

O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal*

Mara José TAVARES¹
Roberto VIANNA²
Luiz Fernando Rangel TURA³

Palavras-chave: Promoção de saúde bucal, prevenção, educação em Odontologia.

RESUMO

Pretende por meio de uma revisão da literatura discutida simultaneamente, embasar e conscientizar a classe odontológica em relação ao processo saúde/doença, permeado pelas condições socioeconômicas e culturais, enfatizando o importante papel do cirurgião-dentista como participante ativo na questão de qualidade de vida, observando os verdadeiros conceitos sobre prevenção, promoção e educação de saúde.

INTRODUÇÃO

Até meados da década de 80, a prática odontológica, que era voltada para o cuidado cirúrgico-restaurador, promoveu um ciclo repetitivo de tratamentos, sem conseguir diminuir a prevalência de cárie e doença periodontal em todo o mundo (Tavares, 2000).

O Brasil e inúmeros outros países em desenvolvimento copiaram, durante muito tempo, esse sistema de tratamento hegemonicamente implantado

pelos nações industrializadas (Weyne, 1997a). Porém, devido aos altos custos dessa prática e aos novos conhecimentos científicos e tecnológicos acumulados nas últimas décadas, incluindo epidemiologia, metodologia e técnicas de pesquisa, houve um maior entendimento da etiopatogenia da doença cárie e, conseqüentemente, como evitar ou, pelo menos, reduzir os danos que as suas manifestações clíni-

*Data de recebimento: 26-09-00
Data de aceite: 21-12-00*

* Resumo de parte da dissertação "Aspectos relacionados à promoção de saúde bucal envolvendo o atendimento de crianças e adolescentes" apresentada à FO-UFRJ para obtenção do título de Mestre em Odontopediatria.

¹Mestre em Odontopediatria pela FO-UFRJ.

²Professor adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO-UFRJ.

³Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ.

cas produzem na dentição (Bellini, 1994; Weyne, 1997b; Chaves et al., 1998).

Em virtude disso, acelerou-se na Odontologia a transição de um trabalho centrado em procedimentos mecânicos para um outro, baseado em conhecimentos biológicos, sustentado por evidências científicas, capaz de reconhecer o papel relevante dos fatores psicossociais, tendo em vista cada vez mais o ser humano integral (Bellini, 1994; Weyne, 1997b; Chaves et al., 1998).

Nesse contexto de saúde total, os cirurgiões-dentistas devem estar conscientes dessa realidade e embasados cientificamente para que possam, de forma eficaz, buscar no meio ambiente condições para ajudar a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de condutas dos pacientes e seu núcleo familiar, a fim de controlarem os seus próprios futuros em termos de saúde bucal (Tavares, 2000).

Mediante uma revisão da literatura, objetivou-se resgatar e ressaltar conceitos importantes dentro do processo saúde/doença a fim de ajudar na conscientização e aprendizagem dos cirurgiões-dentistas para que eles possam contribuir positivamente na questão da qualidade de vida dos indivíduos e de seus núcleos familiares.

REVISÃO DA LITERATURA

O Processo Saúde/Doença

Dentro de um conceito clássico, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como "... um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença" (WHO, 1946). Essa é uma definição que apre-

senta um conceito positivo da saúde, considerando-a como um estado suscetível de gradações, pois é possível ter mais ou menos saúde sem estar doente. Tal expressão veio substituir o conceito anteriormente utilizado, que era dominante e negativo, e se baseava somente na mera ausência de uma doença (Chaves, 1986). Sabendo disso, Greenberg (1989) se refere à saúde como qualidade de vida, com funções sociais, mentais, emocionais, espirituais e físicas, e considera que demasiada ênfase é dada à função física em detrimento das outras. Na verdade, ele está enfatizando a visão holística da saúde, pois define bem-estar como um estado positivo que o indivíduo alcança ao abranger cada um desses componentes da saúde e a integração das funções social, mental, emocional, espiritual e física representariam saúde ou doença, podendo um indivíduo estar fisicamente saudável ou doente e, ao mesmo tempo, possuir um alto grau de bem-estar (Vianna, 1996).

No que se refere ao conceito de saúde bucal, Chaves (1986) o define como uma abstração útil que pode ser usada para identificar objetivos parciais em programas de saúde. Porém, saúde é um estado do indivíduo, em sua totalidade, que não pode subsistir como parte de determinados órgãos ou sistemas. Portanto, a saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo.

Deve-se ainda considerar a saúde e a doença não somente como componentes estanques de um sistema binário, do tipo presença/ausência, mas como

um "processo" no qual o ser humano passa por múltiplas situações, que exigem do seu meio interno um trabalho de compensações e adaptações sucessivas, podendo superar ou não tais adversidades, pois isso dependerá de alguns fatores, dentre eles, a resistência imunológica individual e o meio ambiente em que se vive (Rouquaryol, 1988).

Essas concepções gerais não são novas. Desde épocas longínquas, havia, mesmo que empiricamente, uma consciência de que as condições do meio ambiente de determinados grupos influenciavam diretamente o processo saúde/doença. No entanto, somente no final do século XVII e começo do XVIII, os médicos reconheceram a necessidade de discussão e de tornar íntima a articulação entre condições sociais e problemas médicos. Mas foi no século XIX que tais concepções puderam se consolidar e fazer parte da Medicina, agora como uma ciência social (Rosen, 1979).

Condições Socioeconômicas e Culturais

Uma multiplicidade de variáveis ambientais condiciona o surgimento ou não de doenças e influi no ritmo da sua evolução. O desenvolvimento econômico, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e de tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva fazem parte indispensável do processo saúde/doença (Chaves, 1986; Rouquaryol, 1988; Pinto, 2000).

Pode-se dizer ainda que as doenças refletem de várias formas o mundo em que se vive, o

que se faz nele e o que se faz com ele. Como exemplo, podem ser citadas as doenças causadas por deficiências alimentares, como raquitismo e escorbuto, pois informam muito a respeito da dieta, das condições de vida, forma de organização social, condutas e outras características de uma sociedade. O aparecimento de doenças em uma população e em uma época especial não é somente fruto do acaso, trata-se de um fenômeno específico que possui determinada etiologia, incidência, prevalência e mortalidade a serem estudadas de acordo com algumas variáveis, tais como: idade, sexo, classe social, profissão, modo de vida ou outros fatores ligados de uma forma ou de outra à estrutura, cultura e psicologia de uma sociedade ou de um indivíduo (Rosen, 1979).

Logo, a compreensão do processo saúde/doença deve incluir a inserção social do indivíduo, considerando as variáveis sociais e de comportamento, ou como são chamados em estudos de saúde, fatores ou indicadores socioeconômicos e culturais (Sheihan, 1988).

Como não poderia deixar de ser, a Odontologia atual, centrada na idéia do tratamento integral ao indivíduo, tem tentado analisar as doenças bucais, mais especificamente a doença cárie, como processo no qual estão incluídos também aspectos etiológicos pertencentes ao relacionamento homem/ambiente, uma vez que seria retornar no tempo considerar somente os aspectos do hospedeiro (Weyne, 1997a).

Vários trabalhos científicos têm demonstrado que a cárie dental, apesar de ser uma doença predominante em todo o mundo, tende a adquirir maior gravidade

em grupos minoritários, na população de menor poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade (Evans & Darwell, 1993; Moura et al., 1994; Petridou et al., 1996; Chaves et al., 1998; Saito et al., 1999; Mello et al., 1999). Por outro lado, a população de países que oferecem alta qualidade de vida, incluindo melhorias genéricas de educação e condições de moradia, como a Dinamarca, possui baixos índices de cárie (Nadanovsky, 2000).

Recursos Humanos

Quando se deseja elevar o nível de saúde bucal de um indivíduo ou de um grupo, o papel que os recursos humanos exercem é fundamental, devendo para isso estar muito bem preparados, principalmente aqueles que diretamente são responsáveis pela educação e motivação em saúde bucal. Quando se fala em preparação adequada, imagina-se que o profissional de saúde bucal, em especial o cirurgião-dentista, que é considerado pilar essencial de uma estrutura que presta atendimento odontológico, deva ter, além de conhecimentos técnicos, capacidade para sentir e adequar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, científica, socioeconômica e cultural, cuja interação obriga-o a constante evolução como pessoa e como profissional (Chaves, 1986).

Hoje, cada vez mais, há necessidade de cirurgiões-dentistas capazes de ver o paciente integralmente, ou seja, a amplitude de suas responsabilidades deverá abranger, além da saúde bucal, um crescente domínio da saúde geral de cada paciente. Dessa forma, as doenças da boca serão diagnosticadas, prevenidas e

tratadas com o dentista conhecendo toda a história médica, o estilo de vida, características familiares, socioeconômicas e culturais do paciente, bem como outras circunstâncias relevantes e não somente aspectos técnicos específicos. Além disso, é necessário que o novo tipo de cirurgião-dentista seja capaz de integrar-se com os demais profissionais, numa atuação multiprofissional, comunicar-se adequadamente, tomar decisões racionais, exercer liderança nas equipes de trabalho, administrar serviços de saúde e, sobretudo, ser capaz de aprender continuamente (WHO, 1990; WHO, 1992; WHO, 1996; Ito et al., 1998).

Acreditando que os profissionais do século XXI devam ter todas essas qualificações supracitadas, deve-se ainda considerar a importante responsabilidade que eles têm de influenciar atitudes e pensamentos dos pacientes e de seu núcleo familiar, para que possam de maneira efetiva contribuir para a mudança de atitudes em termos de saúde bucal (Koch et al., 1995; Vianna, 1996). No caso da doença cárie, o sucesso de um plano de tratamento que visa a seu controle de progressão, sem tratamento cirúrgico-restaurador, dependerá muito do conhecimento do dentista sobre os conceitos atuais da doença e de como ele transmitirá essas informações em benefício do paciente (Koch et al., 1995).

Prevenção em Saúde

A prevenção das doenças tem sido, de uma forma clássica, exposta em três níveis, abrangendo medidas capazes de interferir na história natural da doença (Leavell & Clark, 1976): a) prevenção primária - engloba os pro-

cedimentos preventivos antes do desenvolvimento de quaisquer sinais da doença e inclui todas as medidas de promoção de saúde e proteção específica contra a doença; b) prevenção secundária - ações orientadas para impedir a progressão e recorrência da doença e inclui o diagnóstico precoce, porém por meio de sinais e sintomas já presentes e o tratamento clínico propriamente dito; c) prevenção terciária - envolve condutas que podem ser colocadas no final do período patológico, a fim de evitar a morte ou perda de função e inclui a reabilitação, reeducação e readaptação das pessoas à sociedade/núcleo familiar, após acidentes ou devido a seqüelas de doenças.

Esses três níveis de prevenção podem ser aplicados, a título de exemplo, no caso da doença cárie. Os métodos de higienização são utilizados para prevenir o ataque inicial (prevenção primária); a utilização do verniz fluoretado sobre uma mancha branca ativa ou a restauração de uma cavidade impedem seu progresso em direção à polpa (prevenção secundária); e as próteses são indicadas para reabilitar um ou mais dentes perdidos (prevenção terciária) (Chaves, 1986; Murray, 1992).

Dessa maneira, para esses dois autores, a prevenção em sentido amplo abrange todas as intervenções em qualquer fase da evolução da doença e quando se tem em mente planejar e implementar programas preventivos de saúde bucal, coletivos ou individuais, essa abordagem deve existir em todas as ações. Entretanto, para Nadanovsky (2000), os níveis secundário e terciário são mais bem definidos

como estratégias de tratamento, constituindo-se em medidas predominantemente paliativas e que devem ser vistas como tal, de acordo com seus próprios méritos.

O conceito de prevenção, do ponto de vista prático, engloba vários componentes que, em conjunto, formam a denominada *filosofia preventiva*. Esses componentes são: considerar o paciente integralmente, mantendo a saúde, ou deter o mais rápido possível o progresso de qualquer enfermidade presente; reabilitar o paciente física, psicológica e socialmente, de modo tal que possa viver e desempenhar suas funções da melhor forma possível; e proporcionar ao paciente oportunidade de adquirir o conhecimento, a competência e a motivação necessários para que possa manter sua saúde bucal, assim como ajudar a conservar a de sua família e a de sua comunidade (Katz et al., 1982).

A prevenção está muito em voga e é considerada palavra-chave em relação à saúde (Kaplan, 1993). Inclui a ação dos profissionais em saúde, mas não só. A estes cabe uma importante parcela da ação preventiva, a decisão técnica, a ação direta e o papel educativo. Na saúde coletiva, o sucesso em termos genéricos, na vertente de promoção de saúde, com vistas a uma sociedade sadia, com qualidade de vida, só parcialmente depende da ação dos especialistas. A prevenção deve anteceder a ação dos especialistas em saúde, ou seja, deve começar na esfera das estruturas políticas e econômicas bem equilibradas, para que então as ações dos profissionais se tornem realmente eficientes (Rouquaryol, 1988).

Promoção de Saúde

Por definição, promoção de saúde, engloba um conjunto de fatores educacionais, organizacionais, econômicos e ambientais que conduzem a um comportamento direcionado para a saúde (Green & Johnson, 1983). Esses fatores não se restringem ao ambiente ambulatorial, mas, ao contrário, devem estar incorporados ao cotidiano, sugerindo as responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como da sociedade e dos indivíduos na sua tentativa de maximizar o estado de saúde (Vianna, 1996). A promoção de saúde deve ser encarada como um trabalho de equipe dentro de uma nova prática de saúde, na qual o biológico se confunde com o social e o cultural, estabelecendo uma simbiose que terá um papel importante, desde a formação dos recursos humanos até o estabelecimento das políticas que nortearão o setor na próxima década (Weyne, 1997b).

A saúde bucal é só uma pequena parte desse todo. Apoiada nesse modelo, a abordagem atual do atendimento odontológico busca o tratamento integral do indivíduo, baseando-se principalmente em medidas preventivas e educativas (Vianna, 1996).

Sabendo que promoção de saúde é uma ação global, visando à melhoria na qualidade de vida das pessoas, todo programa que venha a objetivar promoção e preservação de saúde bucal deverá sempre enfatizar as componentes diretamente ligadas ao indivíduo, como a motivação, a integração, o auto-interesse, a auto-estima e o autocuidado, em que o paciente deixa de ser passivo (paciente) e passa a trabalhar em conjunto com o profissional e a equipe odontológica (Bellini, 1994; Vianna, 1996).

O profissional deve atuar no sentido de fazer com que o paciente assuma sua parcela de responsabilidade e participação ativa em um trabalho conjunto, profissional/paciente. Atenção especial deve ser dispensada àqueles casos em que educação em saúde não faz parte nem da tradição familiar, nem da educação formal (Bellini, 1994). Contudo, é necessário saber a quem se pode ou se deve educar e ter bem claros os limites de influência e as dificuldades do processo educativo (Chaves, 1986). Para isso, é muito importante que as pessoas tenham suas necessidades básicas satisfeitas para que sejam mais facilmente motivadas, consumindo ensinamentos educativos voluntariamente (Chaves, 1986; Pinto, 2000).

Pode-se dizer ainda que o sucesso de procedimentos preventivos depende da disponibilidade, assim como da aceitação e uso pelos indivíduos e núcleo familiar, pelo pessoal de saúde e pelas comunidades. Para se ter certeza de que todo indivíduo será beneficiado com os procedimentos preventivos, é necessário que os esforços promocionais e educacionais sejam eficazes e bem planejados. Para cada procedimento preventivo existe um componente educacional. A educação em saúde, promovendo o melhor grau possível de aceitação pública e profissional, e a utilização de procedimentos preventivos conhecidos são a pedra fundamental desse sucesso. A educação em saúde pode ser especialmente necessária na prevenção de doenças bucais, porque estas são penetrantes e geralmente não apresentam risco de vida (Murray, 1992).

Educação e Motivação em Saúde

Embora educação e promoção tenham conceitos distintos, ambas têm o objetivo supremo que é a saúde melhorada e são ferramentas necessárias de programas para prevenção de doenças. A educação é um componente do processo de promoção da saúde, ajudando a ganhar e manter interesse, fornecendo novas informações e reforçando o conhecimento anterior existente. A promoção de saúde fornece o procedimento preventivo e, ao mesmo tempo, oferece uma oportunidade para educar os indivíduos, as comunidades e outros profissionais de saúde sobre o valor do procedimento introduzido (Murray, 1992).

Pode-se, então, definir educação para a saúde como qualquer combinação de oportunidades de aprendizagem que facilitem as mudanças voluntárias de comportamento que conduzem a condições de saúde melhoradas. A educação é necessária durante a fase inicial e em todos os estágios subsequentes de qualquer procedimento de saúde (Murray, 1992). É pela educação em saúde que se pode conscientizar de forma realística todos aqueles carentes de conhecimentos. Porém, ela não é um remédio milagroso, mas pode, respeitados os seus limites e adaptada a cada situação, ser aplicada e ter utilidade concreta para todas as camadas da sociedade (Pinto, 2000). Além disso, não significa acúmulo de informações, baseando-se somente em um fluxo unidirecional de palavras, imagens e conceitos; significa participação efetiva e dinâmica do educando no processo de aprendizagem, tornando-o capaz de colocar as novas informações adquiridas em prática de maneira rotineira (Katz

et al., 1982).

A educação em saúde bucal também parece não romper a praxe educacional em saúde utilizada no Brasil, há mais de um século. O fundamento básico dessas ações educativas está na crença da modificação do comportamento do indivíduo perante a doença, pela transmissão de informações ditadas pelos organizadores de programas de saúde (Siquara-Da-Rocha, 1993), preocupados somente em transmitir ou depositar informações na cabeça dos educados, impondo-lhes regras que devem ser fixadas, repetidas, sem perceber realmente as origens e conexões delas (Freire & Nogueira, 1991).

Na Odontologia, o grande desafio é obter resultados próximos ao controle total da cárie dental e da gengivite. O profissional, objetivando resolver o problema de saúde bucal de uma comunidade, precisa atuar também em nível de educação, favorecendo a mudança de comportamento do indivíduo, o que resultará em melhor saúde bucal (Chaves, 1986).

Para que se consiga que os pacientes aprendam como adquirir e manter a saúde bucal, não basta explicar-lhes bem as causas das doenças, como evitá-las e exigir que aprendam. É necessário criar a vontade de aprender, despertar a sua atenção, criar neles o necessário interesse que desencadeie a ação (Petry & Pretto, 1997) e isso pode ser realizado por meio de abordagens e medidas de motivação, lançando mão de linguagem específica e métodos atraentes e reais de acordo com a faixa etária e o sistema de significação no qual o indivíduo se insere (Murray, 1992; Siquara-Da-Rocha, 1993). A motivação é um requisito indispen-

sável para aprender (Petry & Pretto, 1997).

A motivação é um processo pessoal, interno, que determina a direção e a intensidade do comportamento humano. A aprendizagem só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras autogeradoras (Goode & Hatt, 1979; Vianna, 1996). Basicamente, as pessoas tomam as suas próprias decisões e fazem o que querem. Na maior parte das vezes, essas decisões estão baseadas nos fatos, conceitos e valores do próprio indivíduo.

Porém, em se tratando de motivação infantil, a motivação dos pais e/ou responsáveis é também muito importante, pois toda iniciativa de automotivação deve partir deles (Vianna, 1996), em especial as mães e gestantes, que têm um papel-chave dentro da família quando a questão é saúde, determinando muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão (Blinkhorn, 1980).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o cirurgião-dentista que deseja se inserir no contexto social como promotor de saúde bucal precisará exercer o seu papel de maneira mais abrangente, ou seja, além de possuir conhecimentos técnicos específicos, deverá levar em consideração todos os aspectos que permeiam o processo saúde/doença, por exemplo, as condições socioeconômicas e culturais do indivíduo e da comunidade com a qual se deseja trabalhar. Acrescido a isso, é fundamental que ele tenha capacidade de adequar-se em um ambiente multiprofissional; comunicar-se de forma eficaz e evoluir constantemente como pessoa e profissional.

Apoiado em verdadeiras bases científicas e em estruturas políticas e econômicas bem equilibradas, o profissional de saúde bucal do próximo século poderá assim, de fato, colocar em prática as suas ações, a fim de ajudar os indivíduos de seu consultório ou de sua comunidade na construção de um futuro melhor em termos de saúde, garantindo-lhes uma parte do grande objetivo de todos, que é a qualidade de vida total.

ABSTRACT

THE DENTIST INSERTED IN THE SOCIAL CONTEXT AS ORAL HEALTH PROMOTER

The aim of this article is to deliver scientific data to aware the dentists of the health/disease process, in addition with social, economic and cultural conditions and human resources, emphasizing the role of the dentists as active participants on the issue of life quality, through discussion of true concepts about prevention, health promotion and education.

Keywords: Oral health promotion, prevention, dentistry education.

REFERÊNCIAS

- 1 BELLINI, H. T. Promoção de saúde bucal. **J. ABOPREV**, ano 5, p. 4-5, jul./set. 1994.
- 2 BLINKHORN, A. S. Factors influencing the transmission of the toothbrushing routine by mothers to their pre-school children. **J. Dent.**, v. 8, n. 4, p. 307-311, 1980.
- 3 CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
- 4 CHAVES, S. C. L.; SANTOS, R. J. P. M.; SOUZA, A. P. M. Determinantes sócio-econômicos

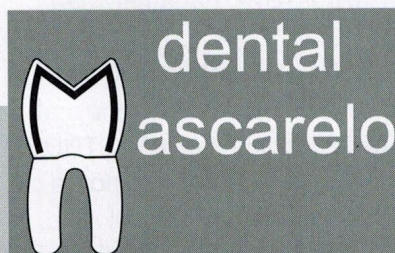
- e a saúde bucal: um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3 e 5 anos na cidade de Salvador – BA (1996). **Rev. ABOPREV: viver em saúde**, v. 1, n. 1, p. 3-8, nov. 1998.
- 5 EVANS, R. W.; DARWEL, B. W. Determinants of variation in dental caries experience in primary teeth of Hong-Kong children aged 6-8 years. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 21, n. 1, p. 1-3, Feb. 1993.
 - 6 FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1991.
 - 7 GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Nacional, 1979.
 - 8 GREENBERG, J. S. **Health education**. Dubuque IA: Brown, 1989.
 - 9 GREEN, L. W.; JOHNSON, K. W. Health education and health promotion. In: MECHANIC, D. **Handbook of health healthcare, and the health professions**. New York: Wiley, 1983. p. 744.
 - 10 ITO, A. M. Y.; IVAMA, A. M.; NUNES, E. F. P. A. Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI. **Olho Mágico**, ano 4, n. 15, p. 12-14, jan./mar. 1998.
 - 11 KAPLAN, R. M. Prevention: the health psychologist. **The official publications of division 38 of the Amer. Psych. Ass.**, v. 15, n. 1, p. 77-90, 1993.
 - 12 KATZ, S.; McDONALD, J. L.; STOOKEY, G. K. **Odontologia preventiva en acción**. 3. ed. Buenos Aires: Panamericana, 1982.
 - 13 KOCH, G.; ARNERG, P.; THYLSTRUP, A. A higiene oral e a cárie dentária. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995, p. 219-230.

- 14 LEAVELL, H. R.; CLARK, E.
G. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach. New York: McGraw Hill, 1976.
- 15 MELLO, V. K. et al. Cárie-dentária e determinantes sócio-econômicos no município do RJ. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPQO, DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR, 16., 1999, Águas de São Pedro. **Anais....** Águas de São Pedro: [s.n.], 1999.
- 16 MOURA, M. S. et al. Prevalência de cárie dentária em escolares de diferentes níveis sócio-econômicos. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPQO, DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR, 11., 1994, Águas de São Pedro. **Anais....** Águas de São Pedro: [s.n.], 1994.
- 17 MURRAY, J. J. **Bases para a prevenção de doenças bucais.** São Paulo: Ed. Santos, 1992.
- 18 NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. p. 341-351.
- 19 PETRIDOU, E. et al. Sociodemographic and dietary factors in relation to dental health among Greek adolescents. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 24, n. 4, Oct. 1996.
- 20 PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. et al. **ABOPREV: promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 363-370.
- 21 PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
- 22 ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 23 ROUQUARYOL, Z. M. **Epidemiologia e saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.
- 24 SAITO, S. K.; DECCICO, H. M. U.; SANTOS, M. N. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. **Rev. Odontol. USP**, v. 13, n. 1, p. 5-11, jan./mar. 1999.
- 25 SHEIHAN, A. Integração dos cuidados dentários nos cuidados de saúde gerais. **Saúde Mundo.** Genebra, 1988. p. 28-29.
- 26 SIQUARA-DA-ROCHA, M. C. B. **Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal – Gestantes do Distrito Docente Assistencial Barra/Rio Vermelho – Município de Salvador-BA.** 1993. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
- 27 TAVARES, M. J. **Aspectos relacionados à promoção de saúde bucal envolvendo o atendimento de crianças e adolescentes.** 2000. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 28 VIANNA, R. B. C. **A utilização do fio dental e suas perspectivas como auxiliar na promoção de saúde oral.** 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 29 WEYNE, S. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. et al. **ABOPREV: promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997a. p.1-26.
- 30 WEYNE, S. Prefácio. In: KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria.** São Paulo: Artes Médicas, 1997b.
- 31 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Geneva, 1946. v. 3.
- 32 _____. **Educational imperatives for oral health personnel: change or decay?** Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1990. WHO Technical Report Series, 794.
- 33 _____. **Recent advances in oral health.** Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1992. WHO Technical Report Series, 826.
- 34 _____. **Doctors for Health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all.** Geneva, 1996. WHO/HRH/96.1.

Correspondência para / Reprint requests to:

Mara José Tavares

R. Dr. Eurico de Aguiar, 130 - s/1110 Ed. Blue Chip - Praia do Canto - Vitória - ES. 29055-280. Tel.(27) 3345-2088 / 9960-5230 - e-mail: mjtavares98@yahoo.com.



**NÃO FIQUE COM O SORRISO AMARELO
VENHA PARA A DENTAL MASCARELO**
Produtos e Equipamentos Odontológicos de
Qualidade para o seu Consultório

BREVE EM VITORIA