e resultados promissores foram os que envolveram prevenção de CPI (CASCAES et al., 2014).

Harrison et al. (2012) realizaram um ensaio comunitário randomizado avaliando a EM voltada para as mães de crianças de origem indígena no Canadá. Nove comunidades foram randomizadas em grupo teste (EM) e controle (somente entrega de panfletos educativos). Foram incluídas 274 mães que receberam orientações durante a gestação e nos dois primeiros anos de vida dos filhos. Depois de dois anos, aumento de cárie não foi diferente entre os grupos, porém houve menos lesões cavitadas em dentina e envolvimento pulpar no grupo EM, sugerindo que a intervenção foi capaz de reduzir a severidade da doença (Harrison et al., 2012).

Um estudo austríaco avaliou uma única intervenção baseada na EM para mãe de recém-nascidos envolvendo orientações alimentares e de higiene bucal para o binômio mãe-bebê. Após cinco anos, uma análise caso-coorte demonstraram que as crianças cujas mães participaram da intervenção tinham significativamente menor experiência de cárie quando comparadas ao controle (Wagner et al., 2014). Pesquisadores australianos encontraram resultados semelhantes em uma intervenção baseada na EM que teve como objetivo melhorar o comportamento de higiene de mães para seus filhos entre 6 e 12 meses de idade. Exames de cárie foram realizados entre 6 e 7 anos de idade e

comparados com crianças que não receberam intervenção na mesma escola. As crianças do grupo de intervenção tiveram menos cárie e sofreram menos dor de dentes do que o grupo controle (Plutzer et al., 2012).

Naidu et al. (2015), realizaram um estudo com mães de pré-escolares de Trinidad e Tobago comparando EM e abordagem de educação em saúde convencional na entrega de orientações em saúde bucal infantil. Verificaram que as mães do grupo EM tiveram melhores conhecimentos, práticas e atitudes em saúde bucal, o que pode influenciar positivamente na saúde bucal das crianças (NAIDU et al, 2015).

Apenas um estudo recente envolvendo abordagens de EM não apresentou reduções significativas no incremento de cárie em crianças americanas de origem africana, embora tenha resultado em melhorias nos comportamentos preventivos das mães de crianças menores de cinco anos (Ismail et al., 2011).

Segue abaixo um quadro resumo dos principais ensaios clínicos randomizados envolvendo EM e CPI publicados até o ano de 2015.

Quadro resumo dos Ensaios Clínicos envolvendo Entrevista Motivacional e Cárie 2015.

Autor, Ano, País	Características amostra	Controle	Intervenção	Número Sessões EM	Tempo sessão EM	Desfechos	Seguimento meses	Taxa resposta %	Resultados
Harrison et al (2012) Canadá	n=271 Mães imigrantes sul Ásia e crianças 6-18 meses	n=131 EC	n=141 EC + EM	7 Gestação=1 Criança=6	NI	Cárie	24	88,6	Não houve diferença na incidência de cárie no geral. EM: menor severidade de cárie em 2 anos.
Harrison et al (2007) Canadá	n=240 Gestantes indígenas 12-34 semanas Crianças 12 meses	n=122 EC Aplicação verniz flúor anual	n=118 EC + EM Aplicação verniz flúor anual	7	45min	Cárie	24	85,4	EM: redução de 46% de cárie em 2 anos.
Harrison et al (2004) Canadá	n=240 Mães imigrantes sul Ásia e Crianças idades: 6-18meses	n=NI Panfleto Vídeo educativo EC	n=NI Panfleto Vídeo EM	1 Ligação telefônica 4 Ligações Manutenção	45min 14dias 30dias 6m	Cárie	12	NI	Redução cárie/ceod EM: 0,71 EC: 1,91. P<0,001
Ismail et al (2011) EUA	n=1021 Cuidadores crianças americanas de origem africana 0-5 anos Baixa renda	n=515 EC	n=506 EC + EM	2	40min	Cárie Frequência HB	24	64,0	Não houve diferença na incidência de cárie no geral. EM: melhores hábitos de HB.

EC: Educação em Saúde Convencional. EM: Entrevista Motivacional. NI: Não Informado. HB: Higiene Bucal

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Comparar a efetividade da Entrevista Motivacional (EM) em relação a Educação em Saúde Convencional (EC) em um programa direcionado a mães/pais/responsáveis de crianças para a prevenção da cárie precoce da infância no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

### **Objetivos específicos**

- avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional em comparação a educação em saúde bucal convencional na prevenção da cárie precoce da infância no primeiro ano de vida de crianças acompanhadas em um serviço de APS.
- comparar a frequência de declarações motivacionais de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), antes e depois de um treinamento específico, no contexto da APS.
- avaliar a manutenção das habilidades básicas da Entrevista Motivacional na prática diária de Dentistas e TSB, logo após um treinamento e em dois anos de acompanhamento, no contexto da APS.

**MANUSCRITO 1\*****Entrevista Motivacional como uma ferramenta para a equipe de Saúde Bucal no manejo da Cárie Precoce da Infância no contexto da Atenção Primária à Saúde**

Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>1</sup>; Elisabeth Meyer<sup>2</sup>; Fernando Neves Hugo<sup>3</sup>; Juliana Balbinot Hilgert<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-GHC; Doutorando Saúde Bucal Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Cardiologia (IC/FUC).

<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

**Autor para correspondência:** Juliana Balbinot Hilgert

Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Centro de Pesquisa em Odontologia Social - 4º andar

Rua Ramiro Barcelos 2492

Porto Alegre – RS - CEP 90035-003

Phone: (0xx51) 3308-5204

E-mail: [jhilgert@gmail.com](mailto:jhilgert@gmail.com)

\*Manuscrito a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública.

## Resumo

A Entrevista Motivacional (EM) é um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, cujo objetivo é aumentar a motivação intrínseca para a mudança pela exploração e resolução da ambivalência que proporciona melhores resultados nos tratamentos, inclusive na saúde bucal. O objetivo do estudo foi comparar a frequência de declarações motivacionais de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), antes e depois de um treinamento de EM, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Um ensaio comunitário randomizado foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – RS, com um total de 41 profissionais (Dentistas e TSB) que receberam um treinamento intensivo de 8 horas para aprendizagem ativa dos princípios básicos da EM e comparados a 31 outros profissionais (Dentistas e TSB) não treinados como controle. Foi utilizada uma Entrevista Dialogada e um Questionário de Resposta Útil com o objetivo de identificar as habilidades básicas da EM: Pergunta Aberta, Afirmação, Escuta Reflexiva e Resumo. Os resultados pré-treinamento mostraram que tanto o grupo teste como controle tiveram igualmente baixos percentuais de acertos ( $p > 0,08$ ) evidenciando que os profissionais lançam mão do aconselhamento/persuasão nas abordagens de mudança de comportamentos com pacientes, o que deve ser evitado. Após o treinamento no Questionário de Resposta Útil para todas as variáveis houve diferenças estatisticamente significativas sugerindo que os profissionais passaram a usar mais Perguntas Abertas e Afirmações ( $p < 0,001$ ), mais Escuta Reflexiva e menos Perguntas Fechadas ( $p = 0,001$ ). O percentual de respostas consistentes com Entrevista Motivacional passou de 23,6% para 85,8%, com um grande tamanho de efeito da intervenção ( $ES = 2,00$ ). Concluiu-se que o treinamento com profissionais das equipes de saúde bucal da APS foi eficaz para habilitá-los a atuar dentro do espírito e das técnicas básicas da Entrevista Motivacional, independente do nível de conhecimento prévio.

Palavras-chave: Entrevista Motivacional, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde.

## **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada das crianças no sistema de saúde e por isso entende-se que é atribuição essencial das unidades de saúde propor medidas educativo-preventivas em busca da promoção da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008a).

Com crianças, as ações educativas devem focar na prevenção da Cárie Precoce da Infância (CPI) que se manifesta de forma agressiva, levando à destruição completa dos dentes em um curto período de tempo, podendo evoluir para quadros tão severos que interferem negativamente no crescimento e desenvolvimento dos bebês afetados. Por apresentar uma característica mutilante, a CPI tem um potencial de repercutir negativamente na qualidade de vida das crianças, na medida em que as lesões de cárie severas causam desconforto, dor, infecção, abscessos que dificultam uma adequada alimentação e consequente desnutrição, podendo levar a um retardo de crescimento físico e cognitivo comportamental (GRAVES et al. 2004).

Apesar dos esforços em controlar a cárie em nível global, ainda é alto o percentual de lesões não tratadas e a reparação das suas sequelas gera impacto econômico mundial importante (KASSEBAUM et al. 2015, LISTL et al., 2015). O processo de cárie é dinâmico e fluido por natureza, caracterizado pelo desequilíbrio entre os fatores etiológicos e de proteção onde os principais determinantes patológicos são as bactérias e o consumo de açúcar (SHEIHAM, JAMES, 2015) e os protetores incluem o fluxo salivar e a exposição aos fluoretos (FEATHERSTONE, 2004). Mesmo conhecendo os agentes causadores e os fatores protetores, o controle da doença cárie continua sendo um desafio, por envolver hábitos e comportamentos determinados sócio

culturalmente. Nesse sentido, quando se trata de cárie na infância, as atividades voltadas para a educação e orientação devem focar a abordagem no diálogo, em uma linguagem acessível, considerando os conhecimentos de cada indivíduo, propondo alternativas mais saudáveis e apropriadas ao contexto da família.

A identificação de abordagens mais eficazes é essencial para auxiliar os pacientes a mudar hábitos não saudáveis. Estratégias que aumentem a motivação e o compromisso do paciente com o tratamento, como um meio de maximizar as taxas de resposta do tratamento são altamente recomendáveis. A Entrevista Motivacional (EM) tem provado ser eficaz na mudança de comportamentos não saudáveis (LUNDAHL, BURKE, 2009; VANBUSKIRK, WETHERELL, 2014). Trata-se de um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, cujo objetivo é aumentar a motivação intrínseca para a mudança pela exploração e resolução da ambivalência. Ao lançar mão desta abordagem o profissional ajuda os pacientes a se sentirem envolvidos no controle de sua saúde e autocuidado. O uso da EM é especialmente interessante para os profissionais da área da saúde que atendem pessoas que necessitam aumentar a adesão ao plano de tratamento, mudar hábitos inadequados ou comportamentos não saudáveis (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009).

A Entrevista Motivacional é uma abordagem desenvolvida por Miller e Rollnick e difundida na Europa, nos Estados Unidos da América e, há quase uma década, no Brasil (SALES, FIGLIE, 2009). Esta abordagem foi utilizada, no início, com a finalidade de auxiliar dependentes químicos e, posteriormente, adaptada para uso em diferentes contextos da área da saúde. Atualmente sua eficácia vem sendo extrapolada para as doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares (HETTEMA et al., 2005; RUBAK et al., 2005; LUNDAHL, BURKE, 2009; VANBUSKIRK, WETHERELL, 2014). A EM (MILLER, ROSE, 2009) apresenta dois componentes distintos. Um é relacional porque foca no Espírito interpessoal e na Empatia. O outro é técnico, pois envolve o reforço da

mudança através da “conversa sobre mudança”. A ferramenta central na EM é a Escuta Reflexiva que oportuniza ao profissional da saúde facilitar que os pacientes encontrem às suas próprias soluções.

Tendo em vista que as doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal) apresentam um componente fortemente relacionado a hábitos e comportamentos, parece plausível que abordagens baseadas na EM possam ter resultados positivos. Revisões sistemáticas recentes têm avaliado resultados de intervenções baseadas na EM para o manejo de doenças periodontais, higiene bucal e cárie na infância com resultados positivos, porém a heterogeneidade dos estudos limitam achados mais conclusivos (GAO et al. 2013; CASCAES et al 2014). Apontam ainda que dentistas ainda usam abordagem tradicional de aconselhamento e informação, desconsiderando os determinantes sociais das doenças bucais e que desenvolver habilidades pessoais para abordagem no espírito da EM é essencial (HARRINSON, 2014).

Nesse sentido o presente estudo teve como objetivo comparar a frequência de declarações motivacionais de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), antes e depois de um treinamento específico, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## **Métodos**

Um ensaio comunitário randomizado com foco na prevenção da Cárie Precoce da Infância (Coorte Cárie Zero) foi realizado para avaliar o efeito da Entrevista Motivacional (EM) em comparação a Educação em Saúde Convencional (EC) na redução de cárie no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pela atenção à saúde na zona norte do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. O SSC/GHC é um serviço de Atenção Primária à Saúde constituído de 12 unidades de saúde e composta por profissionais da equipe mínima de Saúde da Família (Médicos de Família, Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de

Enfermagem) e por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Assistentes Sociais, Psicólogos, Nutricionistas e Farmacêuticos), que prestam atendimento a, aproximadamente, 105 mil pessoas cadastradas. Em 2010 o SSC incluiu a saúde bucal na Ação Programática da Criança, de modo a garantir acesso a consulta odontológica desde o primeiro ano de vida das crianças e fornecer orientações preventivas às mães, pais ou responsáveis com foco na prevenção da cárie precoce da infância e orientados por um protocolo do serviço (BRASIL, 2008b, BRASIL, 2014).

Para o ensaio comunitário foram randomizadas, através de uma tabela de números aleatórios, 6 das 12 unidades de saúde do SSC/GHC cujos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) receberam um treinamento em Entrevista Motivacional e as demais seguiram o modelo de Educação em Saúde Convencional (EC). O presente manuscrito, apresentará os resultados referentes ao treinamento da EM. Para tanto, foram incluídos todos os 41 Dentistas (contratados e residentes) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) das unidades de saúde no grupo intervenção (EM) que receberam o treinamento e os 31 Dentistas e TSB do grupo controle (EC) não treinados para EM.

#### Treinamento para intervenção de EM

Foram consideradas habilidades básicas da EM: (1) Pergunta Aberta (permite respostas com mais informações reais sobre o paciente); (2) Empatia (o profissional percebe e/ou se empenha para assimilar com exatidão o ponto de vista do paciente); (3) Afirmação (falar algo positivo ou que instigue o paciente a manter um certo comportamento durante a consulta); (4) Escuta Reflexiva (diz respeito a capturar e devolver em resposta a uma declaração do paciente); (5) Resumo (agrupa tudo que foi falado pelo paciente o que facilita a transição para o próximo tópico). Não foi avaliado como consistente com a EM quando o profissional: (1) usa Pergunta Fechada (o paciente responde com uma resposta curta do tipo sim ou não, um número, etc.); (2) Aconselha, ou seja, dá conselhos, faz uma sugestão, oferece uma solução; (3) Julga (escuta o que é dito pelo paciente de forma condenatória); (4) Confronta (a relação que estabelece com o paciente é desigual e caracteriza-se por uma fala que

questiona, discorda ou desaprova a honestidade do paciente)(MILLER, ROLLNICK, 2013).

No grupo intervenção, os profissionais receberam um treinamento intensivo para aprendizagem ativa dos princípios básicos da EM que foi realizado em um formato experiencial dividido em dois turnos de quatro horas, com intervalo de uma semana no mês de setembro de 2012, no local e horário de trabalho dos profissionais.

Antes de iniciar o treinamento e logo após o término do segundo encontro, foram aplicados, individualmente e na própria sala, três instrumentos validados para EM:

I - Régua Importância e Confiança (MILLER, ROLLNICK, 2002): método analógico-visual para graduar em uma régua cada uma das dimensões: importância e confiança. Para avaliar a Importância foi perguntado: quão importante diria que é para você usar a Entrevista Motivacional? Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante. Para observar a Confiança (Autoeficácia) foi perguntado: quão confiante você diria que está, se decidir usar a Entrevista Motivacional em seus atendimentos, de que poderia ter sucesso? Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nada confiante e 10 extremamente confiante.

II – Entrevista dialogada (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009): para identificar as habilidades básicas da EM, utilizou-se uma entrevista dialogada onde foi solicitado que o participante lesse o material e identificasse um exemplo para cada um dos itens a seguir: Pergunta Aberta, Afirmação, Escuta Reflexiva, Resumo e Resistência sendo a resposta pontuada como acertou ou errou.

III - Questionário de Resposta Útil (MILLER, HEDRICK, ORLOFSKY, 1991): apresenta seis declarações hipotéticas de situações problemas de pacientes sendo solicitado que escreva "o que iria dizer ao paciente em seguida", em resposta a cada declaração, sem restrição. Desta forma, foi possível aferir até que ponto foi utilizado Pergunta Aberta/ Pergunta Fechada,

Afirmação, Escuta Reflexiva, Resumo, se foi empático, aconselhou ou julgou. Esta ferramenta é uma alternativa quando a observação individual não é possível, como quando o participante está sendo avaliado em um treinamento. Os escores totais foram a soma por categoria em respostas (pontuação máxima=6). Além disso, cada resposta foi classificada de 1-5, utilizando um algoritmo de pontuação, onde altas pontuações demonstram ser Consistente com EM (empatia, Pergunta Aberta, Afirmação, Escuta Reflexiva, Resumo) e pontuações baixas indicam que o participante foi Inconsistente com EM (Pergunta Fechada, aconselhamento, julgamento ou confronto). A pontuação da reflexão profunda foi determinada pela soma dos escores entre as respostas (pontuação máxima=30), classificando-as como consistente ou não com EM. Caso o participante escrevesse mais de uma frase para cada questão, somente a primeira foi considerada na análise.

As respostas à entrevista dialogada e ao Questionário de Resposta Útil foram aferidas individualmente por três avaliadores independentes cegados para a categoria profissional e a que grupo (teste ou controle) pertencia os participantes, sendo todos Doutores em Psicologia e com treinamento avançado em Entrevista Motivacional no Squaretop (Albuquerque, USA). Os três avaliadores foram comparados entre si para efeitos de confiabilidade entre juízes, cujos coeficientes de correlação intraclassa Kappa mostraram concordância substancial sendo de 0,78 para o juiz 1 versus o juiz 2; 0,82 entre os juízes 1 e 3 e, 0,95 entre os juízes 2 e 3, através do Questionário de Resposta Útil.

O treinamento contemplou orientações práticas para temas como: uso de habilidades de comunicação empática, uso de Escuta Reflexiva Simples e Complexa para trabalhar com a resistência e ambivalência, desenvolver discrepância, escutar e provocar a “conversa sobre mudança”, como recomendado por Moyers et al. (2007) e Moyers et al. (2009), e confirmados pela revisão sistemática de Soderlund et al. (2011). Os princípios da motivação, métodos e estratégias da EM foram desenvolvidos através de uma combinação de exposição dialogada, estudos de casos, vídeo, dramatização e exercícios

em duplas e em pequenos grupos. A atividade foi conduzida por um dos membros da equipe do estudo que é doutor em psiquiatria e possui larga experiência na realização de oficinas de capacitação em EM para diferentes áreas da saúde.

Os mesmos 3 instrumentos também foram aplicados aos Dentistas e TSB das unidades de saúde controle que não receberam o treinamento (controle) e avaliados pelos mesmos métodos e juízes.

Todos os 72 profissionais responderam a um questionário estruturado, contendo questões socioeconômicas e profissionais, como idade, sexo, tempo de formação, nível de escolaridade e categoria profissional.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob número de CEP: 13-063 e CAEE: nº 26100013.0.0000.5530, comprometendo-se os autores com os preceitos éticos das declarações universais e regulamentação do país (Resolução CNS 466/12). Os profissionais assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre Esclarecido autorizando sua participação no estudo. O estudo foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-ReBEC (RBR-8fvwxq) e ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

#### Análise Estatística

Na análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as qualitativas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias entre os grupos, o teste t-student foi aplicado. Na comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado. Nas comparações antes e após o treinamento, os testes de McNemar (variáveis categóricas) e t-student pareado (variáveis quantitativas) foram aplicados. A associação entre as variáveis sociodemográficas e os 3 instrumentos foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson (variáveis quantitativas) ou Spearman (variáveis ordinais). Para avaliar o efeito do treinamento, a medida de Cohen foi aplicada. A interpretação mais utilizada é de que se o tamanho de efeito padronizado for inferior a 0,5 ele é considerado pequeno,

entre 0,5 e 0,79 é considerado moderado e igual ou acima de 0,8 é considerado grande (COHEN, 1998). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos grupos intervenção e controle. Algumas diferenças foram estatisticamente significativas de modo que no grupo controle predominou Dentistas contratados do serviço ( $p < 0,001$ ), com maior média de idade ( $p = 0,018$ ), e conseqüentemente formados há mais tempo ( $p = 0,018$ ) e com formação de especialista ( $p = 0,012$ ).

O nível de conhecimento sobre a EM do grupo controle e intervenção antes do treinamento pode ser observado na Tabela 2 onde estão os resultados das variáveis dos três instrumentos. Em nenhuma das habilidades da EM houve diferença estatisticamente significativa, mostrando a homogeneidade de conhecimentos antes do treinamento. A única variável que houve diferença estatisticamente significativa foi na régua de confiança, onde o grupo controle aparentemente se dizia mais confiante no uso da EM ( $p = 0,003$ ), mas com valor médio considerado igualmente baixo (menor que 7 na escala).

A Tabela 3 apresenta os desfechos referentes aos três instrumentos aplicados aos profissionais antes e após o treinamento. Na entrevista dialogada, os profissionais aumentaram significativamente as suas habilidades em identificar Perguntas Abertas ( $p = 0,013$ ), Afirmações ( $p = 0,002$ ) e Escutas Reflexivas ( $p < 0,001$ ). O percentual de acertos totais dessa ferramenta aumentou de 45,9% para 71,7% ( $p < 0,001$ ), com um tamanho de efeito grande ( $ES = 0,89$ ). Já, no Questionário de Resposta Útil, em todas as variáveis houve diferenças estatisticamente significativas, de modo que os profissionais passaram a usar mais Perguntas Abertas e Afirmações ( $p < 0,001$ ), mais Escutas Reflexivas e menos Perguntas Fechadas ( $p = 0,001$ ) após o treinamento. O percentual de respostas consistentes com Entrevista Motivacional passou de 23,6% para 85,8%, com um grande tamanho de efeito

da intervenção (ES=2,00). Além disso, evidencia-se o aumento estatisticamente significativo nas réguas de importância e confiança ( $p < 0,001$ ) e relevantes do ponto de vista de tamanho de efeito, considerado grande para ambas (Importância ES=0,90 e Confiança ES=1,37).

Houve associação significativa inversa entre a régua de confiança com o percentual de acertos na consulta dialogada ( $r = -0,330$ ;  $p = 0,035$ ), ou seja, quanto menos o profissional confiava na EM antes do treinamento, mais ele melhorou no percentual de acertos pós treinamento (Figura 1).

Na relação das variáveis sociodemográficas dos profissionais com a melhora nos escores da entrevista dialogada e do Questionário de Resposta Útil, não houve associação significativa com nenhuma das variáveis ( $p > 0,25$ ).

## **Discussão**

Este estudo demonstrou que o treinamento de oito horas foi suficiente para aumentar as habilidades com a EM dos profissionais da equipe de saúde bucal que atuam na Atenção Primária à Saúde. Esse achado fica evidente nos resultados do Questionários de Resposta Útil, onde os Dentistas e TSB passaram a usar mais Perguntas Abertas, Afirmações e Escutas Reflexivas em detrimento das perguntas fechadas. Com essas habilidades, a probabilidade de os profissionais encaminharem a conversa sobre a mudança de comportamentos em saúde bucal de seus pacientes é maior. Poderão entender e explorar as motivações do paciente, escutar com empatia, fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo (MILLER, ROLLNICK, 2012).

Diferentes estudos demonstraram que o uso da EM é eficaz na mudança de comportamentos em saúde bucal nas áreas de cárie precoce da infância e doenças periodontais. Mais do que isso, ensaios clínicos randomizados em odontologia mostraram que a EM pode ser efetivamente aprendida e utilizada por profissionais da área bucal. Ainda, os estudos sugerem que os profissionais com treinamento na EM não só melhoraram suas competências, mas que

houve impacto no cuidado dos seus pacientes (HARRISON et al., 2007; ISMAIL et al. 2011; HARRISON et al., 2012).

Nenhum outro estudo avaliando resultados de treinamento em EM para Dentistas e TSB em serviços de saúde foram encontrados na literatura. Sendo assim, os achados desse estudo, de certo modo inédito, indicam que os profissionais da APS podem alcançar melhoras significativas na habilidade em utilizar a EM para falar com mães de crianças pequenas sobre uma mudança de comportamento relacionados a cárie precoce da infância, agravo esse com resultados positivos e promissores através do uso da EM (FREUDENTHAL, BOWEN, 2010; ISMAIL et al. 2011; HARRISON et al., 2012)

A comparação com um grupo controle que não recebeu treinamento, permitiu mostrar que os profissionais detinham poucos conhecimentos sobre EM, e que o treinamento foi capaz de habilitá-los às técnicas e pressupostos da EM, independentemente da faixa etária, tempo e tipo de formação profissional. A Universidade do Missouri no Kansas (EUA) inclui EM no currículo de formação de TSB. Um estudo qualitativo com profissionais egressos desse curso, apontou que o treinamento para EM aumentou suas habilidades de comunicação e aceitação dos tratamentos propostos pelos seus pacientes, considerando como boa prática e indicando a inclusão desse conteúdo em todos cursos de formação da área odontológica (CURRY-CHIU, 2015). Em outros países como Inglaterra e EUA o ensino da EM na graduação de Odontologia e na formação de profissionais auxiliares tem sido utilizado com sucesso. Treinamentos breves para EM foram aplicados para que os estudantes mudassem comportamento próprios (MCGOLDRICK, PINE, MOSSEY, 1998), aplicassem em seus pacientes da clínica em comportamentos para os quais julgassem necessário (HINZ, 2010) ou para cessação de tabaco (KOERBER, CRAWFORD, O'CONNELL, 2003).

Para outras categorias profissionais, o treinamento para EM tem sido estudado, inclusive no contexto da APS onde se preconiza cuidado longitudinal e abordagens centrada na pessoa para os quais um bom vínculo profissional-paciente é essencial. Profissionais de uma equipe de saúde de APS (médicos,

psicólogas, assistentes sociais e enfermeiras) receberam um treinamento breve de um dia para EM com foco no controle da obesidade. Em comparação com seus controles, adquiriram maior confiança e habilidades de uso da EM que se manteve ao longo dos 6 meses de acompanhamento (EDWARDS et al., 2015).

Além disso, evidenciou-se o aumento estatisticamente significativo nas Régua de Importância e Confiança com tamanho de efeito considerado grande para ambas. Nossos resultados sugerem que participantes parecem acreditar que aprender as habilidades da EM é importante e que o treinamento melhorou a sua confiança em utilizá-la. Estudos como os de Decker e Martino (2013), também relataram que após o treinamento os médicos apresentaram aumento significativo quanto ao interesse e na confiança em lançar mão das técnicas da EM no manejo de pacientes usuários de álcool e drogas.

Algumas limitações devem ser assinaladas. Primeiro, quantificar as respostas dos participantes permitiu comparar as avaliações pré/pós-treinamento e não teve como objetivo avaliar a qualidade das respostas, mas simplesmente contá-las. Segundo, tendo em conta que o período de treinamento foi limitado a medir diferenças apenas antes e logo após a atividade, isto restringe a nossa capacidade de avaliar a melhoria e manutenção dos resultados em longo prazo. Estudos de seguimento com essa amostra são importantes, pois permitirão avaliar a manutenção dos ganhos dessas habilidades, o impacto do treinamento sobre o comportamento dos participantes, bem como a influência nos resultados clínicos. No entanto, o presente estudo contribui de forma significativa para o conhecimento sobre a relevância de oferecer treinamento em Entrevista Motivacional para os profissionais da saúde bucal no contexto da APS, uma vez que não foram encontrados estudos semelhantes na literatura.

Concluiu-se que o treinamento para Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde foi eficaz para habilitá-los a atuar dentro do espírito e das técnicas básicas da Entrevista Motivacional, independentemente do nível de conhecimento prévio e das condições sociodemográficas.

**Financiamento:** Grupo Hospitalar Conceição-GHC, Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq 486316/2011-4, e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul-FAPERGS, Brasil.

### **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica n. 17**. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 1.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008b. Cap.12, p.111-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 2.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. Cap.12, p.133-148.

CASCAES, A.M.; BIELEMAN, R.M.; CLARK, V.L.; BARROS, A.J.D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.142-153, 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.

CROFFOOT, C.; KRUST BRAY, K.; BLACK, M.A.; KOERBER, A. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students. **J Dent Hyg**, v.84, n.2, p.57-64, 2010.

CURRY-CHIU, M.E.; CATLEY, D.; VOELKER, M.A.; BRAY, K.K. Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study. **Dent Educ**, v.79, n.8, p.897-906, 2015.

DECKER, S.E.; MARTINO, S. Unintended effects of training on clinicians' interest, confidence, and commitment in using motivational interviewing. **Drug and Alcohol Dependence**, v.132, n.3, p.681-7, 2013.

EDWARDS, E.J.; STAPLETON, P.; WILLIAMS, K.; BALL, L. Building skills, knowledge and confidence in eating and exercise behavior change: Brief motivational interviewing training for healthcare providers. **Patient Education and Counseling**, v.98, p.674–676, 2015.

FEATHERSTONE, J.B. The continuum of dental caries—evidence for a dynamic disease process. **J Dent Res**, v.83, n.Spec Issue C, p.C39–C42, 2004.

FREUDENTHAL, J.J.; BOWEN, D.M. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. **J Dent Hyg**, v.84, n.1, p.29-34, 2010.

GAO, X.; LO, E.C.M.; KOT, S.C.C.; CHAN, K.C.W. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Journal of Periodontology**, v.85, n.3, p.426-37, 2013.

GRAVES, C.E.; BERKOWITZ, R.J.; PROSKIN, H.M.; CHASE, I.; WEINSTEIN, P.; BILLINGS, R. Clinical outcomes for early childhood caries: influence of aggressive dental surgery. **J Dent Child (Chic)**, v.71, n.2, p.114-117, 2004.

HARRISON, R.L.; BENTON, T.; EVERSON-STEWART, S.; WEINSTEIN, P. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. **Pediatr Dent**, v.29, n.1, p.16-22, 2007.

HARRISON, R.L.; VERONNEAU, J.; LEROUX, B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. **J Dent Res**, v.91, n.11, p.1032-7, 2012.

HINZ, J.G. Teaching dental students motivational interviewing techniques: analysis of a third-year class assignment. **J Dent Educ**, v.74, n.12, p.1351-6, 2010.

ISMAIL, A.I.; ONDERSMA, S.; JEDELE, J.M.; LITTLE, R.J.; LEPKOWSKI, J.M. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.39, n.5, p. 433-48, 2011.

KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; DAHIYA, M.; BHANDARI, B.; MURRAY, C.J.L.; MARCENES, W. Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression. **Journal of Dental Research**, v.94, n.5, p.650-658, 2015.

KOERBER, A.; CRAWFORD, J.; O'CONNELL, K. The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: a pilot study. **J Dent Educ**, v.67, n.4, p.439-47, 2003.

LISTL, S.; GALLOWAY, J.; MOSSEY, P.A.; MARCENES, W. Global Economic Impact of Dental Diseases. **J Dent Res**, In press, 2015.

LUNDAHL, B.; BURKE, B.L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. **Journal of Clinical Psychology: in session**, v.65, n.11, p.1232-1245, 2009.

MALAN, Z.A.; MASH, B.A.; EVERETT-MURPHY, K. Evaluation of a training programme for primary care providers to offer brief behaviour change counselling on risk factors for non-communicable diseases in South Africa. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 101, 2015.

McGOLDRICK, P.M.; PINE, C.M.; MOSSEY, P.A. Teaching dental undergraduates behaviour change skills. **Eur J Dent Educ**, v.2, n.3, p.124-32, 1998.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.170-185, 2014.

MILLER, W.R.; HEDRICK, K.E.; ORLOFSKY, D. The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. **Journal of Clinical Psychology**, v.47, p.444-448, 1991.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Helping People Change**. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Guilford Press, 2012.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: Helping people Change**. 3<sup>rd</sup> Ed. New York: Guilford Press, 2013.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change**. Second Edition. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

MILLER, W.R.; ROSE, G.S. Toward a theory of motivational interviewing. **Am Psychol**, v.64, p.527-37, 2009.

MOYERS, T.B.; MARTIN, T.; CHRISTOPHER, P.J.; HOUCK, J.M.; TONIGAN, J.S.; AMRHEIN, P.C. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.31, n.S3, p.40-47, 2007.

MOYERS, T.B.; MARTIN, T.; CHRISTOPHER, P.J.; HOUCK, J.M.; TONIGAN, J.S.; AMRHEIN, P.C. From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. **J Consult Clin Psychol**, v,77, n.6, p. 1113-1124, 2009.

MOYERS, T.B.; MARTIN, T.; CHRISTOPHER, P.J.; HOUCK, J.M.; TONIGAN, J.S. From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.77, p.1113-1124, 2009.

MULLIN, D.J.; FORSBERG, L.; SAVAGEAU, J.A.; SAVER, B. Challenges in Developing Primary Care Physicians' Motivational Interviewing Skills. **Fam Syst Health**, 2015.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista Motivacional no cuidado da Saúde: ajudando pacientes a mudar comportamento**. Porto Alegre: Artmed, p.221, 2009.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R., BUTLER, C.C. **Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior**. New York: The Guilford Press, 2009.

SHEIHAM, A.; JAMES, W.P. Diet and dental caries—the pivotal role of free sugars reemphasized. **J Dent Res**, In press, 2015.

SODERLUND, L.L.; MADSON, M.B.; RUBAK, S.; NILSEN, P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. **Patient Educ Couns**, v.84, n.1, p.16-26, 2011.

VANBUSKIRK, K.A.; WETHERELL, J.L. Motivational Interviewing Used in Primary Care. A Systematic Review and Meta-analysis. **J Behav Med**, v.37, n.4, p.768-780, 2014.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal do grupo intervenção e controle, Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	Amostra total (n=72)	Intervenção (n=41)	Controle (n=31)	p
Idade (anos) – média±DP	33,9 ± 10,1	31,4 ± 9,0	37,1 ± 10,8	0,018*
Sexo – n(%)				0,981**
Masculino	15 (20,8)	8 (19,5)	7 (22,6)	
Feminino	57 (79,2)	33 (80,5)	24 (77,4)	
Tempo de formação – n(%)				0,018**
Recém-formado	25 (34,7)	19 (46,3)#	6 (19,4)	
1 a 5 anos	16 (22,2)	9 (22,0)	7 (22,6)	
6 a 10 anos	13 (18,1)	8 (19,5)	5 (16,1)	
> 10 anos	18 (25,0)	5 (12,2)	13 (41,9)#	
Nível de escolaridade – n(%)				0,012**
Técnico	12 (16,7)	8 (19,5)	4 (12,9)	
Graduação	31 (43,1)	23 (56,1)#	8 (25,8)	
Especialização	15 (20,8)	4 (9,8)	11 (35,5)#	
Especialização + Mestrado/Doutorado	14 (19,4)	6 (14,6)	8 (25,8)	
Categoria profissional – n(%)				<0,001**
Dentista Residente	28 (38,9)	24 (58,5)#	4 (12,9)	
Dentista	33 (45,8)	10 (24,4)	23 (74,2)#	
TSB	11 (15,3)	7 (17,1)	4 (12,9)	

\* Teste t-student; \*\* teste qui-quadrado de Pearson; # associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

**Tabela 2** – Comparação das variáveis dos instrumentos da EM entre os grupos controle e intervenção antes do treinamento, Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	Intervenção (n=41)	Controle (n=31)	p*
Entrevista Dialogada - n(%)			
Pergunta Aberta	29 (70,7)	28 (90,3)	0,083
Afirmação	11 (26,8)	10 (32,3)	0,810
Resumo	16 (39,0)	12 (38,7)	1,000
Escuta Reflexiva	14 (34,1)	9 (29,0)	0,837
Resistência	24 (58,5)	13 (41,9)	0,247
Percentual de acertos total - média ± DP	45,9 ± 24,6	46,5 ± 19,6	0,912
Questionário de Resposta Útil- média ± DP			
Percentual de Perguntas Abertas	17,5 ± 27,9	19,9 ± 26,3	0,711
Percentual de Afirmações	1,63 ± 5,00	1,61 ± 6,60	0,992
Percentual de Perguntas Fechadas	19,5 ± 24,7	19,9 ± 22,1	0,946
Percentual de Escutas Reflexivas	3,25 ± 7,66	1,61 ± 6,60	0,344
Consistente com EM	23,6 ± 27,6	27,2 ± 26,8	0,580
Régua Importância	7,98 ± 1,75	8,26 ± 1,51	0,493
Régua Confiança	4,46 ± 2,58	6,44 ± 2,69	0,003

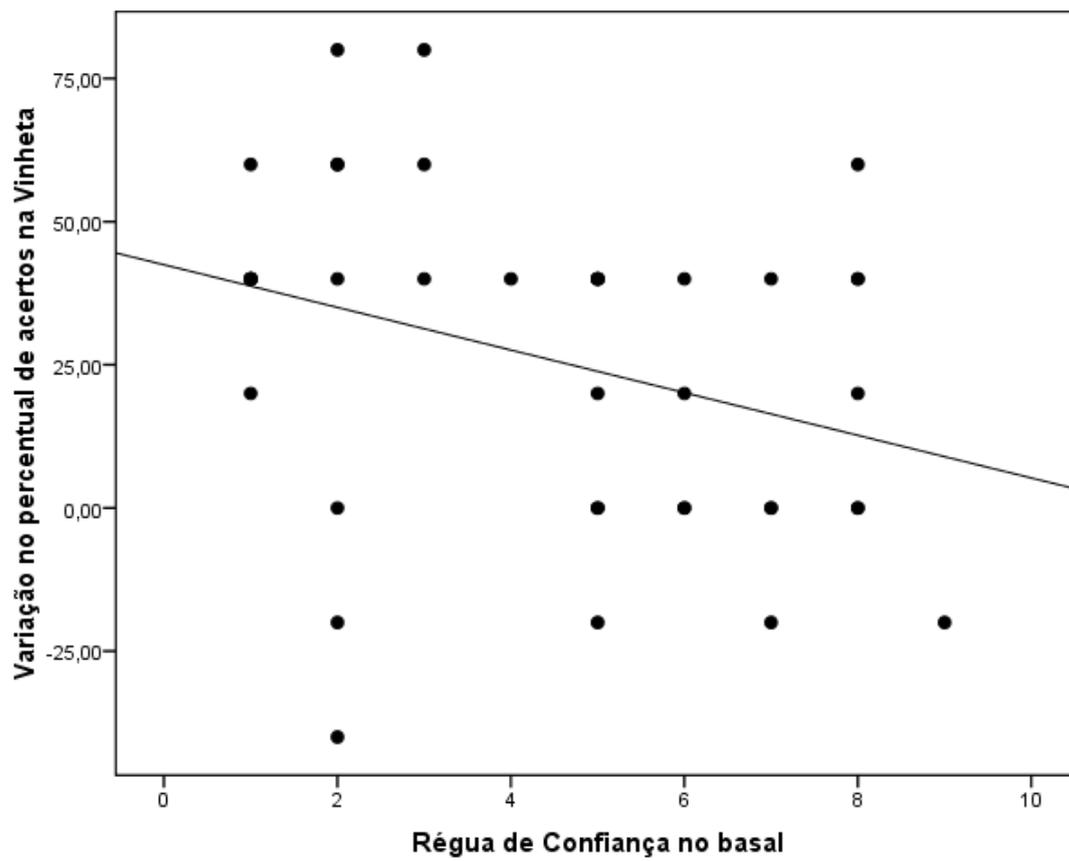
\* Teste t-student para amostras independentes

**Tabela 3** – Comparação das variáveis dos instrumentos da EM pré e pós treinamento de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal do grupo intervenção, Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	Pré (n=41)	Pós (n=41)	p	ES
Entrevista Dialogada - n(%)				
Pergunta Aberta	29 (70,7)	39 (93,1)	0,013*	-
Afirmação	11 (26,8)	29 (68,3)	0,002*	-
Resumo	16 (39,0)	20 (48,8)	0,503*	-
Escuta Reflexiva	14 (34,1)	30 (73,2)	<0,001*	-
Resistência	24 (58,5)	30 (73,2)	0,146*	-
Percentual de acertos total- média ± DP	45,9 ± 24,6	71,7 ± 21,4	<0,001**	0,89
Questionário de Resposta Útil- média ± DP				
Percentual de Perguntas Abertas	17,5 ± 27,9	46,3 ± 36,2	<0,001**	0,69
Percentual de Afirmações	1,6 ± 5,0	14,2 ± 19,6	<0,001**	0,64
Percentual de Perguntas Fechadas	19,5 ± 24,7	5,7 ± 16,1	0,001**	0,58
Percentual de Escutas Reflexivas	3,3 ± 7,7	17,1 ± 23,1	0,001**	0,56
Consistente com EM	23,6 ± 27,6	85,8 ± 24,0	<0,001**	2,00
Régua Importância	7,98 ± 1,75	9,32 ± 0,79	<0,001**	0,90
Régua Confiança	4,46 ± 2,58	7,71 ± 1,23	<0,001**	1,37

EM=Entrevista Motivacional; ES=Effect Size by Cohen

\* Teste de McNemar; \*\* Teste t-student pareado



**Figura 1** – Associação entre a régua de confiança no basal e a variação no percentual de acertos na consulta dialogada pós treinamento.

**MANUSCRITO 2\*****Efetividade do treinamento em Entrevista Motivacional para Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde**

Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>1</sup>; Elisabeth Meyer<sup>2</sup>; Fernando Neves Hugo<sup>3</sup>; Juliana Balbinot Hilgert<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-GHC; Doutorando Saúde Bucal Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Cardiologia (IC/FUC).

<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

**Autor para correspondência:** Juliana Balbinot Hilgert

Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Centro de Pesquisa em Odontologia Social - 4º andar

Rua Ramiro Barcelos 2492

Porto Alegre – RS - CEP 90035-003

Phone: (0xx51) 3308-5204

E-mail: [jhilgert@gmail.com](mailto:jhilgert@gmail.com)

\*Manuscrito a ser submetido para a Revista de Saúde Pública.

## Resumo

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem alternativa para conversar sobre a mudança de comportamento que encoraja uma relação construtiva entre profissional e paciente e oportuniza melhores resultados no tratamento, inclusive na saúde bucal. O objetivo do estudo foi avaliar a manutenção das habilidades básicas da Entrevista Motivacional na prática diária de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), logo após um treinamento e em dois anos de acompanhamento, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Um ensaio comunitário randomizado foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – RS, com um total de 41 profissionais (Dentistas e TSB) que receberam um treinamento intensivo de oito horas para aprendizagem ativa dos princípios básicos da EM. Nos seguimentos de um e dois anos observou-se a manutenção da melhora das repostas na entrevista dialogada com diferença estatisticamente significativa para Pergunta Aberta, Escuta Reflexiva e percentual total de acertos ( $p < 0,001$ ), com tamanho de efeito grande ( $ES = 1,12$ ). Para o Questionário de Resposta Útil, os profissionais continuaram usando mais Perguntas Abertas e Escuta Reflexiva ( $p < 0,001$ ), mantendo aumento no percentual de respostas compatíveis com a EM ( $p < 0,001$ ). Igualmente, o tamanho de efeito manteve-se grande ( $ES = 1,33$ ) ao longo do tempo. Concluiu-se que o treinamento com Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal das equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde foi efetivo ao longo dos dois anos de acompanhamento para habilitá-los a atuar dentro do espírito e das técnicas da Entrevista Motivacional.

Palavras-chave: Entrevista Motivacional; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

## **Introdução**

O processo de cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o modelo ordenador por intermédio da Estratégia de Saúde da Família. A APS, também conhecida como Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural na busca à promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2012).

No contexto do cuidado em saúde na APS, as condições crônicas ou Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) vem se tornando uma demanda crescente nos serviços, não sendo diferente no Brasil que enfrenta o enorme desafio para o controle dessas doenças e seus fatores de risco. Às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e cânceres são atribuídos cerca de 70% dos óbitos em 2007, sendo que essas têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool (SCHMIDT et al., 2011). A doença bucal mais prevalente, a cárie, apresenta fatores comportamentais de risco comum com as DANT, sendo uma das condições mais comum na infância, e por isso é considerada como um importante problema de saúde pública (WEINSTEIN, 1998; BERKOWITZ, 2003).

A educação em saúde é uma ferramenta importante para a prática na APS que se preocupa em criar vínculos entre as ações de saúde, o pensar e o fazer cotidiano da população. Quando se trata de DANT, como a cárie na infância, as atividades voltadas para a educação e orientação devem focar a abordagem no diálogo, em uma linguagem acessível, considerando os conhecimentos de cada um, propondo alternativas mais saudáveis. Nesse sentido, Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal, enquanto profissionais

integrantes de uma equipe de saúde, devem se apropriar dessas habilidades para promover um cuidado integral em saúde.

A Entrevista Motivacional é um estilo de atendimento diretivo para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde (ROLLNICK, MILLER, 2002). A abordagem é centrada no paciente o que permite explorar e resolver sua ambivalência. O papel do profissional da saúde não segue o modelo prescritivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o paciente, o profissional cria condições de autoconhecimento que propiciem o espaço para uma mudança natural. A EM é mais um estilo terapêutico do que um tipo de terapia específica. Em todo contato com o paciente, em qualquer cenário ou fase do tratamento, o profissional deve expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do paciente, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia (SALES, FIGLIE, 2009).

Profissionais da Odontologia ainda lançam mão de abordagens tradicionais de aconselhamento e informação, de forma prescritiva desconsiderando os determinantes sociais das doenças bucais e que desenvolver habilidades pessoais para abordagem no espírito da EM é essencial (HARRINSON, 2014). Mesmo as doenças bucais apresentando fortes componentes relacionados a hábitos e comportamentos poucos estudos têm avaliado o potencial dos Dentistas no uso de abordagens baseadas na EM. Revisões sistemáticas recentes têm avaliado resultados de intervenções baseadas na EM para o manejo de doenças periodontais, higiene bucal e cárie na infância com resultados positivos. No entanto, a pouca qualidade metodológica dos estudos limita achados mais conclusivos (GAO et al., 2013; CASCAES et al. 2014).

Tendo em vista o exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a manutenção das habilidades básicas da Entrevista Motivacional na prática diária de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), logo após um treinamento e em dois anos de acompanhamento, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## **Métodos**

Trata-se de um acompanhamento longitudinal de um ensaio comunitário randomizado e controlado com foco na prevenção da Cárie Precoce da Infância (Coorte Cárie Zero) realizado para avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional (EM) em comparação a Educação em Saúde Convencional (EC) na redução de cárie no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pela atenção à saúde na zona norte do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. No ensaio comunitário foram randomizadas, através de uma tabela de números aleatórios por computador, 6 das 12 unidades de saúde do SSC/GHC cujos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) receberam um treinamento em Entrevista Motivacional e as demais seguiram o modelo de Educação em Saúde Convencional (EC) conforme protocolo do serviço (BRASIL, 2008b, BRASIL, 2014). Para maiores detalhes metodológicos consultar o artigo “Entrevista Motivacional como uma ferramenta para a equipe de saúde bucal no manejo da cárie precoce da infância no contexto da Atenção Primária à Saúde” – Faustino-Silva, D.D; Meyer, E.; Hugo, F.N.; Hilgert, J.B. (Manuscrito 1 da Tese).

O fluxograma do seguimento dos 41 Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal que receberam um treinamento para EM e foram acompanhados por um período de dois anos está detalhado na Figura 1.

Para avaliar a retenção das habilidades e técnicas básicas da EM foram aplicados os mesmos três instrumentos validados e utilizados no pré e pós treinamento, que são:

I - Régua Importância e Confiança (MILLER, ROLLNICK, 2002): método analógico-visual para graduar em uma régua cada uma das dimensões: importância e confiança.

II – Entrevista dialogada (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009): identifica as habilidades básicas da EM em uma entrevista dialogada, onde o profissional lê o material e identifica um exemplo dos seguintes itens: Pergunta

Aberta, Afirmação, Resumo, Escuta Reflexiva e Resistência, sendo a resposta pontuada como acertou ou errou.

III - Questionário de Resposta Útil (MILLER, HEDRICK, ORLOFSKY, 1991): apresenta seis declarações hipotéticas de situações problemas de pacientes sendo solicitado que escreva "o que iria dizer ao paciente em seguida", em resposta a cada declaração, sem restrição.

As respostas à entrevista dialogada e ao Questionário de Resposta Útil foram aferidas individualmente por três avaliadores independentes, sendo todos Doutores em Psicologia e com treinamento avançado em Entrevista Motivacional no Squaretop (Albuquerque, USA). Os três avaliadores foram calibrados interexaminadores, através do Questionário de Resposta Útil, cujos coeficientes de correlação intraclass Kappa foram de 0,78 para o juiz 1 versus o juiz 2; 0,82 entre os juízes 1 e 3 e, 0,95 entre os juízes 2 e 3.

O seguimento do treinamento da Entrevista Motivacional se deu através de uma reunião anual de uma hora de duração com os profissionais das equipes de saúde bucal do grupo intervenção (EM) em suas próprias unidades de saúde. Para tanto, utilizou-se uma entrevista dialogada envolvendo um caso de cárie precoce da infância conduzida pelo mesmo profissional capacitado para EM que ministrou o treinamento inicial. Nesse momento foram revisados os conceitos essenciais e as estratégias iniciais da EM. Previamente a essa conversa, os Dentistas e TSB responderam aos mesmos instrumentos validados que foram corrigidos com os mesmos critérios e pelos mesmos juízes dos pré e pós treinamento. Foram realizados seguimentos de um e dois anos após o treinamento inicial de oito horas, conforme detalhado no fluxograma (Figura 1).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob número de CEP: 13-063 e CAEE: nº 26100013.0.0000.5530, comprometendo-se os autores com os preceitos éticos das declarações universais e regulamentação do país (Resolução CNS 466/12). Os profissionais assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre Esclarecido

autorizando sua participação no estudo. O estudo foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-ReBEC (RBR-8fvwxq) e ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

### Análise Estatística

Na análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as qualitativas por frequências absolutas e relativas. A associação entre as Réguas de Importância e Confiança com os instrumentos foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson. Para as comparações entre os seguimentos foi aplicado o modelo de equações de estimativas generalizadas (GEE) com distribuição binomial para as variáveis categóricas e distribuição normal para as contínuas. Em caso de significância estatística, o teste de Bonferroni foi aplicado para diferenciar os momentos. Para avaliar o efeito do treinamento, a medida de Cohen foi aplicada. A interpretação mais utilizada é de que se o tamanho de efeito padronizado for inferior a 0,5 ele é considerado pequeno, entre 0,5 e 0,79 é considerado moderado e igual ou acima de 0,8 é considerado grande (COHEN, 1998). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

### Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra dos 41 profissionais estudados, sendo 24 Dentistas Residentes, 10 Dentistas contratados do serviço e 7 Técnicos em Saúde Bucal que receberam o treinamento para EM. A idade média foi 31,4 anos, predominando profissionais do sexo feminino ( $p=0,716$ ), recém-formados e em nível de graduação.

A Tabela 2 apresenta os desfechos referentes aos três instrumentos aplicados aos profissionais no pré e pós treinamento, bem como os seguimentos de um e dois anos. Resultados do pré e pós na entrevista dialogada, mostram que os profissionais aumentaram significativamente as suas habilidades de identificar Perguntas Abertas ( $p < 0,001$ ), Afirmações ( $p=0,001$ ) e Escutas Reflexivas ( $p < 0,001$ ). O percentual de acertos totais dessa

ferramenta aumentou de 45,9% para 71,7% ( $p < 0,001$ ). No Questionário de Resposta Útil em todas as variáveis houve diferenças estatisticamente significativas, de modo que os profissionais passaram a usar mais Perguntas Abertas e Afirmações ( $p < 0,001$ ), mais Escutas Reflexivas e menos Perguntas Fechadas ( $p < 0,001$ ) após o treinamento. O percentual de respostas consistentes com Entrevista Motivacional passou de 23,6% para 85,8%

Nos seguimentos de um e dois anos, conforme Tabela 2, observou-se manutenção da melhora das respostas na entrevista dialogada com diferença estatisticamente significativa para Perguntas Abertas, Escutas Reflexivas e percentual total de acertos ( $p < 0,001$ ), com tamanho de efeito grande ( $ES=1,12$ ). Nos seguimentos, para o instrumento de resposta útil, os profissionais continuaram usando mais Perguntas Abertas e Escutas Reflexivas ( $p < 0,001$ ), mantendo aumento no percentual de respostas compatíveis com EM ( $p < 0,001$ ). Igualmente, o tamanho de efeito manteve-se grande ( $ES=1,33$ ) ao longo do tempo. Além disso, os resultados das réguas de importância e confiança variaram nos dois anos de acompanhamento, com aumento estatisticamente significativo para as duas réguas ( $p < 0,001$ ) e cujos tamanhos de efeito foram: Importância  $ES=0,14$  e Confiança  $ES=1,05$ .

Algumas variáveis pioraram seu desempenho após um ano, ficando com valores semelhantes ao pré treinamento, porém voltaram a melhorar o desempenho após a reunião de revisão sobre EM (dois anos), são elas: Afirmação (entrevista dialogada), Perguntas Fechadas (Questionário de Resposta Útil) e Régua de Confiança (Tabela 2).

Os profissionais de saúde bucal que mais aumentaram a pontuação de respostas consistentes com EM no Questionário de Resposta Útil não necessariamente foram os mesmos que aumentaram a pontuação no percentual de acertos da consulta dialogada, pois a associação entre os instrumentos não foi significativa ( $r=-0,122$ ;  $p=0,664$ ).

A idade do profissional, o tempo de formação, a especialidade, bem como o vínculo profissional não influenciaram significativamente na melhora

das respostas da entrevista dialogada e Questionário de Resposta Útil no seguimento ( $p>0,05$ ). Os valores iniciais da régua de importância e de confiança não estão relacionados com melhores resultados no acompanhamento (dados não apresentados).

## **Discussão**

Os resultados deste estudo demonstram que as estratégias e técnicas adquiridas no treinamento de um grupo de profissionais de saúde bucal da atenção primária à saúde se mantiveram após dois anos do primeiro treinamento. Estes achados estão em concordância com outros estudos realizados utilizando EM, com outras categorias profissionais (EDWARDS et al., 2015, WAIN et al., 2015).

Estudo realizado em um cenário semelhante a este estudo, avaliou um treinamento, com a mesma carga horária, destinado a médicos e enfermeiros de serviços públicos de saúde da África do Sul para o manejo de DANT. Os achados mostraram mudanças significativas nas abordagens dos pacientes observadas na prática clínica ao longo de 6 semanas, não havendo diferenças entre as categorias profissionais (MALAN, MASH, EVERETT-MURPHY, 2015). A qualidade do treinamento e aferição dos instrumentos de avaliação são de extrema importância para a manutenção dos resultados a longo prazo. No presente estudo, foi realizado treinamento com profissional altamente qualificado e experiente em EM. Além disso, os instrumentos em todas as fases do estudo foram avaliados pelos mesmos juizes calibrados. A revisão sistemática de Soderlund et al. (2011) reforça que a metodologia adotada em nosso estudo foi adequada, pois incluiu as habilidades básicas e o espírito da EM, bem como reconhecer a conversa sobre mudança o que é trabalhado na maioria dos treinamentos (SODERLUND et al., 2011).

Pensando em educação continuada, proporcionar um treinamento que seja viável e custo efetivo para os serviços de saúde é essencial. Outros estudos realizaram treinamentos sobre EM com duração entre 15 e 20 horas (DECKER, MARTINO, 2013; MULLIN et al., 2015), o dobro do tempo do nosso

estudo, o que pode não ser atraente aos profissionais e principalmente aos gestores. Além disso, utilizamos metodologias crítico-reflexivas e participativas focando na cárie precoce da infância e outras doenças crônicas comportamentais, que são problemas frequentes dos serviços de saúde e enfrentados por profissionais da saúde bucal na APS. Essas características estão alinhadas aos princípios da Educação Permanente em Saúde e tem sido recomendada para formação em saúde, uma vez que faz sentido para a prática de trabalho (MICCAS, BATISTA, 2014).

Para manter o padrão adequado de habilidades para EM, revisões e seguimentos são essenciais. No presente estudo, uma reunião anual de uma hora com os profissionais em suas equipes foi suficiente para manter as habilidades e técnicas básicas da EM, ou retomar o status de habilidades pós treinamento que reduziram após um ano, como Afirmações e uso de Perguntas Fechadas. Essas duas estratégias melhoraram após a reunião de reforço, voltando as mesmos percentuais de uso pós treinamento imediato. Um ensaio comunitário comparou médicos que receberam apenas um treinamento com outro grupo que recebeu, adicionalmente, supervisão por teleconferência ou gravações. Esses últimos tiveram resultados maiores e crescentes ao longo do tempo, reforçando a importância de contemplar mecanismos de revisão, seguimento e reforço do treinamento principal (WAIN et al., 2015).

Em um ensaio clínico randomizado realizado em serviço de saúde, como é o caso do nosso estudo, foi avaliado o treinamento para EM voltado a profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais de uma rede de hospitais de trauma e pronto atendimento nos EUA. O estudo foi realizado para no intuito de melhorar as habilidades profissionais para intervenções breves na redução do uso abusivo de álcool, causador de grande parte dos acidentes e traumas. Os profissionais foram avaliados por um período de 27 meses, e os resultados mostraram aumento significativo nas estratégias da EM após o treinamento, que se mantiveram ao longo do tempo. Os autores destacaram grandes melhoras no espírito da EM e empatia, habilidades essenciais para

iniciar uma conversa sobre mudança com pacientes ambivalentes para mudanças de comportamento (DARNELL et al., 2015).

Como limitação desse estudo, destaca-se a perda de parte da amostra de profissionais ao longo tempo de acompanhamento, o que é esperado em avaliações longitudinais. As perdas se deram, especialmente pela saída dos Dentistas Residentes que ao final de dois anos concluem sua pós-graduação e deixam de integrar as equipes de saúde, o que não impediu a continuidade da intervenção pois os Dentistas Contratados e TSB assumiram os atendimentos.

Em conclusão, o treinamento para Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal das equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde foi efetivo ao longo dos dois anos de acompanhamento para habilitá-los a atuar dentro do espírito da Entrevista Motivacional e uso das técnicas básicas, sendo altamente recomendável a inclusão desta estratégia nas políticas públicas de educação permanente em saúde.

**Financiamento:** Grupo Hospitalar Conceição-GHC, Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq 486316/2011-4, e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul-FAPERGS, Brasil.

## **Referências**

BERKOWITZ, R.J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. **J. Can. Dent. Assoc**, n.69, p.304-7, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 1.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008. Cap. 12, p. 111-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 2.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. Cap. 12, p. 133-148.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012.

CASCAES, A.M.; BIELEMAN, R.M.; CLARK, V.L.; BARROS, A.J.D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.142-153, 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.

DARNELL, D.; DUNN, C.; ATKINS, D.; LEAH INGRAHAM, B.S.; DOUGLAS ZATZICK, M.D. A Randomized Evaluation of Motivational Interviewing Training for Mandated Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in Trauma Centers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, In press, 2015.

EDWARDS, E.J.; STAPLETON, P.; WILLIAMS, K.; BALL, L. Building skills, knowledge and confidence in eating and exercise behavior change: Brief motivational interviewing training for healthcare providers. **Patient Education and Counseling**, v.98, p.674–676, 2015.

GAO, X.; LO, E.C.M.; KOT, S.C.C.; CHAN, K.C.W. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Journal of Periodontology**, v.85, n.3, p.426-37, 2013.

HARRISON, R. Motivational Interviewing (MI) Compared to Conventional Education (CE) has Potential to Improving Oral Health Behaviors. **J Evid Base Dent Pract** , v.14, p.124-126, 2014.

MALAN, Z.A.; MASH, B.A.; EVERETT-MURPHY, K. Evaluation of a training programme for primary care providers to offer brief behaviour change counselling on risk factors for non-communicable diseases in South Africa. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 101, 2015.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. **Educação permanente em saúde**, **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.170-185, 2014.

MILLER, W.R.; HEDRICK, K.E.; ORLOFSKY, D. The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. **Journal of Clinical Psychology**, v.47, p.444-448, 1991.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Helping People Change**. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Guilford Press, 2012.

MULLIN, D.J.; FORSBERG, L.; SAVAGEAU, J.A.; SAVER, B. Challenges in Developing Primary Care Physicians' Motivational Interviewing Skills. **Fam Syst Health**, In press, 2015.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista Motivacional no cuidado da Saúde: ajudando pacientes a mudar comportamento**. Porto Alegre: Artmed, p.221, 2009.

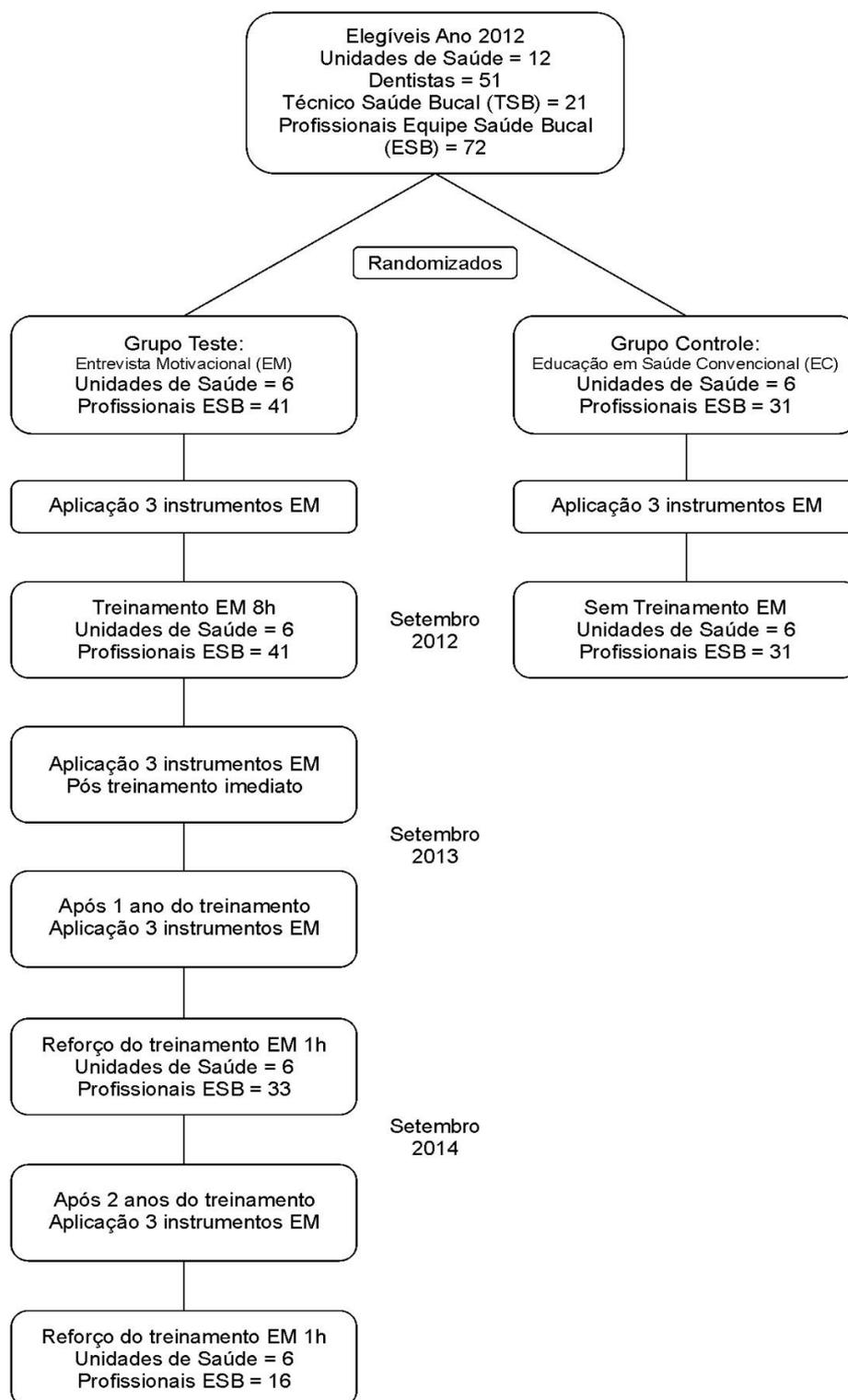
SALES, M.B.; FIGLIE, B.N. Revisão de literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2, p.333-340, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil: 4<sup>o</sup> chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.I.], n. 377, 2011.

SODERLUND, L.L.; MADSON, M.B.; RUBAK, S.; NILSEN, P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. **Patient Educ Couns**, v.84, n.1, p.16-26, 2011.

WAIN, R.M. et al. Self-Report After Randomly Assigned Supervision Does not Predict Ability to Practice Motivational Interviewing. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.57, p.96–101, 2015.

WEINSTEIN, P. Public Health issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, Suppl.



**Figura 1:** Fluxograma da randomização das unidades de saúde, distribuição dos profissionais dos grupos teste ou controle e do seguimento.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal do grupo intervenção, Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	n=41
Idade (anos) – média $\pm$ DP	31,4 $\pm$ 9,0
Sexo – n(%)	
Masculino	8 (19,5)
Feminino	33 (80,5)
Tempo de formação – n(%)	
Recém-formado	19 (46,3)
1 a 5 anos	9 (22,0)
6 a 10 anos	8 (19,5)
> 10 anos	5 (12,2)
Nível de escolaridade – n(%)	
Técnico	8 (19,5)
Graduação	23 (56,1)
Especialização	4 (9,8)
Especialização + Mestrado/Doutorado	6 (14,6)
Vínculo – n(%)	
Dentista Residente	24 (58,5)
Dentista	10 (24,4)
TSB	7 (17,1)

**Tabela 2** – Comparação dos desfechos pré e pós treinamento e seguimentos de 1 e 2 anos de Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal do grupo intervenção, Porto Alegre - RS, Brasil.

Variáveis	Pré (n=41)	Pós (n=41)	1 ano (n=33)	2 anos (n=16)	p*	ES
Entrevista Dialogada- n(%)						
Pergunta Aberta	29 (70,7) <sup>a</sup>	39 (95,1) <sup>b</sup>	32 (97,0) <sup>b</sup>	16 (100) <sup>b</sup>	<0,001	-
Afirmação	11 (26,8) <sup>a</sup>	28 (68,3) <sup>bc</sup>	17 (51,5) <sup>ab</sup>	14 (87,5) <sup>c</sup>	0,001	-
Resumo	16 (39,0)	20 (48,8)	16 (48,5)	10 (62,5)	0,342	-
Escuta Reflexiva	14 (34,1) <sup>a</sup>	30 (73,2) <sup>b</sup>	26 (78,8) <sup>b</sup>	11 (68,8) <sup>b</sup>	<0,001	-
Resistência	24 (58,5)	30 (73,2)	25 (75,8)	10 (62,5)	0,231	-
Percentual de acertos total- média ± DP	45,9 ± 24,6 <sup>a</sup>	71,7 ± 21,4 <sup>b</sup>	70,3 ± 21,3 <sup>b</sup>	76,3 ± 13,1 <sup>b</sup>	<0,001	1,12
Questionário de Resposta Útil- média ± DP						
Percentual de Perguntas Abertas	17,5 ± 27,9 <sup>a</sup>	46,3 ± 36,2 <sup>b</sup>	39,4 ± 30,0 <sup>b</sup>	47,9 ± 28,5 <sup>b</sup>	<0,001	0,77
Percentual de Afirmações	1,6 ± 5,0 <sup>a</sup>	14,2 ± 19,6 <sup>b</sup>	3,5 ± 8,1 <sup>a</sup>	3,1 ± 9,1 <sup>a</sup>	<0,001	0,13
Percentual de Perguntas Fechadas	19,5 ± 24,7 <sup>b</sup>	5,7 ± 16,1 <sup>a</sup>	19,2 ± 26,1 <sup>b</sup>	14,6 ± 20,1 <sup>ab</sup>	<0,001	0,15
Percentual de Escutas Reflexivas	3,3 ± 7,7 <sup>a</sup>	17,1 ± 23,1 <sup>b</sup>	17,2 ± 23,0 <sup>b</sup>	17,7 ± 20,6 <sup>b</sup>	<0,001	0,63
Consistente com EM	23,6 ± 27,6 <sup>a</sup>	85,8 ± 24,0 <sup>b</sup>	69,2 ± 35,9 <sup>b</sup>	77,1 ± 27,1 <sup>b</sup>	<0,001	1,33
Régua de Importância	7,98 ± 1,75 <sup>a</sup>	9,32 ± 0,79 <sup>b</sup>	8,55 ± 1,39 <sup>a</sup>	8,25 ± 1,57 <sup>a</sup>	<0,001	0,14
Régua de Confiança	4,46 ± 2,58 <sup>a</sup>	7,71 ± 1,23 <sup>c</sup>	6,94 ± 1,68 <sup>b</sup>	7,13 ± 1,46 <sup>bc</sup>	<0,001	1,05

EM=Entrevista Motivacional; ES=Effect Size by Cohen; <sup>a,b</sup> Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância

\* Modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE).

**MANUSCRITO 3\*****O efeito da Entrevista Motivacional na prevenção da Cárie Precoce da Infância na Atenção Primária à Saúde: análise preliminar de um ensaio comunitário randomizado**

Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>1</sup>; Elisabeth Meyer<sup>2</sup>; Fernando Neves Hugo<sup>3</sup>; Juliana Balbinot Hilgert<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-GHC; Doutorando Saúde Bucal Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Cardiologia (IC/FUC).

<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia UFRGS.

**Autor para correspondência:** Juliana Balbinot Hilgert

Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Centro de Pesquisa em Odontologia Social - 4º andar  
Rua Ramiro Barcelos 2492  
Porto Alegre – RS - CEP 90035-003  
Phone: (0xx51) 3308-5204  
E-mail: [jhilgert@gmail.com](mailto:jhilgert@gmail.com)

\*Manuscrito a ser submetido ao periódico *Community Dentistry and Oral Epidemiology*

**Resumo**

**Antecedentes:** Cárie Precoce da Infância é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida e por isso necessita de intervenções e abordagens precoces. **Objetivo:** avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional (EM) em comparação a educação em saúde bucal convencional (EC) na prevenção da cárie precoce da infância, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** um ensaio clínico comunitário randomizado foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil, onde 6 das 12 unidades de saúde foram sorteadas e os profissionais da equipe de saúde bucal treinados para o uso da EM. Os exames de cárie foram realizados através do índice ICDAS por examinadores calibrados e apresentados na forma de ceo-d modificado. **Resultados:** em análise preliminar foram avaliadas 244 crianças com idade média de 14,4 meses e que receberam ao menos uma consulta odontológica durante o primeiro ano de vida. O ceo-d médio foi de 0,29 para (IC95% 0,17-0,40). Entre as crianças do grupo EC o ceo-d foi de 0,54 (IC95% 0,27-0,81) e para a EM 0,10 (IC95% 0,05-0,16), sem diferença estatisticamente significativa. Análises de subgrupos foram realizadas para renda equivalente e escolaridade materna onde a EM teve melhor desempenho entre o grupo mais desfavorecido, mas não teve efeito significativo entre os de maior renda. Entre as crianças cujas famílias recebiam menos de R\$ 450,00 mensais houve um RR=0,10 (IC95% 0,01-0,79), enquanto naquelas com ganhos superiores foi RR=0,59 (IC 95% 0,10-3,36). Entre as crianças cujas mães tinham escolaridade menor que o fundamental houve um RR=0,09 (IC95% 0,01-0,96), enquanto entre aquelas com ensino fundamental ou mais, foi RR=0,38 (IC95% 0,08-1,89). Para ambas as variáveis, o termo de interação não foi significativa (renda  $p=0,15$  e educação  $p=0,38$ ). **Conclusão:** embora os resultados sejam preliminares, os achados desse ensaio comunitário randomizado trazem evidências de que a abordagem de educação em saúde bucal baseada nos princípios da EM foi mais efetiva na redução de cárie precoce da infância no primeiro ano de vida de crianças de baixa renda e cujas mães tem pouca escolaridade quando comparadas com a EC na APS.

**Palavras-chave:** Cárie Precoce da Infância, Entrevista Motivacional, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Ensaio Clínico.

## **Introdução**

A Cárie Precoce da Infância (CPI) é uma das doenças da infância de mais difícil controle e por isso tem se buscado estratégias de enfrentamento em todo o mundo (BAGRAMIAN et al., 2009;. DO, 2012). Os esforços têm sido em identificar estratégias de prevenção capazes de limitar a carga de doença, tanto em nível individual como populacional. As intervenções comportamentais partem do pressuposto de que a maioria das estratégias preventivas exigem uma ação individual dos sujeitos de que dela se beneficiam e que muitas vezes pode não ocorrer naturalmente e, portanto, necessitam ser motivados ativamente de alguma forma (ALBINO, TIWARI, 2015).

A etiologia da CPI envolve uma complexa interação de fatores microbianos, genéticos, bioquímicos, físicos, socio-ambientais e de saúde altamente influenciada por fatores comportamentais (FISHER-OWENS et al. 2007; ADAIR et al. 2012). Alguns pesquisadores procuraram expandir o modelo microbiológico básico da cárie precoce, incluindo também os fatores sociais, demográficos e comportamentais tais como: etnia, renda e status familiar, nível de educação materna, hábitos de escovação e conhecimento e crenças paternas (FRAIZ; WALTER, 2001; TINANOFF, REISINE, 2009; FONTANA, 2015).

Alguns ensaios clínicos têm demonstrado a efetividade de ações de promoção e educação em saúde na redução da CPI, através de intervenção precoce com as gestantes e mães de recém-nascidos, orientando cuidados com alimentação, estímulo ao aleitamento materno e higiene bucal compatível com uma boa saúde bucal para as crianças (FELDENS, VITOLO, DRACHLER, 2007; FELDENS et al 2010; PLUTZER, SPENCER, 2008; HARRISON, 2012). Nesse sentido, qualquer tratamento odontológico que se baseie apenas em intervenções curativas e pontuais, desconsiderando o caráter multifatorial e comportamental da doença cárie falhará na conquista da saúde da criança. Por esta razão é fundamental uma abordagem abrangente, que seja capaz de

controlar a doença de uma forma efetiva.

Dentro deste contexto, a educação materna, atitudes e crenças e outros fatores psicossociais representam importantes mediadores de comportamentos de saúde bucal dos pais para seus filhos (REISINE, DOUGLASS, 1998; KIM SEOW, 2012; LEONG et al.; 2013). Associa-se a isso, a estrutura social e da família, também conhecidos por influenciar os comportamentos de saúde e as más condições de saúde bucal na primeira infância. De acordo com Watt (2007), a maioria das intervenções para melhorar saúde bucal são baseadas no pressuposto de que se os indivíduos adquirirem conhecimentos e competências adequadas eles irão modificar o seu comportamento em prol da manutenção de uma boa saúde bucal, porém isso nem sempre se efetiva.

Como uma estratégia alternativa para mudanças de comportamentos em saúde surge a Entrevista Motivacional que, mais do que um conjunto de técnicas, é um estilo de abordagem que busca despertar na pessoa suas próprias motivações para mudar (MILLER, ROLLNICK, 2012). É baseada em evidências consistentes (LUNDAHL, BURKE, 2009), sendo uma abordagem simples e muito eficaz para se relacionar com pacientes para mudança de comportamentos não saudáveis que implicam na saúde, inclusive para condições bucais (GAO et al., 2013; CASCAES et al. 2014). Alguns estudos têm avaliado o efeito da Entrevista Motivacional na prevenção da CPI com resultados positivos e promissores (HARRISON et al., 2012; WAGNER et al., 2014; PLUTZER et al., 2012; NAIDU et al., 2015).

Nesse sentido, o presente estudo teve como propósito apresentar os resultados preliminares de um ensaio clínico comunitário cujo o objetivo foi avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional em comparação a educação em saúde bucal convencional na prevenção da cárie precoce da infância, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Este é um ensaio comunitário randomizado duplo cego e com grupos paralelos para avaliar o efeito da Entrevista Motivacional (EM) em comparação

a Educação em Saúde Convencional (EC) na prevenção da Cárie Precoce da Infância no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O ensaio está aninhado a uma coorte (Coorte Cárie Zero) cujo objetivo é acompanhar a saúde bucal das crianças nascidas no ano de 2013 no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pela atenção à saúde de aproximadamente 105 mil pessoas na zona norte do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. O SSC/GHC é um serviço de APS constituído de 12 Unidades de Saúde (US) e composta por equipes multiprofissionais, incluindo Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal (TSB). A saúde bucal foi incluída na Ação Programática da Criança do SSC/GHC no ano de 2010, que preconiza consulta odontológica desde o primeiro ano de vida das crianças com o intuito de fornecer orientações preventivas às mães, pais ou responsáveis com foco na prevenção da cárie precoce da infância e orientados por um protocolo do serviço, sendo essa considerada a abordagem convencional de educação em saúde (EC) (BRASIL,2008, BRASIL, 2014).

Não houve modificações no protocolo no transcorrer do estudo.

#### População, amostra e randomização

Para evitar contaminação entre as intervenções, optou-se pela randomização por *cluster* que se deu através de uma tabela de números aleatórios gerada por computador, onde 6 das 12 unidades de saúde do SSC/GHC foram sorteadas e os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) receberam um treinamento em Entrevista Motivacional (EM=Grupo Teste) e as demais seguiram o modelo de Educação em Saúde Convencional (EC=Grupo Controle).

A população foi composta por crianças nascidas no ano de 2013 (N=669) no território de abrangência do SSC/GHC. Desse universo, foram incluídas 486 crianças que receberam pelo menos uma consulta odontológica no primeiro ano de vida, sendo 223 no grupo EC e 263 no grupo EM (Figura 1).

O cálculo do tamanho da amostra para uma redução esperada de 30% na incidência de cárie baseado nos resultados de estudos prévios (FELDENS et al. 2010; WEINSTEIN et al. 2004) tendo grupos de tamanhos iguais e um

risco em 2 anos de ter o evento de 1,4, taxa de censura de 30% e com poder do teste de 80% e 5% de significância estatística a amostra ficou estimada em 626 crianças. Não foi possível estimar uma amostra para avaliar redução de cárie aos 12 meses pois são escassos os estudos de intervenção odontológica nessa faixa etária. Por isso, o presente artigo faz uma análise preliminar dos dados de aproximadamente metade das crianças incluídas no estudo (n=244), que foram examinadas no período de janeiro de 2014 a março de 2015, conforme o fluxograma da Figura 1.

As chamadas para exames de acompanhamento se deram, inicialmente, através de ligações telefônicas para as mães ou responsáveis das crianças. Em caso de não resposta, foi feito contato direto pelo Agente Comunitário de Saúde de referência da respectiva US através de visita domiciliar. Foram realizadas três tentativas de contato para cada modalidade.

#### Intervenção

A Entrevista Motivacional é um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, cujo objetivo é aumentar a motivação intrínseca para a mudança pela exploração e resolução da ambivalência. Ao lançar mão desta abordagem o profissional ajuda os pacientes a se sentirem envolvidos no controle de sua saúde e autocuidado. O uso da EM é especialmente interessante para os profissionais da área da saúde que atendem pessoas que necessitam aumentar a adesão ao plano de tratamento, mudar hábitos inadequados ou comportamentos não saudáveis (MILLER, ROLLNICK, 2012).

No grupo teste (EM), os profissionais Dentistas e TSB atuantes nas 6 US sorteadas para a intervenção receberam um treinamento intensivo para aprendizagem ativa dos princípios básicos da EM que foi realizado em um formato experiencial dividido em dois turnos de quatro horas, com intervalo de uma semana no mês de setembro de 2012, no local e horário de trabalho dos profissionais. O treinamento contemplou orientações práticas para temas como: uso de habilidades de comunicação empática, uso de Escuta Reflexiva Simples e Complexa para trabalhar com a resistência e ambivalência, desenvolver discrepância, escutar e provocar a “conversa sobre mudança”, como recomendado por Moyers et al. (2007) e Moyers et al. (2009). Os princípios da

motivação, métodos e estratégias da EM foram desenvolvidos através de uma combinação de exposição dialogada, estudos de casos, vídeo, dramatização e exercícios em duplas e em pequenos grupos. A atividade foi conduzida por um dos membros da equipe do estudo que possui larga experiência na realização de oficinas de capacitação em EM para diferentes profissionais da área da saúde.

Antes e após o treinamento foram aplicados aos Dentistas e TSB três instrumentos validados para EM: Régua Importância e Confiança (MILLER, ROLLNICK, 2002), entrevista dialogada (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009) e Questionário de Resposta Útil (MILLER, HEDRICK & ORLOFSKY, 1991).

Para maiores detalhes do treinamento do grupo intervenção consultar o artigo “Entrevista Motivacional como uma ferramenta para a equipe de saúde bucal no manejo da cárie precoce da infância no contexto da Atenção Primária à Saúde” – Faustino-Silva, D.D; Meyer, E.; Hugo, F.N.; Hilgert, J.B. (Manuscrito 1 da Tese).

No grupo controle (EC) os profissionais realizaram intervenção de educação em saúde com abordagem convencional baseado em orientações, informações e prescrição de cuidados seguindo o protocolo do serviço (BRASIL, 2008, BRASIL, 2014).

#### Instrumentos e desfechos

Foi aplicado um questionário padronizado com a mãe contendo dados da criança, mãe e família: sexo, etnia, idade, renda, escolaridade e composição familiar. Os dados referentes as consultas odontológicas foram extraídos do sistema de informações do SSC/GHC. Para fins de análises, os rendimentos mensais da família foram transformada em renda equivalente (CELESTE, BASTOS, 2013).

O exame clínico de cárie foi registrado através dos critérios do ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*) (ISMAIL et al., 2007; SHOAI B et al., 2009) que, para fins de análises, foi transformado no índice ceo-d recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) modificado incluindo lesões iniciais de manchas brancas.

#### Exame clínico e calibração

A coleta de dados foi realizada por um grupo de seis examinadores externos treinados, calibrados e cegados para as intervenções. A calibração se deu em duas etapas, com intervalo semanal, utilizando dentes esfoliados e/ou extraídos conforme metodologia descrita por Cleaton-Jones et al. (1989); utilizado e validado por outros estudos (BÖNECKER et al., 2002; GRADELLA et al., 2007; PIOVESAN et al., 2013). Os resultados da calibração foram analisados pelo coeficiente de correlação intraclasse, cujos os valores médios de Kappa intra-examinador foram 0,83 (variando de 0,79 a 0,91) e inter-examinador 0,81 (variando de 0,75 a 0,86).

Os exames clínicos foram realizados nos consultórios odontológicos das unidades de saúde através da técnica joelho-a-joelho sob luz do refletor do equipo, após deplacagem com escova dental e secagem das superfícies dentais com ar comprimido por três segundos.

#### Cegamento

O ensaio comunitário apresentou duplo cegamento, uma vez que os sujeitos expostos (crianças/mães) e os examinadores não sabiam a que grupo pertenciam.

#### Análise estatística

As análises descritivas foram baseadas nos comandos *survey* para dar conta do efeito de *cluster* da amostragem. Unidades de Saúde (US) foram consideradas como primeiro estágio da amostragem e as probabilidades foram corrigidos para uma população finita. Com tal procedimento, foram apresentadas as probabilidades ponderadas (Tabela 1 e 2). A linearização de Taylor foi aplicada para corrigir os valores de p; para as variáveis categóricas, o teste do qui-quadrado com correção de Pearson e para variáveis contínuas, a análise de variância.

Para avaliar o efeito contextual da intervenção nas Unidades de Saúde, modelos multiníveis com intercepto aleatório foram utilizados. Dentes foram alocados como primeiro nível e sujeitos como segundo nível, agrupados em suas respectivas Unidades de Saúde que foi o terceiro nível. A taxa de incidência de cárie dentária, no nível do dente, foi modelada com regressão de Poisson. As taxas foram calculadas como diagnóstico (sim/não) dividido pelo

tempo de exposição (seguimento). O tempo de exposição foi a idade da criança no primeiro exame clínico menos 6 meses. O cálculo da *Variance Partitioning Coefficient* (VPC) foi calculado utilizando o Método D proposto por Goldstein et al. (GOLDSTEIN, BROWNE, RASBASH, 2002), onde a variância do primeiro nível é fixada em 3,29 ( $\pi^2/3$ ) para variáveis dicotômicas sob o pressuposto de um modelo linear (GOLDSTEIN, BROWNE, RASBASH, 2002). O percentual de variância explicado pelo modelo (não penalizado pelo número de coeficientes) foi calculado incluindo a variação do modelo preditor linear fixo, de acordo com a fórmula de 14,21 e de Snijders e Bosker (SNIJDERS, BOSKER, 1999).

Análises de subgrupo foram conduzidas para testar o efeito da Entrevista Motivacional sobre grupos de renda e educação. As interações foram testadas como termos multiplicativos nas regressões e as razões de taxa de incidência foram calculadas para cada subgrupo. Todas as análises foram realizadas no programa Stata 13.1.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob número de CEP: 13-063 e CAEE: nº 26100013.0.0000.5530, comprometendo-se os autores com os preceitos éticos das declarações universais e regulamentação do país (Resolução CNS 466/12). As mães/responsáveis das crianças assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre Esclarecido autorizando a participação no estudo. Todas as necessidades de tratamento identificadas foram encaminhadas às próprias unidades de saúde do SSC/GHC as quais as crianças e famílias estão vinculadas. O estudo foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-ReBEC (RBR-8fvwxq) e ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

## **Resultados**

O ensaio comunitário recrutou todos as 669 crianças elegíveis e 486 (73%) tiveram pelo menos uma primeira consulta odontológica no primeiro ano de vida em sua Unidade de Saúde (US). Como foi realizada uma randomização simples por US, o tamanho da amostra em cada grupo não foi balanceado. No grupo Educação em Saúde Convencional (EC), 297 crianças foram alocadas

com 223 que foram atendidas pelo dentista (75%), enquanto que no grupo Entrevista Motivacional (EM) 372 crianças foram alocadas com 263 participantes (71%). Dentro de cada grupo o acompanhamento após o primeiro ano do estudo foi de 45% para a EC e 54% para a EM, tendo em média a metade da amostra examinada e cujas crianças estavam com idade média de 14,4 ( $\pm 0,09$ ) meses. Foi tentado contato com todas as crianças, e as não acompanhadas foi por dificuldades de contato com as mães que não responderam a três ligações telefônicas ou não apareceram na consulta agendada. Os participantes foram convidados para um exame odontológico desde janeiro de 2014 e continuarão sendo chamados uma vez que as avaliações ainda não se encerraram.

Os grupos foram comparáveis (Tabela 1) para características clínicas e demográficas (Variáveis relacionadas a criança: sexo, etnia, número de irmãos, creche, idade primeira consulta odontológica, número de dentes e taxa de cárie; e idade materna). Por outro lado, a randomização por US não preveniu diferenças socioeconômicas para a renda familiar ( $p=0,014$ ) e nível de escolaridade da mãe ( $p=0,015$ ).

O ceo-d médio foi de 0,29 para (Intervalo de Confiança de 95%(IC95%) 0,17-0,40), isto é, as crianças tinham menos de um dente afetado. Entre as crianças do grupo Educação em Saúde Convencional o ceo-d foi de 0,54 (IC95% 0,27-0,81) e para a Entrevista Motivacional 0,10 (IC95% 0,05-0,16). A diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa quando se leva em consideração o nível de randomização para análise multinível ( $p=0,176$ ), com um RR=0,32 (IC95% 0,06-1,67), mesmo após o controle de variáveis desbalanceadas, RR=0,41 (IC95% 0,09-1,86).

Análises de subgrupos foram realizadas para renda e educação (Tabelas 2 e 4). Para ambas as análises, a Entrevista Motivacional mostrou melhor desempenho entre o grupo desfavorecido, mas não teve efeito significativo entre os mais ricos. Entre as crianças cujas famílias recebiam menos de R\$ 450 mensais, o RR=0,10 (IC95% 0,01-0,80), enquanto houve um RR=0,56 (IC95% 0,10-3,32) entre aqueles com ganhos  $\geq$ R\$ 450. Entre as crianças cujas mães tinham menos que o ensino fundamental, o RR=0,07 (IC95% 0,01-0,76),

enquanto houve um  $RR=0,36$  (IC95% 0,07-1,80) entre aqueles com ensino fundamental ou mais. Para ambas as variáveis, o termo de interação não foi significativo ( $p=0,16$  renda, educação  $p=0,36$ )

Na análise multinível, a variância ao nível individual e de US foram estatisticamente significativas. A *Variance Partitioning Coefficient* (VPC) foi de 42% ao nível individual e 20% ao nível da US no modelo vazio. No modelo ajustado de efeitos principais (Tabela 3), a variância de segundo e terceiro níveis permaneceu significativa com um VPC de 45% e 11% ao nível individual e por US.

## **Discussão**

Em uma revisão sobre a experiência e distribuição de cárie em criança na população mundial, Do (2012) concluiu que nas últimas décadas a cárie passou de uma doença abrangente e crescente para uma doença de privação. Embora as cáries tenham diminuído significativamente no geral, uma distribuição desigual da doença tem sido determinada por condições socioeconômicas. Estudos epidemiológicos ratificam a forte relação do nível socioeconômico ao risco de cárie em crianças (PETTI 2010; HOOLEY et al., 2012; PIOVESAN et al., 2013; WULAERHAN et al., 2014; SCHWENDICKE et al., 2015). Lee e Divaris (2014) descreveram a condição socioeconômica como o principal determinante da pobre saúde bucal em crianças por interferir diretamente nos comportamentos de saúde, exposições a ambientes não saudáveis e práticas de cuidados de saúde. Por outro lado, poucos recursos econômicos afetam o acesso a atendimento odontológico e na qualidade alimentar, fatores que são significativamente associados com cárie na infância (GAO et al. 2010; MACRHY et al. 2013).

No presente estudo, a Entrevista Motivacional foi capaz de reduzir a incidência de cárie em crianças de baixa renda e escolaridade materna, mesmo sendo esses o principais determinantes de cárie na infância conforme descrito nos estudos relatados no parágrafo anterior. Isso se deve ao fato de a EM proporcionar uma conversa sobre mudança centrada na pessoa, nas suas realidades, experiências e motivações próprias que levam a mudanças

comportamentais mais efetivas. Em uma recente revisão sobre abordagens comportamentais na prevenção da CPI, os autores destacam a EM como a estratégia mais eficaz nas mudanças de comportamentos em saúde bucal (ALBINO, TIWARI, 2015). Uma revisão sistemática da literatura sobre o uso da EM em saúde bucal, os autores concluíram que os estudos com melhor consistência metodológica e resultados promissores foram os que envolveram prevenção de CPI (CASCAES et al., 2014).

Harrison et al. (2012) realizaram um ensaio comunitário randomizado avaliando a EM voltada para as mães de crianças de origem indígena no Canadá. Nove comunidades foram randomizadas em grupo teste (EM) e controle (somente entrega de panfletos educativos). Foram incluídas 274 mães que receberam orientações durante a gestação e nos dois primeiros anos de vida dos filhos. Depois de dois anos, aumento de cárie não foi diferente entre os grupos, porém houve menos lesões cavitadas em dentina e envolvimento pulpar no grupo EM, sugerindo que a intervenção foi capaz de reduzir a severidade da doença (HARRISON et al., 2012). Esse estudo apresenta um desenho metodológico semelhante ao nosso, tanto no número de cluster como no tamanho da amostra de pares mãe-crianças avaliados, porém realizaram seguimento mais longo (dois anos), que permitiu avaliar aspectos como severidade das lesões de cárie.

Um estudo austríaco avaliou uma única intervenção baseada na EM para mãe de recém-nascidos envolvendo orientações alimentares e de higiene bucal para o binômio mãe-bebê. Após cinco anos, uma análise caso-coorte demonstraram que as crianças cujas mães participaram da intervenção tinham significativamente menor experiência de cárie quando comparadas ao controle (WAGNER et al., 2014). Pesquisadores australianos encontraram resultados semelhantes em uma intervenção baseada na EM que teve como objetivo melhorar o comportamento de higiene de mães para seus filhos entre 6 e 12 meses de idade. Exames de cárie foram realizados entre 6 e 7 anos de idade e comparados com crianças que não receberam intervenção na mesma escola. As crianças do grupo de intervenção tiveram menos cárie e sofreram menos dor de dentes do que o grupo controle (PLUTZER et al., 2012). Esses estudos

apresentam acompanhamento longo, entre cinco e sete anos, e comparados com nenhuma intervenção, diferentemente do nosso estudo onde comparamos com abordagem de educação em saúde convencional e um seguimento inicial de um ano.

Naidu et al. (2015), realizaram um estudo com mães de pré-escolares de Trinidad e Tobago comparando EM e abordagem de educação em saúde convencional na entrega de orientações em saúde bucal infantil. Verificaram que as mães do grupo EM tiveram melhores conhecimentos, práticas e atitudes em saúde bucal, o que pode influenciar positivamente na saúde bucal das crianças (NAIDU et al, 2015). Embora também tenha sido um ensaio comunitário randomizado por *clusters* e comparando EM versus EC, difere do presente estudo por ter sido realizado em escolas e o nosso em unidades de saúde de um serviço de APS.

Apenas um estudo recente envolvendo abordagens de EM não apresentou reduções significativas no incremento de cárie em crianças americanas de origem africana, embora tenha resultado em melhorias nos comportamentos preventivos das mães de crianças menores de cinco anos (ISMAIL et al., 2011).

Cabe ressaltar que o presente estudo se trata do primeiro ensaio comunitário randomizado avaliando o impacto da EM na prevenção da CPI conhecido na América Latina e cujos resultados preliminares já apontam para um benefício a população brasileira de baixo nível socioeconômico. Destaca-se ainda a qualidade do treinamento para intervenção em EM com rigoroso controle e manutenção das habilidades para EM com profissionais da APS. Como limitação desse estudo, podemos destacar as diferentes proporções de crianças acompanhadas em cada um dos *clusters*. Além disso, é uma análise preliminar a partir da avaliação parcial da amostra coletada. No entanto, o estudo continua recrutando e avaliando as crianças para posteriores análises.

Embora os resultados sejam preliminares, os achados desse ensaio comunitário randomizado trazem evidências de que a abordagem de educação em saúde bucal baseada nos princípios da Entrevista Motivacional (EM) foi mais efetiva na redução de cárie precoce da infância no primeiro ano de vida

de crianças de baixa renda e cujas mães tem pouca escolaridade quando comparadas a abordagem convencional (EC).

**Financiamento:** Grupo Hospitalar Conceição-GHC, Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq 486316/2011-4, e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul-FAPERGS, Brasil.

### Referências

ADAIR, P.M.; BURNSIDE, G.; PINE, C.M. Analysis of health behaviour change interventions for preventing dental caries delivered in primary schools. **Caries Res.** v.47, Suppl.1:2–12, 2012

ALBINO, J.; TIWARI, T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. **Journal of Dental Research**, In Press, 2015.

BAGRAMIAN, R.A.; GARCIA-GODOY, F.; VOLPE, A.R. The global increase in dental caries: a pending public health crisis. **Am J Dent**, v.22, n.1, p.3–8, 2009.

BÖNECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent*, v.12, p.183–188, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 1.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008b. Cap.12, p.111-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos**. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 2.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. Cap.12, p.133-148.

CASCAES, A.M.; BIELEMAN, R.M.; CLARK, V.L.; BARROS, A.J.D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.142-153, 2014.

CELESTE, R.K.; BASTOS, J.L. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.Supl.3, p.168-71, 2013.

CLEATON-JONES, P.; FATTI, L.P.; CHANDLER, H.D.; GROSSMAN, E.S. Dental caries diagnosis calibration for clinical fields surveys. **Caries Research**, v.23, p.195-199, 1989.

DO, L.G. Distribution of caries in children variations between and within populations. **J Dent Res**, v.91, n.6, p.536–543, 2012.

FELDENS, C.A.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, B.B.; DRACHLER, M.L.; VÍTOLO, M.R. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.38, p.324–332, 2010.

FELDENS, C.A.; VÍTOLO, M.R.; DRACHLER, M.L. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, p.215–223, 2007.

FISHER-OWENS, S.A.; GANSKY, S.A.; PLATT, L.J.; WEINTRAUB, J.A.; SOOBADER, M.J.; BRAMLETT, M.D.; NEWACHECK, P.W. Influences on children's oral health: a conceptual model. **Pediatrics**, v.120, n.3, p.E510–E520, 2007.

FONTANA, M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. **Pediatr Dent**, v.37, n.3, p.217-25, 2015.

FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. Estudo de fatores associados à cárie dental em crianças que recebem atendimento odontológico precoce. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, n.3, p.201-7, 2001.

GAO, X.L.; HSU, C.Y.; XU, Y.C.; LOH, T.; KOH, D.; HWARNG, H.B. Behavioral pathways explaining oral health disparity in children. **J Dent Res**, v.89, n.9, p.985– 990, 2010.

GAO, X.; LO, E.C.M.; KOT, S.C.C.; CHAN, K.C.W. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Journal of Periodontology**, v.85, n.3, p.426-37, 2013.

GOLDSTEIN, H.; BROWNE, W.; RASBASH, J. Partitioning Variation in Multilevel Models. **Understanding Statistics**, v.1, n.4, p.223–231, 2002.

GRADELLA, C.M.F.; et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.329-334, 2007.

HARRISON, R.L.; VERONNEAU, J.; LEROUX, B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. **J Dent Res**, v.91, n.11, p.1032-7, 2012.

HOOLEY, M.; SKOUTERIS, H.; BOGANIN, C.; SATUR, J.; KILPATRICK, N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. **J Dent**, v.40, n.11, p.873–885, 2012.

ISMAIL, A.I.; ONDESMAS, S.; JEDELE, W.; JENEFER, M.; LITTLE, R.J.; LEPKOWSKI, J.M. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.39, n.5, p.433–448, 2011.

ISMAIL, A.I.; SOHN, W.; TELLEZ, M.; AMAYA, A.; SEN, A.; HASSON, H et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**: v.35, p.170–8, 2007.

LEE, J.; DIVARIS, K. The ethical imperative of addressing oral health disparities a unifying framework. **J Dent Res**, v.93, n.3, p.224–230, 2014.

LEONG, P.M.; GUSSY, M.G.; BARROW, S.Y.L.; SILVIA-SANIGORSKI, A.; WATERS, E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. **Int J Paediatr Dent**, v.23, n.4, p.235–250, 2013.

LUNDAHL, B.; BURKE, B.L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. **Journal of Clinical Psychology: in session**, v.65, n.11, p.1232-1245, 2009.

MACHRY, R.V.; TUCHTENHAGEN, S.; AGOSTINI, B.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; PIOVESAN, C.; MENDES, F.M.; ARDENGHI, T.M. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. **BMC Oral Health**, v.13, n.60, 2013.

MILLER, W.R.; HEDRICK, K.E.; ORLOFSKY, D. The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. **Journal of Clinical Psychology**, v.47, p.444-448, 1991.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Helping People Change**. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Guilford Press, 2012.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change**. Second Edition. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

MOYERS, T.B.; MARTIN, T.; CHRISTOPHER, P.J.; HOUCK, J.M.; TONIGAN, J.S.; AMRHEIN, P.C. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.31, n.S3, p.40-47, 2007.

MOYERS, T.B.; MARTIN, T.; CHRISTOPHER, P.J.; HOUCK, J.M.; TONIGAN, J.S.; AMRHEIN, P.C. From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. **J Consult Clin Psychol**, v.77, n.6, p. 1113-1124, 2009.

NAIDU, R.; NUNN, J.; IRWIN, J.D. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of

preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. **BMC Oral Health**, v.15, n.101, 2015.

PETTI, S. Why guidelines for early childhood caries prevention could be ineffective amongst children at high risk. **J Dent**, v.38, n.12, p.946–955, 2010.

PIOVESAN, C.; MORO, B.L.P.; LARA, J.S.; ARDENGHI, T.M.; GUEDES, R.S.; HADDAD, A.E.; BRAGA, M.M.; MENDES, F.M. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, v.13, n.49, 2013.

PIOVESAN, C.; PÁDUA, M.C.; ARDENGHI, T.M.; MENDES, F.M.; BONINI, G.C. Can type of school be used as an alternative indicator of socioeconomic status in dental caries studies? A cross-sectional study. **BMC Medical Research Methodology**, v.11, n.37, 2011.

PLUTZER, K.; SPENCER, A.J. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, n.4, p.335-346, 2008.

PLUTZER, K.; SPENCER, A.J.; KEIRSE, M.J. Reassessment at 6–7 years of age of a randomized controlled trial initiated before birth to prevent early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.40, n.2, p.116–124, 2012.

REISINE, S.; DOUGLASS, J.M. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, n.1 Suppl, p.32–44, 1988.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R., BUTLER, C.C. **Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior**. New York: The Guilford Press, 2009.

SCHWENDICKE, F.; DÖRFER, C.E; SCHLATTMANN, P.; PAGE, L.F.; THOMSON, W.M.; PARIS, S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and metaanalysis. **J Dent Res**, v.94, n.1, p.10–18, 2015.

SEOW, K.W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. **Int J Paediatr Dent**, v.22, n.3, p.157-168, 2012.

SHOAIB, L.; DEERY, C.; RICKETTS, D.N.; NUGENT, Z.J. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. **Caries Res**, v.43, n.6, p.442-8, 2009.

SNIJDERS, T.A.B.; BOSKER, R.J. **Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling**. London: Sage Publications, 1999.

TINANOFF, N.; REISINE, S. Update on Early Childhood Caries Since the Surgeon General's Report. **Acad Pediatr**. v.9, n.6, p.396-403, 2009.

WAGNER, Y.; GREINER, S.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.42, n.2, p.160–169, 2014.

WATT, R.G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.1, p.1–11, 2007.

WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. **JADA**, v.135, p.731-738, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. 4<sup>th</sup> ed. Geneva, 1997.

WULAERHAN, J.; ABUDUREYIMU, A.; BAO, X.; ZHAO, J. Risk determinants associated with early childhood caries in Uygur children: a preschool-based cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v.14, n.136, 2014.

Figura

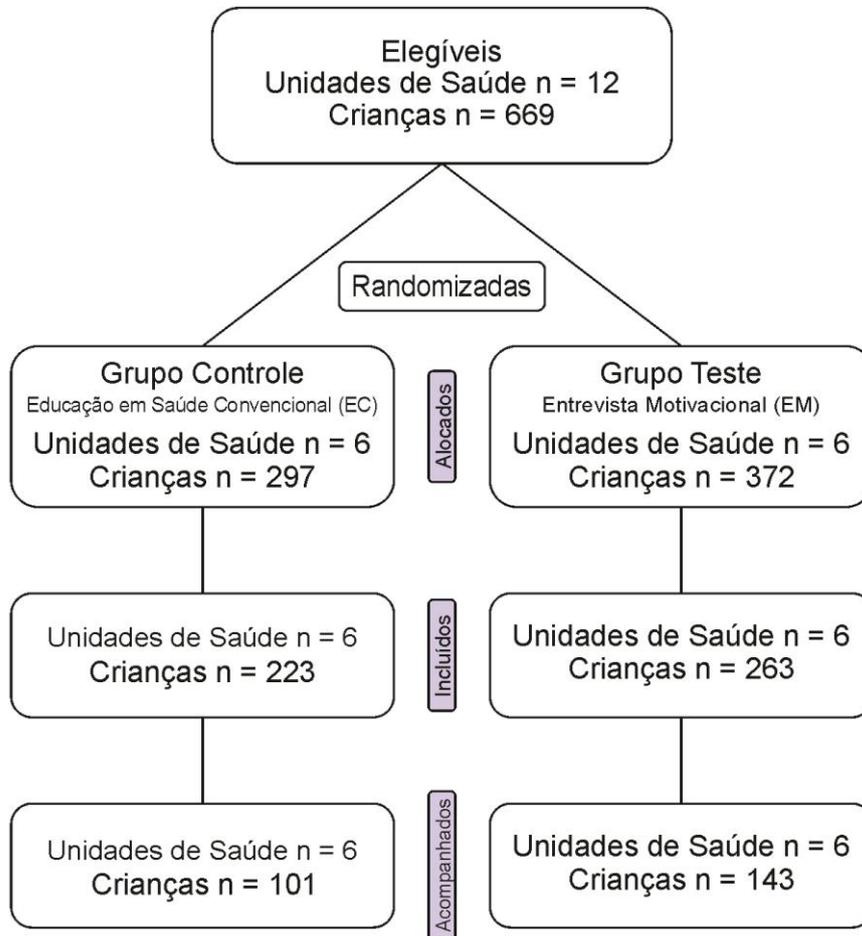


Figura 1: Fluxograma da randomização, alocação e análises dos participantes do estudo (CONSORT, 2010).

Tabela 1- Características descritivas das variáveis de nível individual de acordo com a randomização das 12 Unidades de Saúde para Educação em Saúde Convencional ou Entrevista Motivacional.

Variáveis	Categoria	Educação Saúde Convencional		Entrevista Motivacional		Total		p*
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Total		41,4	101	58,7	143	100	244	
Sexo	Feminino	49,5	50	51,8	74	50,8	124	0,67
	Masculino	50,5	49	48,3	65	49,2	114	
Etnia	Branca	71,0	71	73,1	103	72,2	174	0,32
	Parda	16,0	16	10,6	15	12,9	31	
	Preta	11,0	11	14,9	21	13,3	32	
	Asiática/Indígena	2,0	2	1,4	2	1,7	4	
Frequente Creche	Não	70,4	69	72,4	97	71,6	166	0,69
	Sim	29,6	29	27,6	37	28,5	66	
Consulta Odontológica no primeiro ano vida	Uma	80,2	81	81	116	80,7	197	0,81
	Duas ou mais	19,8	20	19	27	19,3	47	
Idade Materna	≤27 anos	46,5	46	42,3	60	44,0	106	0,42
	>27 anos	53,5	53	57,8	82	56,0	135	
Renda Equivalente	≥R\$ 450	70,3	71	82,5	118	77,5	189	0,01
	>R\$ 450	29,7	30	17,5	25	22,5	55	
Educação Materna	≥Ensino Fundamental	75,5	74	86,5	115	81,8	189	0,01
	<Ensino Fundamental	24,5	24	13,5	18	18,2	42	
Variáveis Contínuas								
Número de crianças na casa	Média	1,87		1,67		1,73		0,08
	IC 95%	1,68	2,06	1,54	1,80	1,62	1,84	
Idade primeira consulta Odontológica/meses	Média	6,78		5,94		6,25		0,02
	IC 95%	6,26	7,30	5,54	6,34	5,92	6,57	
Número de Dentes	Média	7,71		7,18		7,61		0,17
	IC 95%	7,09	8,33	6,70	7,66	7,23	7,99	
Taxa de Cárie (Criança/ano ou 20 dentes/ano)								
	Média	0,20		0,06		0,11		0,17
	IC 95%	0,05	0,84	0,01	0,30	0,03	0,41	

\* Teste Qui-quadrado (variáveis categóricas), ANOVA (variáveis contínuas).

Tabela 2 - Incidência de ceo-d entre as 244 crianças de acordo com a intervenção a nível da unidade de saúde e subgrupos de renda e educação.

Subgrupo	Grupo Intervenção	Criança (n)	Taxa de Cárie para 20 dentes/ano	IC95%*	
<b>Renda</b>					
≥R\$450	Convencional	71	0,14	0,01	3,21
	Entrevista Motivacional	118	0,08	0,00	1,53
<R\$450	Convencional	30	8,99	2,79	28,92
	Entrevista Motivacional	25	0,69	0,09	5,53
<b>Educação Materna</b>					
≥Ensino Fundamental	Convencional	74	0,95	0,15	6,18
	Entrevista Motivacional	115	0,34	0,02	7,68
<Ensino Fundamental	Convencional	24	4,64	0,83	25,97
	Entrevista Motivacional	18	0,28	0,04	2,20

\* O erro-padrão da linearização de Taylor foi calculado para distribuição de Poisson

Tabela 3 - Razão da taxa de incidência de cárie a nível de dente por regressão multinível de Poisson para variáveis dente, crianças e unidade de saúde.

Nível de análise	Variável	Categoria	IRR Bruto*	IC95%		IRR Ajustado*	IC95%	
Unidade de Saúde	Intervenção	Convencional	1			1		
		Entrevista Motivacional	0,31	0,06	1,62	0,41	0,09	1,96
Criança	Educação Materna	≥ Ensino Fundamental	1			1		
		< Ensino Fundamental	1,05	0,30	3,63	0,64	0,17	2,51
	Renda Equivalente	≥ R\$450	1			1		
		< R\$450	3,09	0,97	9,86	4,59	1,26	16,69
Dente	Tipo de dente	Posterior	1			1		
		Anterior	1,91	0,90	4,08	1,94	0,91	4,15

\* Tempo de acompanhamento entre a intervenção e primeira avaliação

Tabela 4 - Razão da taxa de incidência de cárie a nível de dente por regressão multinível de Poisson para subgrupos de renda e educação.

Subgrupo	Grupo Intervenção	IRR	IC95%		p interação
<b>Renda</b>					
≥R\$ 450	Convencional	1			0,16
	Entrevista Motivacional	0,56	0,10	3,32	
<R\$ 450	Convencional	1			
	Entrevista Motivacional	0,10	0,01	0,80	
<b>Escolaridade Materna</b>					
≥Ensino Fundamental	Convencional	1			0,36
	Entrevista Motivacional	0,36	0,07	1,80	
< Ensino Fundamental	Convencional	1			
	Entrevista Motivacional	0,07	0,01	0,76	

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os resultados sejam preliminares, os achados da presente tese oriundos de um ensaio comunitário randomizado trazem evidências de que a abordagem de educação em saúde bucal baseada nos princípios da Entrevista Motivacional foi mais efetiva na redução de cárie precoce da infância no primeiro ano de vida de crianças de baixa renda e cujas mães tem pouca escolaridade quando comparadas a abordagem tradicional.

Sobre o treinamento para Entrevista Motivacional, conclui-se que foi eficaz para habilitar Dentistas e Técnicos em Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde para atuar dentro do espírito e das técnicas básicas da Entrevista Motivacional, independentemente do nível de conhecimento prévio, da idade, experiência e formação profissional, tornando a EM uma ferramenta viável para a prática na Atenção Primária à Saúde. Além disso, o treinamento se mostrou efetivo ao longo dos dois anos de acompanhamento pois foram mantidas as habilidades dos profissionais da equipe de saúde bucal para atuar dentro do espírito da Entrevista Motivacional e uso das técnicas básicas, sendo altamente recomendável a inclusão dessa tecnologia na formação de Dentistas e equipe auxiliar, bem como nas políticas públicas de saúde bucal e educação permanente em saúde para a Atenção Primária à Saúde e para o Sistema Único de Saúde.

O estudo continuará acompanhando e avaliando longitudinalmente as crianças com a finalidade de verificar o impacto da Entrevista Motivacional na prevenção da cárie precoce da infância em comparação a educação em saúde convencional ao longo do tempo. Além disso, faz-se necessário realizar ensaios clínicos em outras regiões do Brasil e no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABANTO J, CARVALHO TS, MENDES FM, WANDERLEY MT, BONECKER M, RAGGIO DP: Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol** 2011. 39(2):105-14.

AAPD - *American Academy of Pediatric Dentistry* - **Academia Americana de Odontopediatria**, 2003.

ALBINO, J.; TIWARI, T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. **Journal of Dental Research**, In Press, 2015.

BERKOWITZ, R.J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. **J. Can. Dent. Assoc**, n.69, p.304-7, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Brasil. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n. 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Resultados Principais**; Brasília, 2011.

CADY, M. E., WINTERS, K. C., JORDAN, D. A., SOLBERG, K. B., & STINCHFIELD, R. D. Motivation to change as a predictor of treatment outcomes for adolescent substance abusers. **Journal of Child and Adolescent Substance Abuse** 1996; 5: 73-91.

CASCAES, A.M.; BIELEMAN, R.M.; CLARK, V.L.; BARROS, A.J.D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.142-153, 2014.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAYAKE, A.P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. **J Dent Res**, v. 72, n. 1, p. 37-45, jan, 1993.

CASAMASSIMO PS: If early childhood caries is an infectious disease. Which one? **J Dent Child** (Chic) 2006;73:3.

DICLEMENTE, C. C., CARROLL, K. M., CONNORS, G. J., & KADDEN, R. M. Process assessment in treatment matching research. **Journal of Studies on Alcohol** 1994; (Supplement 12): 156-162.

DINI EL, HOLT RD, BEDI R: Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old brazilian children. **Community Dent Oral Epidemiol** 2000;28:241-248.

DRURY TF, HOROWITZ AM, ISMAIL AI, MAERTENS MP, ROZIER RG, SELWITZ RH: Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. **J Public Health Dent** 1999;59:192-197.

DYE BA, SHENKIN JD, OGDEN CL, MARSHALL TA, LEVY SM, KANELIS MJ: The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2-5 years in the united states, 1988-1994. **J Am Dent Assoc** 2004;135:55-66.

EDSTEIN, B. Question of Politics in early childhood caries. **Community Dent. Oral. Epidemiol.**, v. 26, supplement 1, p. 96-103, 1996.

FEATHERSTONE, J.B. The continuum of dental caries—evidence for a dynamic disease process. **J Dent Res.**, v.83, n.Spec Issue, p.C:C39–C42, 2004.

FELDENS EG, KRAMER PF, FELDENS CA, FERREIRA SH: Distribution of plaque and gingivitis and associated factors in 3- to 5-year-old brazilian children. **J Dent Child (Chic)** 2006;73:4-10.

FELDENS CA, VITOLO MR, DRACHLER MDE L: A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol** 2007;35:215-223.

FERREIRA SH, BERIA JU, KRAMER PF, FELDENS EG, FELDENS CA: Dental caries in 0- to 5-year-old brazilian children: Prevalence, severity, and associated factors. **Int J Paediatr Dent** 2007;17:289-296.

FELDENS, C.A.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, B.B.; DRACHLER, M.L.; VÍTOLO, M.R. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. **Community Dent Oral Epidemiol** 2010; 38: 324–332.

FIGUEIREDO, M.C.; FALSTER, C.A. A cárie dentária como uma doença infecciosa e transmissível. **Rev Fac Odont. UPF**, Passo Fundo, v.2, n.1, p. 23-32, jan/junho, 1997.

FIGUEIREDO, M. C.; ROSITO, D. B.; MICHEL, J. A. Avaliação de 07 anos de um Programa odontológico para bebês com bases Educativa, Preventiva e Curativa. **JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v.1, n. 2, p. 33-40, 1998.

FONTANA, M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. **Pediatr Dent**, v.37, n.3, p.217-25, 2015.

FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. Estudo de fatores associados à cárie dental em crianças que recebem atendimento odontológico precoce. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, n.3, p.201-7, 2001.

FRANEY, C., & ASHTON, M. The grand design lessons from DATOS. **Drug and Alcohol Findings** 2002; 7: 4-19.

GAO, X.; LO, E.C.M.; KOT, S.C.C.; CHAN, K.C.W. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Journal of Periodontology**, v.85, n.3, p.426-37, 2013.

GRAVES, C.E.; BERKOWITZ, R.J.; PROSKIN, H.M.; CHASE, I.; WEINSTEIN, P.; BILLINGS, R. Clinical outcomes for early childhood caries: influence of aggressive dental surgery. **J Dent Child (Chic)**, v.71, n.2, p.114-117, 2004.

HARRISON, R.L.; VERONNEAU, J.; LEROUX, B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. **J Dent Res**, v.91, n.11, p.1032-7, 2012.

HARRISON, R. Motivational Interviewing (MI) Compared to Conventional Education (CE) has Potential to Improving Oral Health Behaviors. **J Evid Base Dent Pract** , v.14, p.124-126, 2014.

HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W. Motivational Interviewing. **Annual Review of Clinical Psychology**, p. 91-11, 2005.

HOEFT KS, MASTERSON EE, BARKER JC: Mexican american mothers' initiation and understanding of home oral hygiene for young children. **Pediatr Dent** 2009;31:395-404.

HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community Dent. Oral Epidemiol**, v.26, Suppl.1, p. 67-81, 1998.

ISMAIL, A. I. Prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, p.49-61, 1998.

ISMAIL, A.I.; ONDERSMA, S.; JEDELE, W.; JENEFER, M.; LITTLE, R.J.; LEPKOWSKI, J.M. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.39, n.5, p.433–448, 2011.

KASSEBAUM, N.J., BERNABÉ, E., DAHIYA, M., BHANDARI B., MURRAY, C.J.L., MARCENES, W. Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression. **J Dent Res.**, In Press, 2015.

KEROSUO H, HONKALA E: Caries experience in the primary dentition of tanzanian and finnish 3-7-year-old children. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991;19:272-276.

LISTL, S., GALLOWAY, J., MOSSEY, P.A., MARCENES, W. Global Economic Impact of Dental Diseases. **J Dent Res.**, In Press, 2015.

LUNDAHL B, BURKE, B.L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. **Journal of Clinical Psychology**: in session 2009; 65(11):1232-1245.

MARINHO VC, HIGGINS JP, SHEIHAM A, LOGAN S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev**. 1:CD002781, 2004.

MILLER, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy**, 11(2), 147-172.

MILLER, D., & GUIDRY, L. **Addiction and Trauma Recovery: Healing the body, mind, and spirit**. 2001 New York: W. W. Norton.

MILLER WR, ROLLNICK S. **Motivational Interviewing**, Second Edition: Preparing People for Change. 2002. New York, NY: The Guilford Press.

MILLER WR, YAHNE CE, MOYERS TB, MARTINEZ J, PIRRITANO M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 2004. 72(6):1050-1062.

MOHEBBI SZ, VIRTANEN JI, VAHID-GOLPAYEGANI M, VEHKALAHTI MM: Early childhood caries and dental plaque among 1-3-year-olds in tehran, iran. **J Indian Soc Pedod Prev Dent** 2006;24:177-181.

MOHEBBI SZ, VIRTANEN JI, VAHID-GOLPAYEGANI M, VEHKALAHTI MM: Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. **Community Dent Oral Epidemiol** 2008;36:363-369.

NAIDU, R.; NUNN, J.; IRWIN, J.D. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. **BMC Oral Health**, v.15, n.101, 2015.

NARVAI, P.C., FRAZÃO P., RONCALLI A.G., Antunes J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social **Rev Panam Salud Publica**. vol.19. n.6 Washington. Jun. 2006.

NEWBRUN, E. Sucrose in the dynamics of the carious process. **Int Dent J**, v.32, p.13-23, 1982.

PLUTZER, K.; SPENCER, A.J. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, n.4, p.335-346, 2008.

PLUTZER, K.; SPENCER, A.J.; KEIRSE, M.J. Reassessment at 6–7 years of age of a randomized controlled trial initiated before birth to prevent early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.40, n.2, p.116–124, 2012.

NEWBRUN E. 1989. Effectiveness of water fluoridation. **J Public Health Dent**. V.49, n.5 Spec No, p279–289, 1989.

NORTH S, DAVIDSON LE, BLINKHORN AS, MACKIE IC: The effects of a long wait for children's dental general anaesthesia. **Int J Paediatr Dent** 2007;17:105-109.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 1998; 22: 1300-1311.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. **Journal of Studies in Alcohol** 1997; 58: 7-29.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Carie tipo mamadeira e a importância da prevenção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev. Odontol. Univ. SP**.v.13, n.3, p. 303-311, jul/set, 1999.

RIBEIRO, A.G.; OLIVEIRA, A.F.; ROSENBLATT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1695-1700, 2005.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R., BUTLER, C.C. **Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior**. New York: The Guilford Press, 2009.

ROLLNICK, S., HEATHER, N., GOLD, R., & HALL, W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. **British Journal of Addiction** 1992; 87: 743-754.

ROLLNICK, S., & MILLER, W.R. (1995). What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 23(4), 325-334.

ROSE, G. Sick individuals and sick populations. **Int J Epidemiol**. 1985;14(1):32-8.

RUBAK S, SANDBAEK A, LAURITZEN T, CHRISTENSEN B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **Br J Gen Pract**. Apr 2005;55(513):305-312.

SALES, M.B.; FIGLIE, B.N. Revisão de literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2, p.333-340, 2009.

SAMPAIO, M.S. **Tratamento Restaurador Atraumático-ART em bebês afetados pela Cárie Precoce da Infância-ECC: a percepção da mãe**. 2005, 148 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

SCAVUZZI, A.I.F.; OLIVEIRA, V.G.; FERREIRA, E.A. Incremento de cárie dental em bebês residentes em Feira de Santana/BA: acompanhamento de três anos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.7, n.2, p.161-167, 2007.

SHEIHAM, A. Dental caries in underdeveloped countries. In: GUGGENHEIM, B. **Cariology today**. Brasil: Karger, 1984. p.33.

SCHROTH RJ, HARRISON RL, MOFFATT ME: Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. **Pediatr Clin North Am** 2009;56:1481-1499.

SILVA, EM. Efeitos da entrevista motivacional e do mapeamento cognitivo associados à TCCG no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, 2009. **[tese de doutorado]**

TINANOFF, N.; KASTE, L. M.; CORBIN, S. B. Early Childhood Caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 26, Suplement 1, p. 117-119, 1998.

TINANOFF N, REISINE S: Update on early childhood caries since the surgeon general's report. **Acad Pediatr** 2009;9:396-403.

TRAEBERT J, GUIMARAES LDO A, DURANTE EZ, SERRATINE AC: Low maternal schooling and severity of dental caries in brazilian preschool children. **Oral Health Prev Dent** 2009;7:39-45.

VOLPATO, L.E.R.; FIGUEIREDO, A.F. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um Serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 45-52, jan./mar. 2005.

WAGNER, Y.; GREINER, S.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.42, n.2, p.160–169, 2014.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. Ed. Artes Médicas. p.75-122, 1996.

WAMBIER, D.S.; BOSCO, V.L.; CUMAN, V.; SMIGUEL, O.; ELOY, T.C. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v.10, n.1, p.15-22, 2004.

WEINSTEIN, P. Public Health issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 26, Suppl.1, p.84-90, 1998.

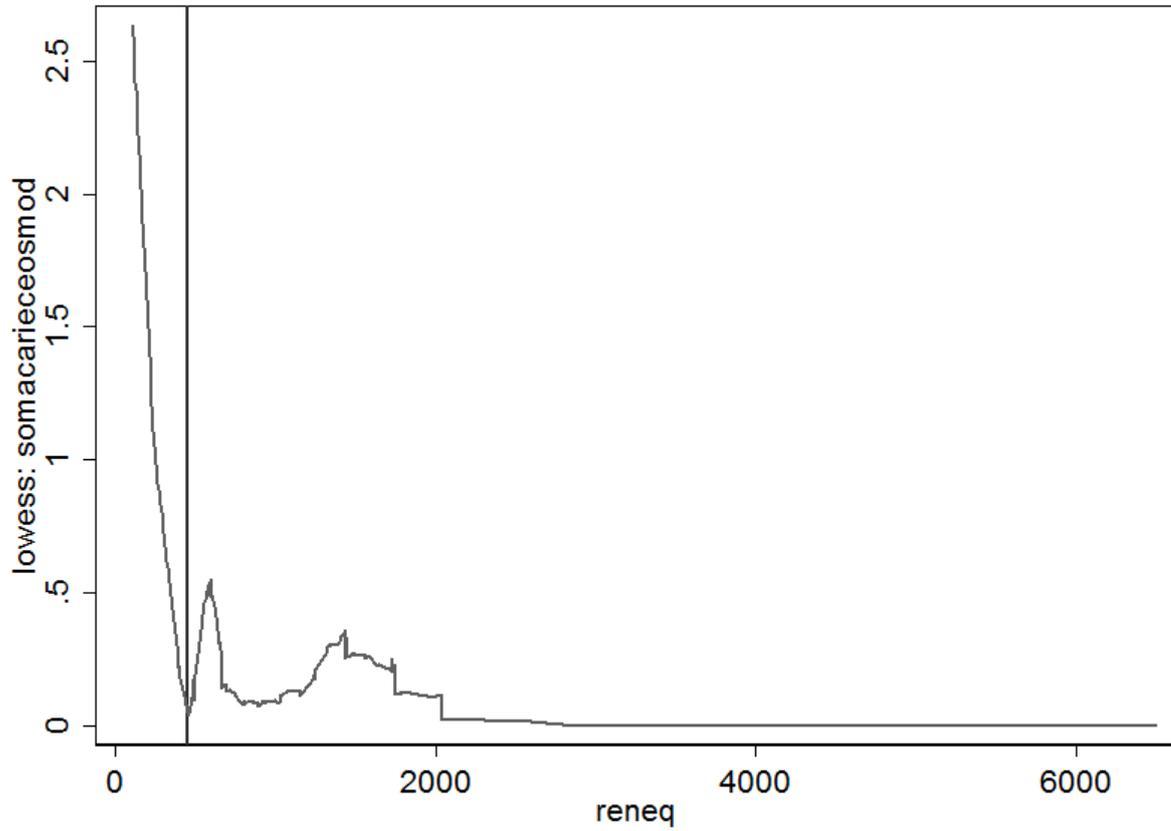
WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. **JADA**, v. 135, p.731-738, 2004.

WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde – Um desafio. In: KRIEGER, L. (Coord.) **ABOPREV – Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: sugars intake for adults and children**. Geneva: World Health Organization; 2015.

## APÊNDICE

Apêndice A – Gráfico da distribuição da renda para fins de análise estatística pela técnica de LOWESS (Locally Weighted Scatterplot Smoothing).



## ANEXOS

### Anexo 1

#### Régua Importância e Confiança EM

Identificação profissional:

##### (A) Importância

Quão importante diria que é para você aprender sobre Entrevista Motivacional? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante, onde você está neste momento?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada

Extremamente

##### (B) Confiança (Autoeficácia)

Quão confiante você diria que está, se decidir usar a Entrevista Motivacional em seus atendimentos, de que poderia ter sucesso? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada confiante e 10 extremamente confiante, onde você está neste momento?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada

Extremamente

## Anexo 2

### Exercício de entrevista dialogada EM

Identificação profissional:

**a. Leia o diálogo que mostra o uso de perguntas abertas, afirmação, escuta reflexiva, e resumos**

**b. Círcule e indique:**

**Uma pergunta aberta**

**Um exemplo de afirmação**

**Um exemplo de resumo**

**Dois exemplos de escuta reflexiva**

**Um exemplo de resistência**

Profissional: Bem, senhor Brazier, o exame de colesterol chegou, e ainda está um pouco elevado. Para que eu não me concentre em algo errado, pergunto se o senhor poderia me contar o que já sabe sobre colesterol alto e o que gostaria de saber. O senhor quer discutir isso neste momento? Ou seria melhor se eu lhe desse algo para ler por agora, e nós discutíssemos as coisas da próxima vez, talvez com a sua esposa?

Paciente: Não, podemos conversar agora. Na verdade, eu já sei bastante coisa sobre o colesterol. Meu irmão fez um exame, e o seu colesterol estava um pouco alto, e nós pesquisamos juntos na internet.

Profissional: O senhor entende os problemas com o colesterol alto. O que acha que esse resultado significa para o senhor?

Paciente: Bem, não tenho certeza do que é melhor fazer a respeito.

Profissional: O que o confunde em relação a isso?

Paciente: Está bem, está alto, mas como posso abaixá-lo, sem parar de fumar ou mudar a minha alimentação, ou entendi isso mal?

Profissional: Não, entendeu bem. Essas mudanças podem fazer uma grande diferença.

Paciente: Mas eu estou preocupado com o efeito que parar de fumar possa ter na minha dieta.

Profissional: Então o senhor está preocupado que parar de fumar possa aumentar o seu peso e ser ruim.

Paciente: Sim, é isso. Meu peso disparou quando eu parei no ano passado. É melhor parar de fumar, mesmo que eu ganhe um pouco de peso, ou eu posso me concentrar apenas na comida por agora e deixar o cigarro para depois?

Profissional: Bem, em média, o maior risco de ter um derrame ou ataque do coração para a maioria das pessoas, especialmente quando têm colesterol alto, é fumar. Os fumantes que têm colesterol alto, mesmo quando comem bem, têm um risco muito maior de ter um ataque cardíaco ou derrame. O que o senhor tira disso?

Paciente: Bem, acho que sabia que, mesmo que a dieta seja importante, de um modo geral, fumar provavelmente seja pior que comer. E, mesmo que ganhe peso, se cortar o cigarro, ficarei melhor. Meu pai morreu de infarto. Tudo bem, ele era velho, mas agora com o meu irmão também com colesterol alto, e agora eu...

Profissional: Posso contar como outros pacientes como você pararam de fumar e o que pode ajudar. Isso seria do seu interesse?

Paciente: Está bem, acho que sim.

**Anexo 3**  
**Questionário de Resposta útil**

Identificação profissional:

Instruções: Os seguintes parágrafos são coisas que uma pessoa poderia dizer a você. Em cada parágrafo, imagine que alguém que você conhece está falando com você e está explicando um problema que ele ou ela está tendo. Você quer ajudar dizendo a coisa certa. Pense em cada parágrafo como se você realmente estivesse na situação, com aquela pessoa que fala com você. Em cada caso escreva a próxima coisa que você poderia dizer se você quiser ser útil. Escreva somente uma ou duas frases para cada situação.

1. Uma mulher com 41 anos diz:  
“Ontem à noite o José chegou realmente alto. Ele veio para casa tarde e nós tivemos uma grande briga. Ele gritou comigo e eu gritei de volta e então ele me bateu para valer. Ele quebrou uma janela e a TV, também. Foi como se ele estivesse louco. Eu apenas não sei o que fazer!”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

2. Um homem de 43 anos fala:  
“Eu realmente me sinto péssimo. Ontem à noite eu me embabedei e nem mesmo lembro do que fiz. Esta manhã descobri que a tela da televisão está quebrada e eu penso que provavelmente fiz isso, mas minha esposa nem mesmo está falando comigo. Eu não penso que eu sou um alcoólatra, você sabe, porque eu posso ficar semanas sem beber. Mas isso tem que mudar.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

3. Um homem de 55 anos diz:  
“Eu sei que eu não deveria fumar, então não fale que eu deveria parar de fumar. Só que é um hábito duro para quebrar e realmente me relaxa, especialmente quando eu estou no trabalho e preciso dar uma parada. Além disso, meu pai fumou durante 50 anos e viveu quase até os 80. Melhor viver com um pouco de prazer que morrer todo estressado. Eu penso que a tensão me mataria antes do cigarro.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

4. Uma estudante universitária com 18 anos diz:

“Eu tenho tido relações sexuais com o meu namorado. Nós nunca usamos camisinha e ultimamente eu desenvolvi algumas feridas nas partes íntimas. Eu estou realmente envergonhada. Eu não quero falar sobre isto com meu namorado. Eu tenho medo que ele possa pensar que eu transei com outra pessoa. Eu estou realmente preocupada com a coisa toda e não sei o que fazer.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

5. Um homem com 57 anos diz:

“Eu sei que eu tenho enfisema. Eu tenho fumado maconha há muito tempo. Eu não posso imaginar não fumar. Eu sei que soa louco, mas na verdade me sinto melhor quando fumo do que quando tento parar. No fim pode ser minha sentença de morte, mas ainda não me matou. Eu não sei... Talvez você possa me prescrever algumas pílulas que façam o mesmo efeito sem acabar ainda mais com os meus pulmões.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

6. Um professor de 59 anos de idade, desempregado, diz:

“Minha vida não parece valer mais a pena. Eu sou um péssimo pai. Eu não consigo um emprego. Nada de bom acontece para mim. Tudo o que eu tento fazer dá errado. Às vezes me pergunto se vale a pena viver.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

## Anexo 4

### Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.**  
Av. Francisco Trein, 546  
CEP 91329-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3337-2800  
CNPJ 82.787.114/0001-20

**HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**  
Clínica de Pediatria do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A. I

**HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.**  
Rua Divaldo Freire, 20  
CEP 91040-908 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3327-4100  
CNPJ 92.787.125/0001-76

**HOSPITAL FEMINA S.A.**  
Rua Montecristina, 17  
CEP 91423-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314-5245  
CNPJ 92.851.134/0001-62



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 95.244/98

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 27 de março de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 13-063

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

JULIANA BALBIHOT HILGEST  
DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA

**Título:** Impacto de programas preventivos de saúde bucal infantil na atenção primária à saúde.

Documentação: Aprovada  
Aspectos Metodológicos: Adequados  
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Porto Alegre, 28 de março de 2013.

Daniela Montano Wilhelms  
Vice-coordenadora do CEP-GHC

**Anexo 5**

**Protocolo de Saúde Bucal crianças de 0 a 12 anos do SSC-GHC**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação**

**Atenção à Saúde da Criança  
de 0 a 12 anos**

2ª edição



**Maria Lucia Medeiros Lenz**

**Rui Flores**

Organizadores

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A

Porto Alegre - RS - 2014



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

B823a Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.  
Gerência de Saúde Comunitária  
Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – 2. ed.– Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.  
218 p. : il.

ISBN 978-85-61979-22-5

1. Medicina de família e comunidade. 2. Atenção primária em saúde. 3. Saúde da criança. I. Lenz, Maria Lucia Medeiros. II. Flores, Rui. III. Título.

CDU 616-055.5/.7

Ficha catalográfica elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade dos autores de cada um dos capítulos. O livro poderá ser acessado na íntegra na página do Grupo Hospitalar Conceição. (<http://escola.ghc.com.br/index.php/2013-06-05-18-36-26>)

## 12. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos

Anna Schwendler  
Daniel Demétrio Faustino Silva  
Idiana Luvison  
Jessye Melgarejo do Amaral Giordani  
Mariana Loch dos Reis



*“A gente aprende a cuidar até mais da gente mesmo, agora que tem esse acompanhamento com dentista para os pequenos desde bebê”*

Gabriela, 26 anos, mãe de Guilherme, 6 anos e Alex, 1 ano.  
Moradora do território da US Santíssima Trindade.

A educação e motivação de todo o núcleo familiar são importantes para a saúde bucal da criança, especialmente nos primeiros anos de vida.<sup>1</sup> Os pais tem papel fundamental na promoção da saúde bucal dos seus filhos e a incorporação de hábitos saudáveis na infância promove não só a prevenção das doenças bucais, mas também a melhor qualidade de vida para todos.<sup>2</sup>

A cárie dental é a doença crônica mais comum da infância,<sup>3</sup> e por isso necessita de intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo. As conseqüências da cárie precoce podem ser observadas na saúde como um todo, sendo estas relacionadas à presença de dor e infecção, comprometendo o desenvolvimento físico da criança.<sup>4</sup> Porém, medidas simples, como controle da ingestão de açúcar e higiene bucal com uso de dentífrico fluoretado, podem preveni-la.

A informação para as mães acerca da importância dos hábitos e comportamentos relacionados aos cuidados básicos de saúde bucal dos seus filhos tende a resultar em uma redução da cárie dentária.<sup>5</sup> O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna.<sup>6</sup>

Faustino-Silva et al<sup>7</sup> avaliaram as percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis por crianças usuárias de unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre-RS sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Os resultados mostraram que apenas 45% dos pais sabiam que a higiene bucal da criança deveria ser iniciada mesmo antes do nascimento dos dentes, e 57% deles consideravam que a criança teria capacidade e habilidade de realizar sua escovação dentária sozinha entre 1 e 3 anos de idade. Com relação à idade ideal para a primeira consulta com o dentista, apenas 35% relataram que ela deveria acontecer entre um e três anos. E no que se refere aos hábitos alimentares, a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69% dos entrevistados. Com isso os autores concluíram que ações educativas voltadas à primeira infância devem

ser priorizadas na atenção primária à saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças, uma vez que a família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança.<sup>7</sup>

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja por volta dos 6 meses de idade, e não mais tarde do que 6 meses após a erupção do primeiro dente, ou seja no primeiro ano de vida. Esse primeiro contato com o Dentista deve contemplar orientações sobre o desenvolvimento oral da criança, cronologia de erupção dentária, sinais e sintomas recorrentes, hábitos de sucção não nutritivos, estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável, não podendo esquecer das instruções sobre higiene bucal e prevenção dos traumatismo dentais<sup>8</sup>. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista.<sup>1</sup> Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas ao dentista, em função de seu perfil de risco e características familiares, com frequência mínima anual.

### **12.1 Vigilância em Saúde Bucal: Ação Programática da Criança**

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal,<sup>1</sup> mas é importante contar com a participação ativa da família, sobretudo porque pais ou responsáveis por crianças costumam apresentar inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal nessa fase da vida.

Por ser fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na Atenção Primária à Saúde, o SSC implantou uma rotina de saúde bucal dentro da Ação Programática da criança com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebam ao menos uma consulta odontológica no primeiro, segundo e terceiro ano de vida. Inicialmente pensada como uma Ação Programática específica de Saúde Bucal (por iniciativa dos residentes, através de um piloto em 2009), logo inseriu-se no conjunto das ações desenvolvidas para as crianças, integrando o cuidado destas e ressaltando que é de responsabilidade de toda a equipe zelar pela saúde bucal das crianças. Em 2010 passou a fazer parte dos indicadores monitorados pelo SSC e estabelecida como uma de suas metas.

Nessas consultas, são avaliadas as condições de saúde bucal das crianças e fornecidas orientações para o adequado cuidado bucal para mãe/pai ou cuidadores de acordo com a fase/idade das crianças.

As consultas odontológicas da Ação Programática podem ser realizadas:

- maneira individual, onde o profissional da ESB (Cirurgião-Dentista ou Técnico em Saúde Bucal-TSB), juntamente com o paciente e seu cuidador realiza o exame bucal e fornece as devidas orientações;
- maneira coletiva, o dentista com os profissionais de diferentes núcleos (medicina, enfermagem, nutrição, psicologia) nas consultas coletivas de puericultura ou em grupos de crianças;

- interconsulta ou consulta conjunta, onde na consulta de rotina da criança com profissional médico, enfermeiro ou outro, o Dentista ou TSB participa para fazer as orientações e cuidados bucais no mesmo espaço físico e ao mesmo tempo;
- visitas domiciliares, em situações em que a criança se encontra faltosa ou em que os pais ou cuidadores não têm disponibilidade de ir até a unidade de saúde.

As principais orientações em saúde bucal na primeira infância podem ser encontradas no em um guia para os profissionais e pais em forma de cartilha<sup>9</sup>.

## 12.2 Cuidados em saúde bucal para crianças de 0 a 3 anos

### 12.2.1 Cárie Precoce de Infância

A cárie dentária é classificada como uma doença de natureza infecciosa e açúcar-dependente, decorrente da interação de uma série de fatores que resultam na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário.<sup>10</sup> Quando acomete crianças de 0 a 3 anos de idade, recebe a denominação de Cárie Precoce da Infância (CPI), por tratar-se do aparecimento de lesões cariosas em dentes decíduos na medida em que erupcionam.<sup>11</sup>

O padrão das lesões de cárie em bebês tem características peculiares. Estas se desenvolvem com rapidez, freqüentemente logo após a erupção do dente. Com relação à etiopatogenia da CPI, esta envolve inúmeros fatores que agem simultaneamente. O desenvolvimento destas lesões ocorre devido a um padrão alimentar desequilibrado, onde ocorre uma predominância de carboidratos, uso de mamadeira e/ou amamentação noturna e ausência e/ou prática deficiente de higienização bucal. A quantidade e a qualidade da saliva, defeitos de esmalte como as hipoplasias e hipocalcificações, fatores imunológicos do paciente, são também relevantes para o desenvolvimento desta doença.<sup>5</sup>

A prevenção da Cárie Precoce da Infância deve enfatizar a educação e motivação dos pais e/ou responsáveis pela criança, no que tange a higienização bucal e a informações alimentares, como por exemplo não colocar o bebê na cama com mamadeiras contendo formulados açucarados, chupetas adocicadas e aleitamento noturno em livre demanda após 12 meses<sup>1,8</sup>. Recomenda-se basear as orientações alimentares nos 10 Passos da Alimentação Saudável para crianças menores 2 anos preconizada pelo Ministério da Saúde, que estão aprofundadas no Capítulo 9 desse protocolo.

### 12.2.2 Higiene Bucal, Uso de Dentífrico Fluoretado e Fluorose

O flúor, juntamente com o efeito mecânico da escovação, são as terapêuticas mais eficazes para o controle da cárie dentária.<sup>12</sup> A escovação dental com dentífrico contendo flúor em crianças é mais efetiva do que a escovação com dentífrico não fluoretado.<sup>13</sup> O uso de dentífrico fluoretado para o controle da cárie, tanto em adultos, quanto em crianças, depende da concentração de flúor (mínimo 1000 ppmF) e da frequência de uso (2x/dia ou mais).<sup>8,12-13</sup>

Uma das maiores preocupações por parte dos pais e dentistas, com o uso de dentífrico fluoretado, é o desenvolvimento da fluorose dentária. No entanto, o risco de fluorose devido à ingestão de pasta em crianças tem sido superestimado.<sup>14-15</sup> Não há evidências de que o início do uso de pasta fluoretada deva ser adiado para a idade de 3-4 anos, nem que a baixa concentração de flúor em pastas evite a fluorose.<sup>12</sup>

Embora crianças menores de 3 anos ingiram involuntariamente certa quantidade de creme dental toda vez que escovam os dentes, a fluorose observada nos dentes de brasileiros expostos a água fluoretada e uso regular de dentifrício é, de acordo com o último levantamento de saúde bucal (SB Brasil 2010), de grau muito leve a leve, quase imperceptível, o que não interfere com a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>16</sup>

Por isso, recomenda-se que após a erupção dos primeiros dentes de leite (ao redor dos 6 meses) já se deva utilizar, junto com a escova dental macia, uma pequena quantidade (“grão de arroz cru”) de dentifrício fluoretado da família/adulto (mínimo 1000 ppmF) quando for realizada a limpeza dos dentes da criança.<sup>17-18</sup> Nos bebês sem dentes, a limpeza da cavidade bucal não se faz tão necessária, podendo ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de incluir a boca na rotina diária de higiene do bebê. A limpeza pode ser realizada com gaze ou fralda limpa embebida em água potável, passada delicadamente na gengiva, língua e em toda a mucosa oral, pelo menos uma vez ao dia.<sup>19-20</sup>

### 12.2.3 Malocclusão: chupeta e mordida aberta

A amamentação é considerada fundamental para o desenvolvimento harmonioso das estruturas estomatognáticas e da estética da face, sendo de fundamental importância para o correto desenvolvimento da maxila e mandíbula. Durante a amamentação, a criança recebe vários estímulos que proporcionam o desenvolvimento de outras funções orais como a mastigação, deglutição e respiração, sendo a primeira medida preventiva das malocclusões.<sup>19-20</sup>

As formas de sucção não-nutritiva mais frequentes em crianças com pouca idade são a chupeta, dedo e lábios. Quanto aos problemas nas arcadas dentárias que o uso prolongado e inadvertido da chupeta e sucção de dedo, além dos 2-3 anos de idade, pode ocasionar são: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento da sobressaliência. Se o hábito de sugar chupeta ou dedo for interrompido até os 2-3 anos de idade, as alterações poderão regredir naturalmente e os danos futuros à oclusão serão minimizados, uma vez que é nesse período a oclusão está em pleno desenvolvimento.<sup>21</sup>

Para evitar a instalação de hábitos de sucção não-nutritiva, uma série de medidas pode ser adotada: sempre que possível estimular o aleitamento materno exclusivo até os primeiros 6 meses de vida. Se for necessário proceder ao aleitamento misto ou artificial, utilizar bicos de mamadeiras menores possíveis e com orifícios pequenos. Utilizar a chupeta de maneira disciplinada e racional, ou seja, quando os bebês estiverem irritados ou sonolentos após a mamada e quando a criança sentir necessidade de sucção, não deixando sempre a disposição ou durante todo período de sono. Ao iniciar o desmame, oferecer os líquidos em copos e os alimentos em colher; não utilizar a mamadeira como meio de induzir o sono da criança ou de acalmá-la; nunca deixar a chupeta pendurada no pescoço da criança; restringir a uma chupeta usada por vez.<sup>21</sup>

### 12.2.4 Cronologia de erupção dentária e aspectos relacionados

O primeiro dente do bebê começa a irromper por volta dos 6 meses e a sequência favorável de erupção dos dentes é: incisivos centrais, incisivos laterais, primeiros molares, caninos e segundos molares, tanto na arcada superior, quanto na inferior.<sup>21</sup>

A cronologia de erupção é relativamente variável, sendo que a antecipação ou o atraso de 6 meses em relação à média é considerado normal. A dentadura decídua em geral completa-se entre os 24 e 30 meses de idade, quando os 2º molar superiores e inferiores irrompem.<sup>21</sup>

Se, após um ano de idade não ocorreu a erupção de qualquer dente, esta deve ser investigada, pois há a possibilidade (rara) de ocorrer anodontia (ausência dos dentes).<sup>22</sup> Também pode ocorrer do bebê nascer com dentes (dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (dentes neonatais). Nesses casos, a criança deve ser avaliada o quanto antes pelo dentista para definir a necessidade de extração ou não, dependendo de estarem lesando a língua do bebê e/ou interferindo na amamentação natural. Porém, em alguns casos, os dentes são da série natural da criança, ou seja, não nascerão novamente por isso a necessidade de criteriosa avaliação.<sup>23</sup>

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.<sup>1</sup>

#### **12.2.5 Traumatismo dental em decíduos: riscos e cuidados nessa fase**

A causa mais comum de traumatismo em dentes decíduos é a queda quando a criança está aprendendo a andar, por volta dos 10 a 24 meses de idade, quando não apresenta coordenação motora suficiente e ao cair, por não ter o reflexo de proteção, é comum bater a boca. Conforme a criança cresce, os traumas se dão ao correr e ao brincar. Quedas e choques dos dentes contra objetos rígidos também são causas muito comuns do traumatismo dentário.<sup>21</sup>

A prevenção é importante, principalmente naqueles acidentes que podem ser evitados. Os cuidados gerais são:

- Cuidado com locais com muitos móveis e quinas, quando a criança começar a engatinhar e a andar;
- Cuidado para que a criança não escorregue no chão molhado, nem ande com meias, pois sem atrito a criança terá mais facilidade de escorregar;
- Ao andar de carro, devem ser usadas cadeiras apropriadas às faixas etárias;
- Cuidado com brinquedos, berço e carrinho de bebê, que devem estar adequados à idade e maturidade da criança;
- Atenção especial para pacientes epiléticos, propensos às quedas durante as convulsões, e pacientes com deficiências motoras e mentais<sup>21</sup>;
- Ao sofrer alguma queda ou trauma envolvendo a região bucal a criança precisa ser avaliada imediatamente pelo dentista para que as medidas adequadas sejam tomadas o quanto antes.

Até chegar ao dentista, os pais devem conter o sangramento, se houver, com um pano limpo e colocar gelo no local do traumatismo.

#### **12.2.6 Lesões e alterações em tecido mole**

##### **Língua geográfica:**

Caracterizada pelo aparecimento e desaparecimento de áreas despapiladas no dorso da língua. Os limites desta alteração são bem definidos por um halo esbranquiçado, elevado e irregular que circunda a lesão. A sintomatologia, quando presente, é relatada por ardor local, sendo o tratamento apenas sintomático por se tratar de alteração fisiológica e muitas vezes transitória.<sup>21</sup>

**Cisto ou hematoma de erupção:**

Associado à erupção do dente decíduo ou permanente, se caracteriza pela presença de sangue e outros fluidos em seu interior, situado superficialmente à coroa do dente em erupção. Em geral, regride espontaneamente, mas, se isso causar um grande atraso na erupção do dente ou algum tipo de desconforto, deve ser removido cirurgicamente.<sup>21</sup>

**Mucocele:**

Lesão causada por trauma nos ductos das glândulas salivares menores, caracterizada por lesão bolhosa, com formato circular, com superfície lisa. Sua localização mais comum é no lábio inferior, sendo assintomática e de evolução lenta. O tratamento é cirúrgico, com a remoção total da lesão e do ducto salivar envolvido.<sup>21</sup>

**Úlcera aftosa:**

Lesão ulcerada, com fundo necrótico, delimitada por halo eritematoso inflamatório bem definido. Pode ser uma lesão única ou múltipla e se caracteriza por sintomatologia dolorosa intensa. O tratamento é apenas sintomático, ocorrendo a regressão espontânea entre 12 e 14 dias.<sup>21</sup>

**Gengivoestomatite herpética primária:**

É a infecção primária pelo vírus herpes que ocorre especialmente na primeira infância devido ao fato da criança ainda não ter anticorpos neutralizantes. O primeiro contato com o vírus ocorre, em geral, entre 2 e 6 anos de idade. O quadro clínico é agressivo, com sintomatologia dolorosa, sendo que a criança pode manifestar mal-estar, febre, irritabilidade e adenopatia cervico-facial. Na mucosa oral, as lesões são caracterizadas por vesículas contendo em seu interior líquido amarelo ou branco. As vesículas múltiplas se rompem e formam-se úlceras dolorosas, semelhantes as da afta. Ao exame intrabucal, nota-se estomatite generalizada, abrangendo toda a mucosa, lábios, gengiva, língua e mucosa jugal. A evolução para a cura ocorre entre 10 e 14 dias. Nesse período, o tratamento é apenas sintomático, com antitérmico e analgésico. Atentar para a alimentação, evitando alimentos ácidos e condicionados e priorizando os frios e líquidos.<sup>21</sup>

**Candidíase:**

Quando há queda da resistência imunológica ou alterações locais que levam a um desequilíbrio do ecossistema oral, a *Candida albicans*, fungo oportunista da microbiota bucal normal, se manifesta. Conhecida popularmente como “sapinho”, caracteriza-se pelo aparecimento de placas esbranquiçadas, semelhantes a leite coalhado, localizadas em qualquer região da cavidade bucal, principalmente no palato e na língua. O que determina o diagnóstico diferencial com outras lesões semelhantes é a manobra clínica que consiste na remoção destas placas por raspagem, deixando uma superfície avermelhada.<sup>21</sup> Deve-se orientar a limpeza bucal preventiva e o tratamento na maioria das vezes é com antifúngico tópico.

**Cistos gengivais:**

São cistos de desenvolvimento localizados no rebordo gengival ou palato que ocorrem com frequência em recém nascidos, também conhecidos como “nódulos de Bohn” ou “pérolas de Epstein” dependendo da sua localização e origem epitelial. São estruturas puntiformes, únicas ou múltiplas, de aproximadamente 1mm de diâmetro da cor da mucosa ou esbranquiçadas, o que faz muitas vezes que os pais pensem ser um dente em nascimento. Não há necessidade de intervenção, pois regredem naturalmente, cabendo apenas os esclarecimento e tranquilização dos pais.<sup>24</sup>

### 12.3 Cuidados em Saúde Bucal para crianças de 3 a 6 anos

#### 12.3.1 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial, de origem bacteriana, resultante de um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, onde prevalece a desmineralização<sup>1</sup>, originando manchas brancas (estágio inicial) ou cavidades (estágio avançado).

Os fatores causais são: higiene bucal inadequada, presença de bactérias através do acúmulo de biofilme dental, frequência de ingestão de açúcares e fatores socioeconômicos interagindo entre si. A condição social da criança determinará o acesso a bens de consumo e define estilos de vida onde a escovação é deficiente e o consumo de açúcar é alto. Isso interfere decisivamente na ocorrência de cáries.

Cabe a todos os profissionais da equipe a inspeção da cavidade bucal e caso detectem algo, devem encaminhar a criança ao dentista<sup>1</sup>.

Devido ao emprego de medidas preventivas, como fluoretação das águas, uso de dentifícios fluoretados, melhorias nas condições e estilo de vida, a incidência de cárie vem diminuindo.

Os tratamentos para cárie podem ser preventivos ou restauradores.

#### Preventivos

##### Aplicação tópica de flúor:

- Gel de flúor acidulado, uma aplicação semestral para pacientes com história progressiva de cárie, ou uma aplicação semanal por 3 semanas. Profilaxia prévia com pasta profilática, e aplicação com escova, pincel ou algodão.
- Verniz de flúor, uma aplicação semestral. Profilaxia prévia com pasta profilática e aplicação com uso de *microbrush* ou bolinha de algodão, na superfície seca, sob isolamento relativo. Após a aplicação, a criança pode fechar a boca, pois o verniz endurece em contato com a saliva<sup>25</sup>. Recomendar evitar comer nas 2 horas seguintes à aplicação<sup>25-26</sup>.

Vale lembrar que a melhor maneira de usar preventivamente o flúor é baixa concentração e alta frequência, com o uso diário de creme dental através de 2 ou 3 escovações.

##### Aplicação de selantes

Estes podem ser resinosos ou ionoméricos. A literatura aponta maior retenção dos resinosos em longo prazo, entretanto, mesmo com o desgaste dos ionoméricos o sulco segue selado e a maioria dos dentes segue livre de cárie.

- Selantes resinosos: requer bom controle da umidade, sendo o isolamento absoluto indicado. Profilaxia prévia com pedra pomes ou jato de bicarbonato, secagem, condicionamento com

ácido fosfórico, lavagem, secagem, aplicação do sistema adesivo, fotopolimerizar, aplicar o selante e fotopolimerizar.<sup>27</sup>

- Selantes ionoméricos: usar isolamento relativo, profilaxia com pedra pomes ou jato de bicarbonato, condicionamento com ácido poliacrílico (próprio líquido do ionômero), lavar, secar, aplicar o selante, fazer pressão digital com dedo vaselinado. Orientar não se alimentar por pelo menos 1 hora após.<sup>27</sup>

### **Restauradores**

#### **ART - Tratamento Restaurador Atraumático**

O ART vem sendo o tratamento restaurador mais indicado para infância, por não necessitar anestesia e o uso de instrumentos rotatórios e brocas, ou seja, uma técnica mais amigável para a criança. A remoção de tecido cariado é realizada apenas com instrumentos manuais e a cavidade é restaurada com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade próprio para ART e com maior durabilidade, o que torna o tratamento definitivo.<sup>28-29</sup>

As restaurações em resina composta são pouco utilizadas, pois são muito sensíveis à técnica, já dificultada pelo manejo da criança. Em muitos casos pode-se lançar mão das restaurações de amálgama que são bastante resistentes e com técnica menos sensível a umidade/saliva.

#### **12.3.2 Primeiro molar permanente**

Em torno dos seis anos de idade, atrás do último molar decíduo, irrompe o primeiro molar permanente. Um dente muito importante e que, muitas vezes, é confundido pelos pais como sendo dente de leite e não os preocupando tanto caso tenha cárie, por acharem que vai trocar. É importante informar aos pais que esse é um dente permanente e que é um guia para a correta erupção dos outros dentes. Cabe ressaltar, que é o dente com a erupção mais longa, necessitando de maior atenção por parte do dentista e dos pais na sua higienização.

Em função de nascer atrás do último dente decíduo, a escovação deverá ser reorganizada, pois a criança necessita posicionar a escova até o fundo da boca para alcançá-lo (a tendência é repetir os movimentos que vinha fazendo e isso levaria a escova apenas até o último dente decíduo). Sugere-se que se posicione a escova de lado (técnica horizontal ou vestibulo-lingual), e não mais de frente, assim se alcança o primeiro molar.

O primeiro molar permanente tem sulcos profundos e uma área na face oclusal (face que mastiga) maior, exigindo uma escovação mais demorada. Essas informações devem ser repassadas com muita clareza para os pais e também para a criança.

#### **12.3.3 Bruxismo infantil**

Bruxismo é definido como uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, caracterizada pelo apertar ou ranger dos dentes. Pode acontecer durante o sono ou quando a criança está acordada ou brincando.<sup>30</sup>

Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores morfológicos e oclusais, funcionais, psicossociais (estresse, ansiedade e características de personalidade).

O bruxismo infantil é uma preocupação, pois além do impacto negativo na qualidade de vida pode ser importante fator de risco para disfunções temporomandibulares.<sup>31</sup>

Os sinais e sintomas, apesar de raros em crianças, são desgastes oclusais/incisais, hipersensibilidade pulpar, dores de cabeça ao acordar, dores musculares na face e relato dos pais de que a criança range os dentes ao dormir.<sup>30</sup>

O tratamento é multiprofissional, realizado pelo dentista, médico e psicólogo, porém há uma tendência de regressão natural por volta dos 9-10 anos de idade. É de suma importância o correto diagnóstico e a busca pelo fator causal para correto tratamento da causa.<sup>30</sup>

#### 12.3.4 Traumatismo dental na dentição decídua

Há predomínio de traumatismo na dentição decídua, principalmente em crianças em idade pré-escolar, período em que aprendem a andar, sendo mais susceptíveis a quedas (principal causa de traumas). No entanto, deve-se também atentar para possíveis sinais de maus tratos. Os dentes anteriores superiores são os mais atingidos. A falta de selamento labial e a excessiva sobressaliência são fatores predisponentes ao trauma na dentição decídua.<sup>32</sup>

Os objetivos dos atendimentos de urgência são o manejo da dor, o correto diagnóstico e tratamento, visando prevenir possíveis danos ao germe do permanente.<sup>33</sup>

O diagnóstico é composto pela anamnese, exame clínico e radiográfico.

##### **Anamnese:**

Questionar o histórico de saúde da criança, quando, onde e como ocorreu o trauma. Essas perguntas são importantes, pois ajudam na escolha do tratamento. Quando - dá a ideia de quanto tempo decorreu entre o trauma e o atendimento, onde - indica as condições do local (risco de infecção) e como - para avaliar se o relato está de acordo com o tipo de lesão.<sup>33</sup>

##### **Exame Clínico:**

Não se deve realizar teste de percussão nem de sensibilidade pulpar, pois podem não ser reais e pode atrapalhar no condicionamento da criança.<sup>32</sup>

Realizar exame extra oral, a fim de verificar lesões em mento, face, cabeça. E caso necessário, encaminhar para o profissional de referência Bucomaxilofacial.

No exame intrabucal, limpar e examinar os tecidos moles e duros.

##### **Exame Radiográfico:**

Realizado, quando possível, no momento da primeira consulta. Considerar a idade da criança e o tipo de trauma no momento da análise radiográfica.

#### 12.3.4.1 Tipos de trauma e tratamento

**Trinca de esmalte:** fissuras na coroa dentária.

**Tratamento:** aplicação tópica de flúor no momento da consulta.

**Prognóstico:** favorável.

**Proservação:** em consultas de rotina.<sup>32-34</sup>

**Fratura de esmalte:** perda de estrutura restrita ao esmalte dentário.

**Tratamento:** desgaste e polimento de possíveis arestas ou restauração, dependendo da extensão da fratura.

**Prognóstico:** favorável.

**Proservação:** em consultas de rotina.<sup>32-34</sup>

**Fratura de esmalte e dentina, sem exposição pulpar:** perda de estrutura dental, sem exposição pulpar.

Tratamento: restauração. Avaliar a necessidade de realizar proteção pulpar indireta com hidróxido de cálcio.

Prognóstico: favorável.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 60, 90 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Fratura de esmalte e dentina, com exposição pulpar:** perda de estrutura dental, com exposição pulpar.

Tratamento: dependerá da extensão da fratura, grau de desenvolvimento dentário e se o tratamento será imediato ou tardio. Se for de pequena extensão e o tratamento for imediato, recomenda-se proteção pulpar direta e restauração com resina composta. Em dentes com raízes completas ou em estágio inicial de rizólise, o tratamento imediato é a pulpotomia e o tardio a pulpectomia e em dentes com rizólise avançada, exodontia.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 90 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar:** fratura da coroa e da raiz, sem exposição pulpar. Observar a presença de mobilidade do fragmento fraturado e sua extensão subgengival.

Tratamento: depende da extensão subgengival. Deve-se remover o fragmento fraturado e verificar a extensão. Caso estenda-se mais de 2mm além da margem gengival, exodontia. Se estiver aquém, restauração.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 60, 90, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Fratura coronorradicular com envolvimento pulpar:** fratura da coroa e da raiz, com exposição pulpar. Observar a presença de mobilidade do fragmento fraturado e sua extensão subgengival.

Tratamento: depende da extensão subgengival. Deve-se remover o fragmento fraturado e verificar a extensão. Caso estenda-se mais de 2mm além da margem gengival, exodontia. Se estiver aquém, tratamento pulpar semelhante ao da fratura coronária com exposição pulpar e posterior restauração.

Prognóstico: favorável, se as condições acima forem observadas.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 60, 90, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Fratura radicular:** fratura da raiz. No exame clínico, pode-se observar ligeiro deslocamento da coroa, associado a pequena extrusão. Descartar fratura óssea (mobilidade em bloco).

Tratamento: depende da localização e direção da linha de fratura.

- Fraturas transversais nos terços apical e médio: reposicionamento por pressão digital para aproximação dos fragmentos (tratamento imediato). Se for tardio, o coágulo interposto pode

dificultar essa manobra. Usar contenção rígida por 90 a 120 dias, caso haja mobilidade dentária e fratura de terço médio. Nas de terço apical a contenção não é necessária.

- Fraturas transversais no terço cervical: exodontia do fragmento coronário, deixando que o radicular sofra a rizólise.
- Fraturas longitudinais ou oblíquas: exodontia.

**Prognóstico:** as fraturas transversais no terço apical tem prognóstico mais favorável que as demais.

**Proservação:** acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 90, 100, 180 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Concussão:** traumatismo de pequena intensidade que envolve hemorragia, porém sem sangramento gengival, e edema do ligamento periodontal, sem a ruptura das fibras. Dente sensível ao toque.

**Tratamento:** dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

**Prognóstico:** favorável, com possibilidade de alteração de cor transitória ou permanente.

**Proservação:** acompanhamento clínico após sete dias e em consultas de rotina.<sup>32-33-34</sup>

**Subluxação:** traumatismo de média intensidade que provoca a ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal e leva à mobilidade, sem deslocamento dentário. Pode ocorrer sangramento no sulco gengival.

**Tratamento:** dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras. Caso a mobilidade seja acentuada, usar contenção flexível por 10 a 14 dias.

**Prognóstico:** favorável, com possibilidade de alteração de cor e calcificação pulpar.

**Proservação:** acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-33-34</sup>

**Luxação lateral:** traumatismo de grande intensidade que leva a deslocamentos dentários nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal. Pode ou não ter mobilidade, sangramento e laceração gengival.

**Tratamento:** depende da magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e relação com o permanente e procura imediata ou tardia por tratamento. Em qualquer um dos casos, atentar para a oclusão e orientar dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

- Deslocamentos pequenos: sem interferência oclusal, as musculaturas da língua e do lábio tendem a reposicionar o dente.
- Deslocamentos com extensão média: dentes em estágio inicial de rizólise (menos de 1/3 reabsorvido), sentido de deslocamento contrário ao permanente (coroa para palatino e raiz para vestibular) e busca imediata: anestesia e se reposiciona o dente com pressão bi digital. Se houver mobilidade, usar contenção flexível por 10 a 14 dias.
- Deslocamentos extensos ou em direção ao permanente: exodontia.

**Prognóstico:** favorável para o permanente, porém com possibilidade de necrose para o decíduo.

**Proservação:** acompanhamento clínico após 15 dias e clínico radiográfico após 30, 60, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Luxação Intrusiva:** deslocamento do dente para dentro do alvéolo. Geralmente, ocorre por vestibular do germe do permanente, mas pode ocorrer em sua direção. Pode ocorrer aumento de volume na região vestibular, indicando a direção da intrusão. Na radiografia, observar: se a imagem da raiz do decíduo intruído ficar encurtada em relação ao homólogo, o desvio foi na direção contrária ao permanente, se for alongada, foi em direção ao permanente.

**Tratamento:** dente intruído em direção ao permanente: exodontia. Dente intruído em direção contrária, esperar pela reerupção (até 6 meses). Dieta pastosa e líquida nas primeiras 48h e restrição ao uso de chupetas e mamadeiras.

**Prognóstico:** favorável para o dente intruído para vestibular e com reerupção em 2 meses, caso contrário, é sombrío.

**Proservação:** acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 60, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Luxação extrusiva:** deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo.

**Tratamento:** dente com pequeno deslocamento, fazer ajuste oclusal. Se o tratamento for imediato, reposicionar o dente. Se for tardio, deixar na nova posição, devido ao coágulo e diminuição da mobilidade. Dentes com mobilidade excessiva e extrusões com mais de 3mm, exodontia.

**Prognóstico:** desfavorável.

**Proservação:** acompanhamento clínico após 14 dias e clínico radiográfico após 60 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.<sup>32-34</sup>

**Avulsão:** deslocamento completo do dente para fora do alvéolo. Realizar radiografia periapical para confirmar que o dente não sofreu intrusão.

**Tratamento:** NÃO reimplantar o dente, pois pode lesionar o germe do permanente. Realizar reabilitação protética (estética e funcional).

**Prognóstico:** desfavorável para o permanente. Risco elevado de hipocalcificações e hipoplasias.

**Proservação:** acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico a cada 6 meses até a erupção do permanente.<sup>32-34</sup>

**Fratura alveolar:** fratura do osso alveolar. Os dentes envolvidos apresentam mobilidade.

**Tratamento:** reposicionamento com pressão bi digital. Caso a fratura seja extensa, usar contenção dental para estabilizar, durante 4 semanas.

Tipo de Contensões:

- Flexíveis: fios de náilon número 70 ou 80, para lesões nos tecidos de sustentação. Como alternativa pode-se usar a fixação/esplintagem direta com resina composta.
- Semirrígidas: fio ortodôntico 0,2 ou 0,4 mm, para fraturas de tecido ósseo.
- Rígidas: fio ortodôntico 0,5 mm, para fraturas radiculares. Como alternativa pode-se usar o fio do sugador de saliva

**Prognóstico:** a cicatrização óssea em crianças ocorre sem complicações, porém reabsorções radiculares podem ser vistas.

**Proservação:** acompanhamento clínico radiográfico após 30, 45, 60 dias e 1 ano, depois anual, até a esfoliação do dente e erupção do permanente<sup>32-34</sup>.

#### 12.3.4.2 Observações e cuidados gerais sobre traumas dentais

Descoloração, isolada de outros sinais, não sugere tratamento endodôntico, que só deve ser feito em casos de necrose pulpar ou infecção.

Sempre solicitar radiografia.

Como consequência de traumas a decíduos pode haver hipoplasia de esmalte, interrupção da formação do permanente, defeitos de textura, alteração no posicionamento ou erupção<sup>32-34</sup>.

### 12.4 Cuidados em saúde bucal para crianças de 6 a 12 anos

#### 12.4.1 Alterações dentárias

##### **Defeitos de desenvolvimento do esmalte:**

São alterações na estrutura dentária caracterizadas pela diminuição ou perda local da translucidez do esmalte. As hipoplasias do esmalte podem ser definidas como sendo alterações na estrutura desse tecido dentário, cuja origem está relacionada a fatores que interferem na mineralização dos dentes de ordem local ou sistêmica.<sup>35</sup>

##### **Endodontia em decíduos:**

O tratamento pulpar em Odontopediatria tem como principal objetivo a manutenção da integridade e a saúde dos tecidos dentais, que é obtido pelo uso de técnicas e/ou medicamentos que permitem a continuidade do seu desenvolvimento normal até a esfoliação. É importante lembrar que os dentes decíduos possuem algumas peculiaridades: ampla câmara pulpar, pequena espessura de esmalte e dentina, projeções dos cornos pulpares e reabsorção irregular. Uma pergunta importante que o profissional de saúde deve se fazer é: quanto tempo o dente ainda ficará na cavidade bucal? Nesse sentido, quando os dentes decíduos apresentam inflamação pulpar irreversível ou necrose, decorrentes da doença cárie ou traumatismo e for possível sua manutenção no arco, o tratamento endodôntico está indicado.<sup>36</sup>

##### **Maloclusão na dentição mista:**

A presença de problemas oclusais não é fácil de ser identificada, principalmente saber o limite entre a normalidade e o problema, em função de ser relacionada com a estética e esta ser subjetiva. São várias as condições a serem avaliadas para se ter um diagnóstico final de oclusopatia, porém podemos decompor essas condições a fim de focalizarmos a atenção individual. As condições mais prevalentes são: mordida cruzada posterior, sobressaliência (overjet) e mordida aberta. Logo, é importante um diagnóstico precoce e na presença de alguma alteração intervir nos fatores de risco que podem ser uso de chupeta e sucção digital por tempo prolongado, bem como alterações ósseas e de respiração que precisam ser avaliadas por um profissional especializado.<sup>35-37</sup>

#### 12.4.2 Alterações periodontais

A gengivite é uma manifestação inflamatória na gengiva marginal decorrente do acúmulo de biofilme (placa bacteriana) supragengival. Pode apresentar sinais como sangramento, dor, inchaço e aumento da temperatura no local. Se não tratada, pode evoluir para uma doença mais séria que é a periodontite, onde há então a perda dos tecidos de sustentação dos dentes. A prevenção da gengivite é

a desorganização do biofilme dentário, ou seja, realização de higienização com escovas de dente e fio dental. Não há evidências científicas que sustentem a periodicidade da realização da escovação dentária três vezes ao dia para prevenir gengivite, dependendo da avaliação individual de risco de cada paciente que pode ser realizada pelo índice de placa visível e o índice de sangramento gengival<sup>38</sup>. Porém, recomenda-se escovar os dentes de 2 a 3 vezes ao dia em função do contato com o creme dental fluoretado e sua importância para prevenção da cárie.

#### 12.4.3 Alterações de tecidos moles

##### **Mucocele:**

É um pseudocisto de etiologia traumática do ducto de uma glândula salivar menor produzindo sua obliteração ou rompimento. Embora possam aparecer em qualquer região da mucosa oral, ocorrem preferencialmente na face interna do lábio inferior, sendo mais incidente no gênero feminino e na faixa etária entre 8 e 14 anos. Há uma relação íntima com o hábito de mordiscamento dos lábios. Algumas opções para o tratamento do mucocele são a cirurgia e a marsupialização.<sup>39</sup>

##### **Aftas:**

É a afecção mais comum da mucosa oral. O controle da doença depende de sua apresentação clínica e inclui drogas imunossupressoras, corticosteróides tópicos e sistêmicos e soluções anestésicas e antimicrobianas. As lesões podem variar em tamanho, quantidade e localização. Sua etiologia é multifatorial, estando associadas causas de origem local, como os traumatismos, ou sistêmicas, como as infecções e as doenças imuno-hematológicas. Se as aftas forem severas ou frequentes, a possibilidade das lesões estarem associadas com doenças sistêmicas assintomáticas ou outra condição deve ser considerada. Existem várias opções de tratamento: observação, tratamento da doença sistêmica, medicações sistêmicas e tópicas e tratamento paliativo.<sup>40</sup>

##### **Gengivo-estomatite herpética:**

Doença aguda que traz imenso desconforto de fala e deglutição. Esta doença caracteriza-se pelo surgimento de vesículas com base avermelhada e centro formado por depressão recoberta por uma membrana fibrinosa, resultante da necrose epitelial. A sintomatologia dolorosa ocorre pela exposição do tecido conjuntivo nestas áreas. É mais freqüente em crianças de 1 a 5 anos de idade. Manifesta-se por toda a boca e é auto-limitada, ou seja, tem um ciclo aproximado de 10 a 14 dias. Antes mesmo do surgimento das vesículas, a criança apresenta-se debilitada, sem apetite, febril, irritadiça, com sialorréia, edema e sangramento gengival. O tratamento consiste em medidas para reduzir o desconforto da criança tais como alimentação líquida e nutritiva e bochechos com substâncias anestésicas, para aliviar a sintomatologia dolorosa, quando da mastigação e deglutição.<sup>21</sup>

#### 12.4.4. Ações coletivas em saúde bucal infantil

A avaliação e promoção de saúde bucal é ação essencial que integra o Componente I do Programa Saúde na Escola (política do Ministério da Saúde voltada à saúde dos escolares do ensino fundamental). Duas são as principais ações de saúde bucal realizadas: avaliação da saúde bucal dos escolares (realizada uma vez ao ano e avaliadas questões além somente de condições dentárias, como alimentação, violência e comorbidades) e escovação dental supervisionada (realizada em conjunto com a Escola e a equipe de saúde, tem por objetivo aprimorar as habilidades dos educandos no uso da escova para desorganizar o biofilme dental, bem como educação e promoção da saúde.<sup>41</sup>

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008. Caderno de Atenção Básica n. 17.
2. THEODORO, D. S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal dos bebês. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 6, n. 2, p. 133-137, abr./jun. 2007.
3. MISRA, S.; TAHMASSEBI, J. F.; BROSANAN, M. Early childhood caries: a review. **Dental Update**, Guildford, v. 34, n. 9, p. 556-558, 561-562, 564, 2007.
4. BARROS, S. G. et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 215-222, jul./set. 2001.
5. HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 26, n. 1, p. 67-81, 1998. Suplemento.
6. WAMBIER, D. S. et al. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas da Saúde**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 15-22, mar. 2004.
7. FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Clêncla**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p.357-379, out./dez. 2008.
8. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guideline on Infant Oral Health Care. nique challenges and treatment options. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.35, n.6, p.137-141, 2014.
9. FAUSTINO-SILVA, D. D.; BRUNETTO, S.; MACHADO, A. P. Relato de experiência de atendimento conjunto entre Odontologia e Nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-RS. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, jan./dez. 2011.
10. SHEIHAM, A. Dental caries in underdeveloped countries. In: GUGGENHEIM, B. **Cariology today**. Brasil: Karger, 1984. p. 33.
11. ISMAIL, A. I. Prevention of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 26, p. 49-61, 1998.
12. CURRY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Evidence-based recommendation on toothpaste use. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 28, feb. 2014.
13. MARINHO, V. C. C. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Systematic Review**, Oxford, n. 1, 2003.
14. MARTINS, C. C. et al. Prospective study of the association between fluoride intake and dental fluorosis in permanent teeth. **Caries Research**, Basel, v. 42, n. 2, p. 125-133, 2008.
15. OLIVEIRA, M. J. et al. Estimated fluoride doses from toothpastes should be based on total soluble fluoride. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 10, n. 11, p. 5726-5736, nov. 2013.
16. CHANKANKA, O. et al. Literature review of aesthetic perceptions of dental fluorosis and relationships with psychosocial aspects/oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 38, n. 2, p. 97-109, apr. 2010.
17. CURY, J. A. Uso de dentifrício fluoretado na 1ª Infância. **JABO**, São Paulo, n. 146, nov./dez. 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
19. KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
20. CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004.
21. GUEDES-PINTO, A. C. (Ed). **Odontopedlatrila**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2006.

22. FARIA, T. R. S. **Ausência congênita de incisivos laterais permanentes**. 2008. Monografia. (Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial), 2008.
23. ADEKOYA-SOFOWORA, C. A. Natal and neonatal teeth: a review. **The Nigerian Postgraduate Medical Journal**, Nigéria, v. 15, n. 1, p. 38-41, mar. 2008.
24. NEVILLE, B. W; DAMM, D. D. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
25. CARVALHO, D. M. et al. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 139-149, mar. 2010.
26. TAGLIAFERRO, E. P. S. et al. Análise de custo-efetividade de métodos preventivos para superfície oclusal de acordo com o risco de cárie: resultados de um ensaio clínico controlado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. S121-S130, nov. 2013. Suplemento.
27. RASTELLI, M. C. S. et al. Avaliação dos selantes de fossas e fissuras aplicados por estudantes de Odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 5, p. 324-329, set./out. 2012.
28. LUENGAS-QUINTERO, E. et al. The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: two-years follow up of ART sealants and restorations. **BMC Oral Health**, Londres, v. 13, n. 42, set. 2013.
29. AMORIM, R. G.; LEAL, S.; FRENCKEN, J. E. Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. **Clinical Oral Investigation**, Berlim, v. 16, n. 2, p.429-441, abr. 2012.
30. PIZZOL, K. E. D. C. et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Revista de Odontologia da UNESP**, Marília, v. 35, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2006.
31. ZENARI, M. S.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 22, n. 4, p. 465-472, out./dez. 2010.
32. LOSSO, E. M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 8, n. 1, p. e1-e20, jan./mar. 2011.
33. FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 287-298, dec. 2002.
34. ANDREASEN, J. O. et al. **Traumatic dental injuries: a manual**. Munksgaard: Copenhagen, 1999.
35. ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
36. PASSOS, I. A. et al. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. **Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Saude**, Cuenca, v. 25, n. 2, p. 187-192, 2007.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
38. KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV, promoção de saúde bucal**. São Paulo: ABOPREV, 1999.
39. KAISER, K. M. Mucocele em mucosa de lábio inferior. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 85-88, jan./mar. 2008.
40. FRAIHA, P. M. Estomatite aftosarecorrente: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 571-578, jul./ago. 2002.
41. BRASIL. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso\\_pse\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2014.

## Anexo 6

## Folder educativo Saúde Bucal Infantil do SSC-GHC

**LEVE SEU FILHO  
REGULARMENTE  
AO DENTISTA.**

**ORIENTAÇÕES / COMBINAÇÕES**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO  
À SAÚDE DA CRIANÇA**

Ajude seu bebê a ter uma alimentação  
saudável e um sorriso bonito

**GHC**  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**SUS** 

**COORDENADORIA  
CÁRIE  
ZERO** 

Centro de Pesquisa em  
Odontologia Social

**Autores:**  
Daniel Demétrio Faustino Silva - Odontólogo  
Ana Paula Machado - Odontóloga  
Sara Brunetto - Nutricionista

**GHC**  **COORDENADORIA  
CÁRIE  
ZERO**  **SUS** 

Apoio Financeiro: PPSUS/FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul

**ATÉ OS 6 MESES...**

Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chá ou qualquer outro alimento. → O leite materno contém todos os nutrientes e a água que o bebê necessita, e deve ser oferecido conforme a vontade da criança.

Além da importância afetiva, nutritiva e ajudar seu bebê a não ficar doente, a amamentação favorece a respiração e o posicionamento correto dos dentes.

**A chupeta não é necessária e pode trazer problemas!**

**APÓS OS 6 MESES...**

Dar alimentos complementares (comida de sal, frutas e legumes) três vezes ao dia, se estiver em aleitamento materno e cinco vezes ao dia, se não estiver. → Lembre-se: o bebê precisa ser estimulado a mastigar, portanto apenas esmague a comida com um garfo e não utilize liquidificador.

Nesse período começa o nascimento dos dentinhos e o bebê pode ter algumas reações: febre baixa, diarreia, salivação excessiva, irritação, gengiva avermelhada e inchada. Na dúvida procure o posto de saúde.

Ofereça água nos intervalos das refeições. → Assim que nascer o primeiro dente comece a fazer a limpeza com escova macia e pasta de dente com flúor.

Nas situações que a amamentação natural não for possível, não aumente o furo da mamadeira. De preferência, use um copinho para oferecer líquidos e lembre-se de não adicionar açúcar.

**A PARTIR DOS 12 MESES...**

Entre 1 e 2 anos nasce os dentinhos de trás. Com a dentição completa o cuidado com a escovação deve ser redobrado. Use a escova macia com pasta de dente com flúor pelo menos 2x ao dia. Você pode usar o creme dental da família em pouca quantidade! Ensine a criança a cuspir a espuma o máximo que conseguir. Veja as fotos ilustrativas da quantidade de pasta de dente por idade.

Atenção! Muito cuidado com a quantidade de pasta: é só um pouquinho, conforme a imagem.

Caso a criança use chupeta, tente fazer com que abandone até os 2 anos, pois seu uso pode causar problemas na fala e mastigação.

**QUANTIDADE DE PASTA DE DENTE COM FLÚOR POR IDADE**



Escove os dentes do bebê após as refeições ou, pelo menos, antes de dormir. Crianças que já tem os dentinhos e que mamam no peito ou na mamadeira durante a noite podem ter cáries. Por isso não ofereça o peito ou mamadeira durante a noite.

Evite oferecer alimentos industrializados e açucarados para os menores de dois anos. Não adicione açúcar, mel, achocolatado ou farinhas nas mamadeiras. A necessidade de adoçar é nossa e não da criança.

Os doces não são os únicos vilões. As bactérias que causam cárie se desenvolvem utilizando todos os restos de alimentos, inclusive restos de bolachas doces e salgadas, salgadinhos, sucos industrializados, sucos de gelatina e refrigerantes. Evite as "guloseimas" e "beliscadas" entre as refeições.

## Anexo 7

## Folder educativo 10 Passos Alimentação Saudável para crianças menores de 2 anos

### ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Obs.: Ao completar 8 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família, desde que não muito temperada.



**DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE DOIS ANOS**

**COORTE CÁRIE ZERO**

**Autores:**  
Daniel Demétrio Faustino da Silva - Odontólogo  
Maria Lucia Lenz - Médica de Família e Comunidade  
Lena Azeredo de Lima - Nutricionista

Apóio Financeiro: PPSUS/FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul



### DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE DOIS ANOS

- 1 Dê somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- 2 A partir dos 6 meses, introduza de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
- 3 Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) 3 vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
- 4 A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- 5 A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Começar com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
- 6 Ofereça à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- 7 Estimule o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

- 8 Evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Use sal com moderação.
- 9 Cuide da higiene no preparo e manuseio dos alimentos. Garanta o seu armazenamento e conservação adequados.
- 10 Estimule a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

**OFEREÇA:**



**NÃO OFEREÇA:**



**Após os 2 anos de idade:**  
O consumo de guloseimas é permitido, mas com controle de quantidade e horários

## Anexo 8

## Folder educativo 10 Passos Alimentação Saudável para crianças maiores de 2 anos

**OFEREÇA:**

**NÃO OFEREÇA:**

**Após os 2 anos de idade:**  
O consumo de guloseimas é permitido, mas com controle de quantidade e horários

**DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MAIORES DE DOIS ANOS**

**GHC**  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**SUS** **COORTE CÁRIE ZERO** Centro de Pesquisa em Odontologia Social

**Autores:**  
Daniel Demétrio Faustino da Silva - Odontólogo  
María Lucia Lenz - Médica de Família e Comunidade  
Lena Azeredo de Lima - Nutricionista

Apoio Financeiro: PPSUS/FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul

**DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MAIORES DE DOIS ANOS**

- 1 Aumente e varie o consumo de verduras, legumes e ofereça-os em cinco porções diárias. Esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo.
- 2 Ofereça feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana. O feijão é boa fonte de ferro e auxilia na prevenção da anemia. Para variar, pode-se substituir o feijão por lentilha, grão-de-bico ou soja. Para melhorar a absorção do ferro, é importante ingerir suco de limão, laranja ou acerola, que são fontes de vitamina C.
- 3 Alimentos gordurosos devem ser evitados, podendo ser ofertados no máximo uma vez por semana. É melhor optar por alimentos assados, grelhados ou cozidos do que fritos. Retire a gordura da carne, a pele do frango e o couro do peixe. Evite oferecer manteiga, banha de porco e gordura hidrogenada (leia os rótulos dos alimentos). Prefira o azeite de oliva, óleo de canola, de girassol, de milho ou de soja, mas não utilize em excesso.
- 4 Modere o uso de sal. O sal em excesso pode contribuir para o aumento da pressão arterial (hipertensão). Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, linguiça, etc.. Todos contêm muito sal.
- 5 Procure oferecer pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Para os lanches e sobremesas prefira frutas.
- 6 Doce, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar devem ser evitados, podendo ser oferecidos no máximo duas vezes por semana.
- 7 Evite o consumo diário de refrigerantes. A melhor bebida é a água.
- 8 Para que a criança aprecie sua refeição, ela deve comer devagar e mastigar bem os alimentos. Faça das refeições um momento de encontro da família. Não alimente seu filho assistindo à TV, trabalhando ou discutindo.
- 9 Mantenha o peso do seu filho dentro dos limites saudáveis para a idade. Peça para a equipe de saúde anotar no gráfico de crescimento desta caderneta o peso e a altura do seu filho.
- 10 Estimule seu filho para que seja ativo. Saia para caminhar com ele, leve-o para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, fazer algum tipo de esporte. Não deixe seu filho passar muitas horas assistindo à TV, jogando videogame ou brincando no computador.