

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

Dissertação

**EFETIVIDADE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA PREVENÇÃO DA
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA**

BEATRIZ CARRICONDE COLVARA

Porto Alegre, março de 2018.

BEATRIZ CARRICONDE COLVARA

Dissertação

EFETIVIDADE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA PREVENÇÃO DA
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre, março de 2018.

CIP - Catalogação na Publicação

Colvara, Beatriz Carriconde

Efetividade da entrevista motivacional na prevenção da cárie precoce da infância / Beatriz Carriconde Colvara. -- 2018.

103 f.

Orientador: Roger Keller Celeste.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Entrevista motivacional. 2. Cárie precoce da infância. 3. Saúde bucal. 4. Atenção primária à saúde. 5. Ensaio clínico. I. Celeste, Roger Keller, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos começam muito antes de eu pensar em fazer parte desse projeto. Em 2010, quando esse sonho ainda era um embrião do doutorado do Daniel, eu, bixo da FO-UFRGS, recém começava a construir minha graduação. Me envolvi desde cedo com pesquisa, mas minhas tarefas eram restritas ao laboratório de microbiologia. A todos que fizeram parte dos meus anos de iniciação científica, anos de muito aprendizado e que com certeza contribuíram muito para a bagagem que eu levei para o mestrado, ficam aqui meus agradecimentos. Também a todos que fizeram parte desse projeto muito antes de eu sequer imaginar que hoje estaria aqui defendendo esses resultados, meus mais sinceros agradecimentos.

Acredito que além destes que muito se empenharam para colocar em prática esse estudo, um grande agradecimento deve ser feito a todas as famílias e todos os profissionais das Unidades de Saúde que disponibilizaram seu tempo e paciência para que esses dados pudessem existir.

Agradeço também meu orientador, Roger, sua disponibilidade e paciência que sem dúvidas o fazem um porto seguro de orientação. Obrigada por acreditar em mim, incentivar e instigar as mais diversas dúvidas. Te agradeço muito todo conhecimento compartilhado nesses dois anos, e por sempre ter deixado a sala aberta e o relógio solto para as longas horas de orientação.

Aos meus professores, Juliana e Fernando, o compartilhar de seus conhecimentos, a amizade carinhosa e principalmente terem aberto todas as portas para mim e terem feito eu me sentir totalmente acolhida pela Odontologia Social da FO-UFRGS.

Ao Daniel, que me inseriu inteiramente dentro desse projeto, confiou em mim, apostou e incentivou a todo momento. Não cabe em palavras o aprendizado que tive contigo, vai muito além do que o mundo acadêmico comporta. Tua delicadeza na orientação, disponibilidade, amizade e empatia te fazem uma pessoa completamente diferenciada.

Aos meus inicialmente colegas da pós-graduação, mas hoje amigos, que fizeram essa jornada muito mais divertida, completa e bem acompanhada. Aos

bolsistas com quem tive o privilégio de trabalhar na coleta de dados, vocês são pessoas muito especiais. Aos meus amigos de sempre, que preenchem minha vida e sempre me acrescentam tanto.

A minha amada família que sempre está comigo, em especial meus pais, Maria Eduarda e Fernando, que mesmo muitas vezes sem entenderem na totalidade minhas escolhas me apoiaram incondicionalmente e me deram todo suporte necessário para que esse caminho pudesse ser trilhado.

A escrita desses agradecimentos me faz refletir quão privilegiada eu sou por todas as pessoas que me cercam e por todos que cruzaram meu caminho nesse processo. Agradeço de coração a todos esses. Nada seria possível sem os meus ao meu lado.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que acreditam na comunicação e na empatia como ferramentas de mudança do mundo.

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”*

Prelúdio – Raul Seixas

RESUMO

Cárie Precoce da Infância (CPI) é uma doença prevalente de etiologia complexa, que pode afetar a qualidade de vida da criança acometida. A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem para mudança de comportamento que encoraja os pacientes a tomarem suas próprias decisões e que tem demonstrado ser efetiva na prevenção de CPI. O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade da EM na prevenção de CPI em comparação com a Educação Convencional em Saúde (EC) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Esse foi um ensaio comunitário randomizado por *cluster* com grupos paralelos. Doze Unidades de Saúde do sul do Brasil foram alocadas aleatoriamente em dois grupos de seis, e os profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB), cirurgiões-dentistas (CD) e técnicos em saúde bucal (TSB), de um dos grupos receberam treinamento para EM, enquanto os profissionais do grupo EC não receberam nenhum treinamento. As mães/crianças e os examinadores externos foram cegados para a intervenção. Os dados foram coletados por examinadores calibrados através de um questionário socioeconômico e de um exame clínico com utilização dos critérios do *International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)*, o qual foi transformado em índice de superfícies cariadas, com extração indicada ou obturados por cárie (ceo-s) modificado para inclusão de lesões de cárie não cavitadas. Das 674 crianças nascidas no território de abrangência no ano 2013, 469 receberam a intervenção (224 do grupo EC, 245 do grupo EM) e 320 foram examinadas ao final do estudo (145 no grupo EC, 175 no grupo EM), com um acompanhamento final de 68%. A média do ceo-s para a amostra total no final do estudo foi de 1,34 (IC95% 0,97-1,71). A taxa de cárie por 100 superfície-ano no grupo EC foi 1,74 (IC95%: 1,14-2,34) e no grupo EM foi 0,92 (IC95% 0,63-1,20). Para corrigir o efeito do *cluster* e as variáveis desbalanceadas, foi realizada uma regressão multinível de Poisson e o efeito da EM foi IRR= 0,40 (IC95%: 0,21-0,79). Uma abordagem baseada nos princípios da EM foi mais efetiva na redução de superfícies afetadas pela CPI quando comparado com a EC.

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

ABSTRACT

Early childhood caries (ECC) is a prevalent and complex disease, which can affect the quality of life. Motivational interviewing (MI) is an approach to change behavior that encourages patients to make their own decisions and has been shown to be effective in preventing ECC. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of MI in preventing ECC in comparison to conventional oral health education (EC) in the context of primary healthcare (PHC). This was a community-based randomized cluster trial with parallel groups. Twelve Health Care Services in southern Brazil were randomly allocated in two groups of six, and professionals of the Oral Health Team (OHT), dental surgeons (DS) and dental hygienists (DH), in one group were trained in MI, while the professionals in the EC group received no training. The mothers/children and external examiners were blinded to the intervention. The data were collected by calibrated examiners using socioeconomic questionnaire and a clinical examination based on the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) criteria and transformed into decayed, missing, and filled surfaces (dmfs) modified for inclusion of non-cavitated caries lesions. Of the 674 children born in the catchment area in the year 2013, 469 received the intervention (224 in the CE group, 245 in the MI group) and 320 were examined by the end of the study (145 in the CE group, 175 in the MI group), with final follow-up of 68%. Mean dmfs at the end of the study period for the whole sample was 1.34 (95%CI: 0.97-1.71). The caries rate per 100 surface-year in the CE group was 1.74 (95%CI: 1.14-2.34) and in the MI group it was 0.92 (95%CI 0.63-1.20). To correct clustering effect and unbalanced factors, multilevel Poisson regression was fitted and the effect of MI was IRR= 0.40 (95%CI: 0.21-0.79). An approach based on the principles of MI was more effective in reducing the number of surfaces affected by ECC when compared to CE.

Keywords: Motivational Interviewing, Early Childhood Caries, Oral Health, Primary Healthcare, Clinical Trial.

APRESENTAÇÃO

A dissertação está organizada em três seções principais:

- I) Introdução, Revisão de Literatura, Objetivo e Metodologia;
- II) Manuscrito, em formato para a revista *The Journal of Pediatrics*;
- III) Considerações Finais.

LISTA DE ABREVIATURAS

AEM	Adaptações de Entrevista Motivacional
APS	Atenção Primária à Saúde
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada ou obturados por cárie
ceo-s	Índice de superfícies de dentes decíduos cariadas, com extração indicada ou obturadas por cárie
CPI	Cárie Precoce da infância
CSI	Cárie Severa da Infância
EM	Entrevista Motivacional
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
ICDAS	International Caries Detection and Assessment System
IRR	Incidence rate ratio
OR	Odds ratio
SB-Brasil	Levantamento Nacional de Saúde Bucal do Brasil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. Educação em Saúde	18
2.1.1. Modelo de Educação em Saúde Convencional	18
2.1.2. Educação Dialógica	20
2.1.3. Educação Popular em Saúde	21
2.1.4. Educação em Saúde, qual seu locus?	22
2.2. Entrevista Motivacional	23
2.2.1. Entrevista Motivacional em diferentes comportamentos de saúde	28
2.2.2. Entrevista Motivacional e Saúde Bucal	30
3. OBJETIVO	36
4. METODOLOGIA	37
4.1. Desenho do estudo	37
4.2. Amostra e população	37
4.3. Randomização	38
4.4. Intervenção	38
4.5. Instrumentos e desfechos	40
4.6. Exame clínico e calibração	40
4.7. Cegamento	41
4.8. Análise estatística	41
4.9. Aspectos éticos	42
4.10. Registro	42
4.11. Financiamento	42
5. MANUSCRITO	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXO A	75
ANEXO B	93
APÊNDICE A	94

APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	98
APÊNDICE D	101
APÊNDICE E	102

1. INTRODUÇÃO

Segundo o último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil, 53,4% das crianças de cinco anos apresentaram alguma experiência de cárie. Na população entre 35 e 44 anos esse percentual foi de 99,1%. Aos 12 anos de idade, mais da metade das crianças tinham buscado o serviço odontológico na última vez por dor, extração ou tratamento, enquanto 38,3% buscaram por prevenção ou para revisão (BRASIL, 2012). De que forma a odontologia tem lidado com uma doença tão expressiva e que apresenta consequências mutiladoras?

De característica multifatorial, tanto cárie quanto Cárie Precoce da Infância (CPI) são doenças que se relacionam com consumo de açúcar, higiene oral e dependem dos comportamentos cotidianos dos indivíduos para seu desenvolvimento (SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007). Esses comportamentos individuais não podem ser avaliados de forma isolada e sim inseridos em um contexto geral que os influencia. Como exemplo disso, há por parte da indústria alimentícia o incentivo para adoção de hábitos alimentares baseados em alimentos ricos em açúcar, com pouquíssimo valor nutricional e que não acrescentam benefício algum à saúde de quem os consome (THOMSON, 2018). De um lado existem investimentos milionários na manutenção de hábitos não saudáveis, no consumo de alimentos ultra processados ricos em açúcares e na difusão midiática de uma odontologia que prima pela estética. De outro lado está uma classe profissional que não foi ensinada a trabalhar mudança de comportamento.

A forma como os profissionais de saúde lidam com as mudanças de comportamentos deletérios é uma questão problemática. Os autores Rollnick, Miller e Butler (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009, prefácio) atentam para esse ponto da formação dos profissionais da saúde:

Todos os dias, atendem a pacientes cuja saúde melhoraria muito com uma mudança comportamental. [...] Eles raramente têm formação e preparo para promover mudanças comportamentais relacionadas com a saúde, e muitas vezes têm apenas alguns minutos para fazê-lo com cada paciente, diante de muitos outros imperativos clínicos.

Negar o papel do profissional nas mudanças de comportamento é negar a integralidade da atuação profissional. Ainda no livro anteriormente citado, os autores relatam uma frase proferida por um profissional da saúde: “Não sou conselheiro. Eu diagnostico e trato condições médicas” (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009, prefácio). Essa é uma conduta frequente dos profissionais das áreas médicas. Ela demonstra uma dissociação do todo, uma exclusão da existência de um sujeito singular portador de tal condição e uma conexão com a condição médica, com a patologia e não com o indivíduo e suas experiências de vida.

Nesse contexto, a Entrevista Motivacional (EM) surge como uma abordagem alternativa a forma tradicional de fazer saúde. Ela contrasta com a verticalização do saber proveniente de uma cultura pedagógica que alimenta essa forma de atuação. EM é uma abordagem breve, que tem se mostrado eficaz quando utilizada em diferentes desfechos de saúde que se beneficiam de mudanças de comportamento (LUNDAHL et al., 2013, 2010; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014), incluindo os desfechos de saúde bucal (GAO et al., 2013; KOPP et al., 2017).

O desenvolvimento de habilidades que andem na contramão da abordagem tecnicista e fragmentada pode ajudar os estudantes e os profissionais a melhorarem questões de relacionamento com os pacientes, ajudando a desenvolver uma comunicação mais efetiva e melhorando a construção do vínculo. Além disso, o ensino de abordagens desse tipo em etapas iniciais do currículo pode conscientizar os estudantes sobre a importância da promoção de mudanças de comportamento (BROWN et al., 2004).

Em um estudo que avaliou o ensino da EM em uma faculdade de medicina dos Estados Unidos, os estudantes perceberam na EM um tópico importante e se sentiram mais confiantes para fazerem abordagens relacionadas a mudanças de comportamento para pacientes tabagistas (WHITE; GAZEWOOD; MOUNSEY, 2007). Apesar disso, esse mesmo estudo revelou que os alunos ainda poderiam melhorar em áreas como a demonstração de empatia, evocação das razões do paciente para realizar a mudança e apoio a autonomia do paciente. Essas são habilidades fundamentais para o uso de EM e é importante atentar para essas dificuldades

dos profissionais, pois parece ser muito mais fácil a adaptação a um conjunto de técnicas bem descritas e com aplicações definidas do que atuar na singularidade do indivíduo. EM é uma abordagem simples, o que não significa que seja fácil. É necessário treino e uma mudança genuína de postura profissional (MILLER; ROLLNICK, 2009).

Por mais bem-intencionados que sejam os profissionais, existe uma sociedade acostumada a um modelo prescritivo, vertical e hierárquico que não permite autonomia ao paciente dentro do seu processo saúde-doença. Da mesma forma, existem pacientes que estão acostumados com sua falta de poder de decisão e com não serem corresponsáveis nem pela saúde nem pela doença. Nesse sentido, abordagens como a EM têm sido estudadas na tentativa de testar programas educativos e preventivos que atuem de forma diferente da convencional e que promovam modificações positivas e duradouras na saúde dos indivíduos. Até o momento, a maioria dos estudos foram realizados na América do Norte e na Europa e é de interesse que essa abordagem seja testada em outras realidades, como a brasileira, que possui um serviço de saúde de acesso universal, em um contexto de Atenção Primária à Saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura abordará assuntos relacionados à Educação em Saúde, como os modelos convencional, dialógico e popular, além de contextualizar o local de inserção da Educação em Saúde em uma perspectiva mais global da saúde. Também será apresentada uma descrição a respeito da Entrevista Motivacional, e as pesquisas já desenvolvidas sobre sua utilização em desfechos de saúde geral e também de saúde bucal.

2.1. Educação em Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), Educação em Saúde *“is any combination of learning experiences designed to help individuals and communities improve their health, by increasing their knowledge or influencing their attitudes.”*¹. Ela tem como prioridade a prevenção, induzindo que a prática dos profissionais de saúde vá para além da assistência curativa (ALVES, 2005). O objetivo final é melhorar a qualidade de vida do indivíduo através do repensar das suas práticas e conhecimentos de saúde.

Diversos modelos visam a Educação em Saúde, todos apresentam esse objetivo de modificar os hábitos dos indivíduos e da coletividade como forma de promover atitudes mais favoráveis. Contudo, as formas de realizar isso são as mais variadas. Nesse sentido, nos próximos tópicos serão abordados alguns modelos de Educação em Saúde e uma breve contextualização sobre a inserção da Educação em Saúde na Promoção da Saúde.

2.1.1. Modelo de Educação em Saúde Convencional

A Educação em Saúde Convencional, também conhecida como tradicional, se relaciona em muitos pontos com o modelo da educação tradicional, que foi chamado por Paulo Freire, em seu livro *Pedagogia do*

¹é qualquer combinação de experiências de aprendizagem projetadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorarem sua saúde, por aumentarem seus conhecimentos ou influenciarem suas atitudes. (WORLD HEALTH ORGANIATION, 2018)

Oprimido (2015), de “bancário”. Esse modelo é assim denominado, pois a função do educando é a de receber depósitos, guarda-los e arquivá-los. O educador é o único detentor do conhecimento, que fica responsável por fornecer-lo para abastecer os depósitos dos educandos. Estes são agentes passivos, visto que: 1) não sabem, pois quem detém o conhecimento é o educador; 2) não participam da escolha do conteúdo programático, atribuição unicamente do educador; 3) não prescrevem, dado que quem opta e prescreve é o educador.

A exemplo desse modelo de educação, a Educação em Saúde Convencional tem como forte característica a atuação prescritiva, onde o profissional da saúde é o único detentor de conhecimento e se coloca em posse de uma saúde que é, apesar disso, um processo do paciente. O conhecimento do outro não é levado em consideração, pois parte-se do pressuposto que o único conhecimento existente é o do profissional. Assim como na visão da educação “bancária”, é como se o profissional de saúde doasse seu conhecimento a quem nada sabe.

Historicamente, existe uma ligação desse modelo com o controle de doenças infectocontagiosas no Brasil do começo do século XX. Para controlar certas patologias, utilizava-se esse modelo, juntamente com uso da força e imposição, com o intuito de manter a população ativa e preservar a produção agroexportadora (MACIEL, 2009). Propagava-se a ideia de que os problemas de saúde se reduziam a dimensão individual, e que eles se resolveriam através de atitudes individuais que se adequassem as normas de higiene (ALVES, 2005).

A redução dos problemas ao nível de escolha do indivíduo está presente comumente nesse modelo de Educação em Saúde através da culpabilização. Esta prática consiste em atribuir responsabilidade individual para uma questão que é de origem coletiva (VALLA, 1992). Assim, não se leva em consideração condições de trabalho e vida, como se todos os desfechos de saúde fossem influenciados única e exclusivamente pela escolha individual. Além disso, a questão da culpabilização pode encobrir incapacidades do próprio sistema. Um exemplo disso, segundo Valla (VALLA, 1992, p. 37), é culpabilizar as crianças pela incapacidade de aprender na escola “encobrendo, dessa forma, os gastos necessários para uma escola de tempo integral e formação mais apurada dos

professores”. Apesar dos pontos críticos a respeito desse modelo tradicional de educação, ele pode ser útil quando aplicado em capacitações com grande número de participantes e que não tenham foco na mudança de práticas (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010) (Quadro 1).

2.1.2. Educação Dialógica

Baseado no diálogo, esse modelo entende como fundamental a participação de educadores e educandos na construção do saber. Ele parte da ideia de que existe uma constante construção, sendo o homem um ser inconcluso, e que educar e ser educado fazem parte do curso de educandos e educadores (FREIRE, 2015). Há um processo participativo de diálogo entre os saberes, pois se considera que ambos o possuem. Todos atuam por igual, mesmo que os papéis sejam diferentes (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Para Briceño-León (1996), as perspectivas tanto dos agentes de saúde, quanto da comunidade, são igualmente legítimas e válidas.

Esse modelo pode ser denominado também de radical, pois ele rompe com as práticas tradicionais, além de estimular a autonomia e defender o importante papel do indivíduo no controle social (MACIEL, 2009). Ele é baseado na ideia de construção coletiva, tornando o paciente capacitado e corresponsável para a tomada de decisão frente ao seu processo saúde-doença (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Porém capacitá-lo não significa fornecer conhecimento passivamente, mas sim transformar seu saber já existente a partir da interação com o profissional da saúde, o qual também tem seus saberes modificados por esse encontro.

O modelo dialógico é capaz de promover uma ação educativa humanizada, uma vez que se aproxima da realidade dos usuários. Dessa forma, esse modelo ainda é capaz de fortalecer a confiança que os usuários têm no serviço de saúde (ALVES, 2005). A aplicação dele fica dificultada pela falta de capacitação dos profissionais para atuarem baseados nesse modelo (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). O quadro 1 mostra uma comparação entre o modelo tradicional e o modelo dialógico de Educação em Saúde.

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
Concepções Educação Bancária; Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; Cabeça bem-cheia; Educandos: depósitos de conteúdos, são objetos do educador; Não há estímulo para criação; Seres passivos; Educação verticalizada; Considera-se a realidade do educador; Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; Proporciona menor autonomia ao educando.	Concepções Educação Problematicadora; Construção de conhecimentos e competências; Cabeça bem-feita; Educandos: portadores de um saber, objeto de uma ação educativa e sujeito da própria educação; Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; Seres ativos; Educação baseada no diálogo; Considera-se a realidade do educando; Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; Proporciona maior autonomia ao educando.
Vantagens Proporciona à população o conhecimento produzido cientificamente; Amplia informações e conhecimentos já existentes; Produz aquisição de conhecimento.	Vantagens Construção coletiva do conhecimento; Proporciona ao educando visão crítica e reflexiva da realidade; Capacita o educando para tomada de decisões.
Desvantagens Formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações; Não aplicação à realidade dos conteúdos ensinados; Relação assimétrica entre educador e educando.	Desvantagens Falta de conhecimento e capacitação de profissionais para aplicação deste modelo.
Aplicação Projetos e capacitações de abrangência nacional; Grupos com alto número de participantes; Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática.	Aplicação Projetos e capacitações de abrangência comunitária; Grupos com menor número de participantes; Atitudes de promoção de saúde; Finalidade de produzir autonomia no indivíduo.

Fonte: FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010

Quadro 1: Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de Educação.

2.1.3. Educação Popular em Saúde

A Educação Popular em Saúde teve início na década de 70 e, assim como o modelo dialógico, está pautada na existência de diálogo, na troca de saberes e na não verticalização das relações. Nesse caso especificamente, a troca de saberes envolve o reconhecimento de um saber popular. Esse modelo de educação surge de uma ruptura com as práticas tradicionais de educação e atua como um modo de crítica social, dando visibilidade a grupos até então invisíveis (BRASIL, 2007). Segundo informação encontrada no Caderno de Educação Popular e Saúde, a Educação Popular é “[...] um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população.”, reorientando, dessa forma, a prática do serviço e favorecendo a busca por autonomia, solidariedade, justiça e equidade (BRASIL, 2007, p. 22).

Paulo Freire foi o primeiro a escrever sobre a Educação Popular, mas não foi o único a construir essa ideia. Esse modelo surgiu a partir de um movimento de diversos intelectuais latino-americanos (BRASIL, 2007). Para Freire (2015), no entanto, não estaria essa liderança revolucionária pensando

certo se pensasse sem as massas, ou para as massas. A única forma certa de pensar seria fazendo isso juntamente com as massas. Pensar sem elas é transforma-las em depósitos de conteúdo, conforme o que ocorre no modelo “bancário”, e exercer a dominação, pois é de interesse do dominador que as massas não pensem.

Na época em que esse modelo teve início, os profissionais que se aproximaram da periferia, das classes populares e dos movimentos sociais reorientaram suas práticas para atuarem na realidade de saúde encontrada nesses grupos (ALVES, 2005). Com intuito de aumentar a autonomia e valorizar o saber popular, a Educação Popular prima por uma sociedade mais justa, e se aproxima em muitos pontos da Educação Dialógica, ambas se complementando (MACIEL, 2009).

2.1.4. Educação em Saúde, qual seu *locus*?

Diferentemente dos modelos de Educação em Saúde, pensar Promoção em Saúde é levar em consideração a responsabilidade sobre a saúde de outros setores que não só o setor saúde. A ideia é que se veja além da visão fragmentária, considerando também outros aspectos determinantes do processo saúde-doença, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, e etc (BRASIL, 2010). Além de se pensar o papel do indivíduo e da coletividade, passou-se a perceber que são também necessários à saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Ottawa no ano de 1986, e produziu um importante documento que sintetiza essa nova forma de lidar com a saúde. São cinco os campos de atuação da Promoção da Saúde listados nessa carta. O primeiro deles é construção de políticas públicas saudáveis, o segundo é o reforço da ação comunitária, o terceiro é o desenvolvimento de habilidades pessoas, o quarto a reorientação dos serviços de saúde e o quinto é que se esteja voltado para o futuro (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A Educação em Saúde faz parte do desenvolvimento de habilidades pessoas e está associado com a ideia de que as pessoas devem ser capacitadas para terem controle sobre a própria saúde. Além disso, entende-se que legislação, medidas fiscais, conservação dos recursos naturais, o poder das comunidades, e todos os diversos pontos que constroem esses cinco campos, são a essência para a reorganização do serviço. Assim, fica evidente que o setor saúde não tem condições de dar conta sozinho dos problemas de saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). No dia 30 de março de 2006 foi aprovada, no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde. Ela crê na Promoção da Saúde como uma forma de produção de saúde, visto que ela é capaz de se articula com as demais políticas e responder às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

2.2. Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem utilizada para mudanças de comportamentos em saúde que surgiu primeiramente na prática. Posteriormente, ela foi teorizada a partir da especificação dos processos observados na atuação de seu idealizador. Em 1983, William R. Miller publicou a primeira descrição das estratégias e conceitos que constituem a EM, onde ele relata que foi na prática clínica do seu trabalho com alcoolistas, e a partir dos questionamentos feitos por um grupo de psicólogos noruegueses, que uma abordagem que antes ele realizava intuitivamente começou a tomar forma dando origem a EM. Na época da publicação desse primeiro artigo, a EM ainda não havia sido comparada com outros métodos para mudança de comportamento, mas Miller deixou claro que essa era uma abordagem “*consistent with basic and well established principles of motivation and social psychology*”² (MILLER, 1983, p. 153). Ele também sugeriu que era uma abordagem que poderia ser pensada para aplicação em outras áreas de mudança de comportamento, além dos comportamentos aditivos.

A EM busca a resolução da ambivalência, que é um estágio conflitante onde a manutenção e a mudança do hábito deletério são consideradas. A

²consistente com os princípios básicos e bem estabelecidos de motivação e psicologia social (MILLER, 1983, p. 153)

ambivalência é parte do processo natural de mudança e não deve ser entendida como patológica nem contraproducente. O profissional deve agir de forma que estimule os pacientes a pensarem sobre a mudança necessária, através do aumento da motivação intrínseca, e a se desenvolverem em direção a mudança (MARKLAND et al., 2005; MILLER, 1983; MILLER; ROLLNICK, 2001). A EM é considerada um método diretivo por apresentar um objetivo definido, uma direção consciente e estratégica, que é a resolução da ambivalência (ROLLNICK; MILLER, 1995). Inicialmente, o papel do profissional pode parecer passivo, porém Miller (1983) defende que é parte importante do trabalho evitar que os fatores que levam o paciente a manter o comportamento se equilibrem aos fatores que levam o paciente a mudança. O profissional tem que conduzir o paciente a desequilibrar o processo em favor da mudança de comportamento, ainda que seja tarefa do paciente, e não do profissional, resolver a ambivalência (ROLLNICK; MILLER, 1995).

Há um esforço notável por parte de Miller para que se entenda a motivação não como um traço de personalidade que determina os indivíduos como pessoas motivadas ou desmotivadas, mas sim que se trata de um processo interpessoal que envolve tanto pacientes, quanto terapeutas e determinantes ambientais (MILLER, 1983, 1985). Pacientes que se mostram contrários a visão do profissional e não cumprem com o que é prescrito pelo mesmo acabam sendo rotulados como desmotivados, ou como pacientes em negação (MILLER, 1985).

A negação de um comportamento deletério é um fenômeno que ocorre quando o paciente discorda dos posicionamentos do profissional, e é usado para justificar a falta de motivação, apesar de, assim como a motivação, não constituir uma característica estável da personalidade das pessoas (MILLER, 1994). Tal resistência nada mais é do que o lado da ambivalência que busca a manutenção do status quo (MILLER; ROLLNICK, 2001). Miller (1985) defende que afirmações sobre pacientes estarem em negação apontam para uma diferença de percepções, quando terapeuta e paciente apresentam visões diferentes sobre a mesma realidade. Isso porque não existe uma personalidade que caracterize pacientes com comportamentos aditivos. Dessa forma, certos profissionais entendem seus pacientes como estando em negação quando os mesmos discordam do quadro e diagnóstico apontados por eles.

A caracterização dos pacientes pela sua motivação, mais especificamente pela falta dela, acaba aumentando o julgamento e a responsabilização pela falha do tratamento (MILLER, 1985), visto que por inúmeras vezes a falta de envolvimento dos indivíduos com o tratamento é atribuída à personalidade dos mesmos, ao fato de serem pessoas desmotivadas e em negação, enquanto que o sucesso frequentemente é atribuído às qualidades do programa do qual participam e não às características e qualidades dos próprios indivíduos (MILLER, 1983). Todavia, a falta de motivação deveria ser um desafio para o profissional e para o programa e não uma forma de culpabilizar os pacientes (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Em alguns casos, a negação é uma forma de os pacientes afirmarem sua liberdade pessoal, uma vez que a persuasão acaba sendo ferramenta corriqueira dos profissionais ao tentarem induzir aceitação de diagnósticos e adesão a prescrições específicas. A tendência do indivíduo ao se ver pressionado a uma coisa é argumentar em favor de outra possibilidade, diferentemente de quando ele sente que fez uma escolha de forma livre (MILLER; ROLLNICK, 2001). O resultado disso é um confronto, onde profissional e paciente argumentam em prol de lados diferentes. Nessa busca pelo convencimento, os profissionais acabam sugerindo alternativas irreais para seus pacientes, supondo valores, contextos e princípios que não se aplicam a vida do indivíduo (MILLER; ROLLNICK, 2001). Essa postura destoa completamente do que se propõem a EM em termos de relação profissional-paciente, que considera o estabelecimento de uma relação de parceria e o reconhecimento da liberdade de escolha do indivíduo (MILLER, 1996; ROLLNICK; MILLER, 1995).

Paciente-centrada ou cliente-centrada, essa é uma abordagem que preza pelo entendimento do problema por parte do paciente, pela elaboração de possibilidades e estratégias que se conectem com o entendimento pessoal sobre a situação vivida. É o paciente que vai ditar o que, como e quando fazer. Assumir uma postura prescritiva, e até mesmo autoritária, vai contra o fato de que o paciente é o único capaz de executar a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2001; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008). Conforme se desenrola essa situação, mais distante de uma conversa sobre mudança profissional e

paciente estarão. A conversa sobre mudança é tópico muito importante para Miller e Stephen Rollnick, que veio a ser parceiro de Miller na definição e difusão da EM. Ambos argumentam da importância de se perceber quando ela ocorre, captando os argumentos para a mudança expressados pelo paciente, reforçando-os e valorizando essas manifestações. Esses argumentos podem aparecer, por exemplo, através da exteriorização de desejos e necessidades, como quando os pacientes manifestam que necessitam/gostariam de mudar um hábito deletério (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008).

Como forma de auxiliar na exploração e resolução da ambivalência e caminhar na direção da mudança de comportamento, algumas estratégias são adotadas. Uma delas é o uso de perguntas abertas, possibilitando ao paciente se expressar livremente e trazer as informações que lhe parecem pertinentes. Outra é a chamada escuta reflexiva, que é uma forma ativa de escuta, onde se reflete ao paciente pontos estratégicos e interessantes em direção a mudança. Uma terceira estratégia são afirmações, como reforços positivos, que mantém o paciente em movimento e estimulam a esperança e a autoestima. Finalmente, há os resumos periódicos, que são úteis para mostrar atenção ao que foi trazido pelo paciente e reforçar os pontos importantes que apareceram em favor da mudança. Na EM, o profissional mais ouve seu paciente do que fala (FIGLIE, NELIANA BUZI, GUIMARÃES, 2014; MILLER, 1983; MILLER; ROLLNICK, 2001b).

Deslocar as estratégias do espírito de parceria e compaixão e dos princípios de escutar com empatia e explorar as motivações do paciente não constituirá uma atuação baseada em EM. Um artigo publicado em 1995 por Miller e Rollnick trata de um esclarecimento acerca da definição de EM, além de trabalharem o espírito da abordagem e a diferença entre ela e outros métodos com os quais a EM vinha sendo confundida. Nota-se que com o passar do tempo a EM seguiu sendo confundida com outras ideias e abordagens, de forma que em 2009 os autores publicaram novo artigo sobre dez coisas que EM não é. Em especial, nos dois artigos os autores se dedicam a falar sobre o fato de EM não ser uma técnica e sim um estilo interpessoal diferente do aconselhamento tradicionalmente empregado. Por mais que EM possua uma forma de abordar os pacientes baseado em estratégias treináveis pelos profissionais, os autores expressam uma preocupação com relação aos

profissionais que se focam excessivamente nas estratégias e se desagregam do espírito base dessa forma de fazer saúde (MILLER; ROLLNICK, 2009; ROLLNICK; MILLER, 1995).

É restrita a literatura que aborda os mecanismos envolvidos na eficácia da EM, e não é clara a relação destes com os resultados encontrados nos ensaios clínicos (BURKE; ARKOWITZ; MENCHOLA, 2003; DUNN; DEROO; RIVARA, 2001; ROLLNICK; MILLER, 1995). Testar hipóteses que confirmassem a teoria não foi o principal interesse dos idealizadores dessa abordagem (MILLER; ROLLNICK, 2012), mas são necessários esforços e investimentos para esclarecer os fatores que moderam os efeitos dessa intervenção (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005), dadas as variedades nos resultados que os ensaios clínicos têm produzido.

Ainda é uma dúvida como conversa sobre mudança, empatia do terapeuta e mudança de comportamento se relacionam. Se a expressão da intenção de mudar é prelúdio ou não da mudança de comportamento, também não está claro (MILLER; ROSE, 2009). É importante que tais pontos sejam investigados, pois as razões para o insucesso de alguns ensaios clínicos são variadas, incluindo desde frequência da aplicação da intervenção e tempo de duração das sessões, até diferenças na severidade dos desfechos. Há inclusive um estudo que questiona se haveria a necessidade de padronização da intervenção para diferentes populações (ISMAIL et al., 2011). Mas não é justamente esse o intuito da intervenção, ser uma abordagem que naturalmente vá ao encontro a necessidade específica de cada indivíduo e seu contexto? Ainda não se sabe se a efetividade da EM é influenciada apenas pela forma como a abordagem é ensinada e aplicada, por uma especificação da condição clínica, pelo estágio do processo de mudança do paciente ou se existe uma interligação entre todos esses pontos. Torna-se um obstáculo para a difusão da abordagem as variedades de resultados nos ensaios clínicos, e principalmente a justificativa para tal parecer tão incerta.

O desenvolvimento da discrepância já foi levantado como o ponto crucial para a efetividade da EM (MILLER, 1983, 1996). Tornar as pessoas conscientes da diferença entre o comportamento atual e suas crenças, atitudes e sentimentos pode ser o ponto chave para que a mudança ocorra. É importante pensar que na verdade tal inconsistência sempre esteve presente

(MILLER, 1994), o papel do profissional é torna-la consciente. É a partir do entendimento, da motivação e dos valores do indivíduo que a modificação pode acontecer de forma duradoura (MARKLAND et al., 2005; MILLER, 1994). Para Miller (1994, p. 119), “*unless there are such values more important to the person than continuing the target behavior, motivational interviewing will be to no avail.*”³. Daí por diante cabe ao profissional auxiliar na decisão dos caminhos possíveis para a concretização da mudança, pois pode ser prejudicial desenvolver a discrepância sem auxiliar os pacientes na criação das alternativas eficazes para realizar a mudança de comportamento em si (MILLER, 1996).

2.2.1. Entrevista Motivacional em diferentes comportamentos de saúde

Desde 1983, quando o primeiro artigo descrevendo EM foi publicado, diversos grupos têm buscado comprovar a efetividade da abordagem não só em relação aos comportamentos de uso de álcool e outras drogas, como ela foi pensada inicialmente. Em 1997, Noonan e Moyers realizaram uma revisão onde avaliaram onze ensaios clínicos disponíveis no momento. Todos trabalhavam a questão do uso de substâncias (álcool, maconha e opiáceos), sendo que nove artigos se dedicaram ao uso abusivo de álcool. Nove dos onze estudos incluídos apoiaram a eficácia da EM para mudanças relacionadas a comportamentos aditivos.

As revisões de literatura e meta-análises que vieram na sequência seguiram demonstrando que a literatura converge para efeitos positivos da EM quando empregada como abordagem para redução do consumo de álcool e drogas (DUNN; DEROO; RIVARA, 2001; HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005). A EM se mostrou promissora no tratamento de comportamentos aditivos, com tamanho de efeito maior em populações de minorias étnicas (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005). Contudo, sua eficácia na cessação do tabagismo só foi verificada recentemente (LUNDAHL et al., 2013). EM parece ser útil especialmente ao melhorar a entrada e o envolvimento dos pacientes com o tratamento e também despende de menos tempo que os tratamentos de

³a menos que tais valores sejam mais importantes para a pessoa do que continuar o comportamento alvo, a Entrevista Motivacional será inútil. (MILLER, 1994, p. 119)

comparação dos estudos analisados (DUNN; DEROO; RIVARA, 2001). Sendo assim, a abordagem parece ser uma alternativa rentável, mesmo quando seus efeitos se equivalem ao tratamento comparação (BURKE; ARKOWITZ; MENCHOLA, 2003; LUNDAHL et al., 2010).

Além dos efeitos positivos para mudanças que beneficiam pacientes com comportamentos aditivos, a intervenção também teve efeito significativo no índice de massa corporal, na redução do colesterol total, na pressão arterial sistólica, na perda de peso e na prática de atividade física (RUBAK et al., 2005). Quando receberam intervenção baseada em EM, 75% dos participantes de todos os 119 estudos incluídos em uma meta-análise tiveram alguma melhora nos desfechos avaliados (LUNDAHL et al., 2010). Também quando os estudos foram realizados na realidade da Atenção Primária a Saúde (APS), EM foi considerada uma intervenção eficaz, sendo os maiores efeitos em estudos que avaliaram perda de peso, pressão arterial e uso de substâncias (VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

A literatura sobre o uso de EM em condições relacionadas à saúde bucal ainda é escassa. A saúde bucal só foi incluída em uma revisão sistemática ao lado de outros desfechos de saúde no ano de 2013 (LUNDAHL et al., 2013), sendo que o primeiro estudo que avaliou a efetividade da EM em desfechos de saúde bucal foi realizado no ano de 1996 (STEWART et al., 1996). A relação da saúde bucal com a EM vai ser abordada em detalhes no tópico seguinte.

Frente a grande variabilidade de efeitos entre os estudos, há uma necessidade de identificação dos fatores que influenciam a eficácia da EM (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005). Burke et al. (2003), ao realizarem a busca para sua revisão sistemática, basearam-se em estudos que utilizaram o que os autores chamaram de Adaptações de Entrevista Motivacional (AEM), visto que até a data da publicação praticamente nenhum estudo havia utilizado a abordagem de EM na sua forma pura. Esse termo AEM foi utilizado para designar abordagens que contaram com o uso de feedback, que incorporaram técnicas não motivacionais, mas mantiveram a abordagem baseada em EM como central do tratamento, ou abordagens que foram adaptadas para o uso por não especialistas. Raramente EM foi empregada sozinha, geralmente ela foi combinada com o uso de feedback, ou com outras formas de tratamento

(educação em saúde, manuais de autoajuda, prevenção de recaídas, terapia cognitiva, entre outros) (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005).

2.2.2. Entrevista Motivacional e Saúde Bucal

Sabendo da importância do componente comportamental no desenvolvimento das principais doenças bucais, é de fundamental relevância que cirurgiões-dentistas se concentrem em como abordar as mudanças de comportamento com os pacientes. Cárie e doença periodontal são doenças crônicas intimamente relacionadas com os hábitos diários dos indivíduos e extremamente prevalentes na população. Segundo o levantamento SBBrasil 2010, crianças com cinco anos apresentaram ceo-d médio de 2,43, sendo que nessa idade menos da metade (46,6%) das crianças brasileiras apresentaram a dentição decídua livre de cárie. Um a cada cinco adultos de 35 a 44 anos apresentou bolsas periodontais, e 90,1% dos brasileiros na faixa etária de 65 a 74 anos apresentaram perda de inserção de 12 mm ou mais (BRASIL, 2012).

Tanto cárie quanto doença periodontal dependem do acúmulo de biofilme para sua ocorrência, e, apesar da relação com outros diversos fatores, se beneficiam de programas preventivos que estimulam um alto padrão de higiene bucal (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004). Cárie é uma doença multifatorial, sendo que esses fatores podem ter diversas fontes. Sua ocorrência é influenciada não só pela presença de micro-organismos cariogênicos e carboidratos fermentáveis, mas também por questões como renda e nível socioeconômico (PITTS et al., 2017; SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007).

Da mesma forma, a Cárie Precoce da Infância (CPI) apresenta etiologia complexa que correlaciona diversos fatores. Sua presença pode afetar a qualidade de vida da criança acometida, sendo que a dor que a doença causa pode ter um impacto importante no estado emocional da criança e afetar a execução das atividades habituais (ANIL; ANAND, 2017). CPI é definida pela *American Academy of Pediatric Dentistry* como presença de uma ou mais superfícies cariadas, não necessariamente cavitadas, perdidas por cárie ou restauradas em qualquer dente decíduo em criança com até 71 meses. Já a Cárie Severa da Infância (CSI) se manifesta através das seguintes situações:

a) crianças com menos de 3 anos de idade com cárie em superfície lisa, b) crianças entre 3 e 5 anos com uma ou mais superfícies cariadas, perdidas por cárie ou restauradas, sendo essas em dentes anteriores superiores, c) 4 ou mais superfícies cariadas, perdidas por cárie ou restauradas em crianças de até 3 anos, 5 ou mais superfícies nas mesmas condições em crianças de até 4 anos, ou 6 ou mais superfícies em crianças de até 5 anos de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008). Em virtude da sua prevalência e severidade, a prevenção da CPI deve ser uma preocupação de saúde pública (CONGIU; CAMPUS; LUGLIÈ, 2014). Muito se sabe atualmente sobre os fatores biológicos e a patogênese dessa doença (ANIL; ANAND, 2017; GUSSY et al., 2006) e é necessário que, da mesma forma e com igual atenção, os componentes comportamentais sejam analisados e abordados.

Dentre as abordagens atualmente conhecidas para mudanças de comportamento em saúde, EM vem se mostrando uma promissora alternativa. Gao et al. (2013) publicaram a primeira revisão sistemática sobre EM e saúde bucal, que incluiu importantes ensaios clínicos randomizados acerca do tema. Essa revisão comparou a Educação em Saúde Convencional, baseada no aconselhamento normativo, com EM na melhoria da saúde bucal. Os trabalhos incluídos (16 artigos de 20 trabalhos) se concentraram em saúde periodontal e medidas de higiene bucal, CPI, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas e adesão ao tratamento.

Os efeitos da EM na saúde periodontal são descritos para diferentes condições. Uma é a melhora na autoeficácia de uso diário de fio dental e limpeza interdental (STEWART et al., 1996; WOELBER et al., 2016), estando a autoeficácia descrita como um importante preditor de sucesso das abordagens (BANDURA, 1977). Outra é a redução nos índices de placa em avaliação de curto período (1 mês de acompanhamento) (GODARD; DUFOUR; JEANNE, 2011), e também em acompanhamentos de 8 e 12 meses (ALMOMANI et al., 2009; JÖNSSON et al., 2009). Igualmente, a redução do sangramento gengival foi reportada (JÖNSSON et al., 2009, 2010; LALIC et al., 2012). Contudo, há evidências na literatura de resultados não significativos para medidas clínicas, de conhecimento e motivação (BRAND et al., 2013; STENMAN et al., 2012; WOELBER et al., 2016). Tais resultados negativos podem ser atribuídos a

pequenos tamanhos amostrais, estágio de tratamento e também por quem foi o responsável pela intervenção.

É também dentro da periodontia o primeiro estudo que avaliou a custo-efetividade dessa intervenção. Quando os custos da intervenção foram comparados com os custos de um programa de educação padrão, conclui-se que o custo incremental por caso de tratamento periodontal bem sucedido pode ser considerado baixo, reforçando que é preferível o uso da intervenção baseada em EM (JÖNSSON et al., 2012). Em 2015, Riedy et al. também relataram acréscimo nos custos de uma abordagem baseada em EM e que ela não levou a maior atendimento dentário em gestantes e crianças até 18 meses. Porém, ainda é escassa a literatura que avalia se a EM é capaz de aumentar a aderência ao tratamento.

Similarmente é escassa e controversa a literatura em relação a efetividade de abordagens baseadas em EM no consumo de álcool, drogas e na cessação do tabagismo no que tange a saúde bucal. Parece haver influência dessa abordagem na redução do tabagismo em jovens (HEDMAN; ULLA; GABRE, 2010), assim como na redução do consumo de drogas, especialmente nos indivíduos que foram considerados com maior dependência e nos que se apresentaram mais conscientes do problema (SHETTY et al., 2011). Mas, diferentemente do que tem sido reportado desde o início das pesquisas do uso de EM com alcoolistas, há controvérsia nas evidências encontradas na área da odontologia. Pacientes recrutados em serviços de traumatologia facial, que tiveram suas lesões faciais relacionadas ao consumo de álcool e drogas, apresentaram redução do consumo de álcool em um estudo (GOODALL et al., 2008), mas esse resultado não foi positivo em outro (SHETTY et al., 2011). Contudo, seria precoce afirmar que EM não é efetiva na redução desses comportamentos deletérios. Ainda são necessários mais trabalhos para que se tenha conclusões mais assertivas.

O Quadro 2 resume os achados da literatura que avaliaram a efetividade da EM na redução de CPI e na modificação de conhecimentos e atitudes dos cuidadores de crianças em idade pré-escolar. EM foi efetiva na modificação de alguns comportamentos, como: aumento na frequência de escovação dentária, redução no compartilhamento de utensílios (FREUDENTHAL; BOWEN, 2010) e verificação de lesões iniciais de cárie pelas mães das crianças (ISMAIL et al.,

2011). Os conhecimentos relativos a quantidade de creme dental necessária e momento para oferecer alimentos e bebidas doces às crianças também foram modificados pela intervenção (NAIDU; NUNN; IRWIN, 2015).

Em relação aos desfechos que avaliaram medidas clínicas, apesar de não ter havido resultado significativo em alguns estudos (ISMAIL et al., 2011; MOHAMMADI; HAJIZAMANI; BOZORGMEHR, 2015), outros demonstraram redução nas superfícies cariadas e taxas de cárie (HARRISON et al., 2007; WEINSTEIN; HARRISON; BENTON, 2004, 2006), redução na placa e no sangramento gengival (MOHAMMADI; HAJIZAMANI; BOZORGMEHR, 2015; SAENGTIPBOVORN, 2017), mais aplicações preventivas de verniz de flúor (HARRISON et al., 2007) e menor extensão e gravidade da cárie em um estudo que verificou uma redução das lesões com envolvimento de dentina e polpa (HARRISON; VERONNEAU; LEROUX, 2012). A EM parece ser uma importante alternativa para pensar mudanças de comportamento que resultam na prevenção da CPI (ALBINO; TIWARI, 2016).

Até o momento, quatro revisões sistemáticas foram realizadas acerca da abordagem e seus resultados para desfechos de saúde bucal, mas ainda nenhuma meta-análise foi publicada. A revisão sistemática publicada mais recentemente incluiu estudos que não se relacionam com o tema e parece ter confundido certos conceitos chave a respeito de EM (COLVARA et al., 2017) (Apêndice A). Todos os estudos incluídos nas demais revisões disponíveis (CASCAES et al., 2014; GAO et al., 2013; KOPP et al., 2017) foram realizados em países da América do Norte e da Europa. As buscas mais recentes na literatura já mostram uma modificação desse quadro, visto que foram encontrados estudos realizados no Irã, em Trinidad e Tobago e na Tailândia. As populações analisadas são bem variadas, incluindo populações vulneráveis, como indígenas, afro-americanos e imigrantes sul-asiáticos. As populações brasileira e latino-americana também apresentam maior vulnerabilidade quando comparadas as de países com melhor condição socioeconômica, e se faz necessário avaliar como a intervenção se comporta no contexto dessas populações (COLVARA; FAUSTINO-SILVA, 2017) (Apêndice B).

Autor/Ano/Local	Número de sessões de EM (Tempo de duração das sessões)	Grupo de comparação	Tempo de acompanhamento	N inicial/Taxa de resposta	Principais achados
Freudenthal et al. 2010 EUA	1 sessão (20-30') + 2 telefonemas	Mães do grupo controle não receberam educação convencional, pois o programa não dispunha de educação em saúde bucal. Panfletos estavam disponíveis.	4 semanas	72/94%	Aumento na frequência de escovação (p= 0,001), redução do uso de utensílios compartilhados (p= 0,03).
Harrison et al. 2007 Canadá	1 sessão (45') + 6 telefonemas + 2 cartões postais	Educação convencional em saúde.	2 anos	240/85%	Menor ceo-s no grupo teste (p= 0,001), taxa de cárie 46% menor no grupo teste (HR= 0.54; IC95% 0.35-0.84), maior número de aplicações de verniz de flúor (p= 0,001).
Harrison et al. 2012 Canadá	1 sessão na gestação Até 6 sessões pós-parto (Não informado)	Folhetos educacionais.	30 meses	272/88%	Menos cárie de dentina/polpa no grupo EM (p= 0,04; 35% grupo teste vs. 60% grupo controle), efeito maior para 4 ou mais sessões de EM.
Ismail et al. 2011 EUA	1 sessão (45') + 1 telefonema	DVD educacional e lista de recomendações sobre saúde bucal infantil.	2 anos	1021/58%	Cuidadores do grupo EM checaram com mais frequência existência de "pré cavidades", não significativo (p> 0,05) para novas lesões de cárie.
Mohammadi et al. 2015 Irã	1 sessão (45') + 6 telefonemas + 2 cartões postais	Programa de educação convencional em saúde.	6 meses	222/92%	Tanto a educação convencional quanto a baseada em EM reduziram índices de sangramento gengival e placa, porém maior

					redução ocorreu no grupo teste.
Naidu et al. 2015 Trinidad e Tobago	1 sessão em grupo (Não informado) + 2 telefonemas	Conversa em grupo sobre cuidados de saúde bucal infantil e folheto de reforço das informações.	4 meses	79/52%	Melhores conhecimentos sobre quantidade de creme dental, posição da escovação supervisionada, verniz de flúor e momento mais seguro para oferecer alimentos e bebidas açucaradas.
Saengtipbovorn 2017* Tailândia	1 sessão (15') + 2 sessões reforço (10')	Exame clínico, instrução de higiene bucal, aplicação de flúor em crianças com lesão de mancha branca.	6 meses	214/91%	Índice de placa menor aos 3 ($p < 0,001$) e aos 6 meses ($p < 0,001$), e menor incidência de cárie no grupo EM (IRR= 0,55; IC95% 0,38- 0,78, em lesões cavitadas e não cavitadas e IRR= 0,49; IC95% 0,33-0,72 em lesões cavitadas apenas) aos 6 meses.
Weinstein et al. 2004 Canadá	1 sessão (45') + 4 telefonemas + 2 cartões postais	Panfleto educacional e vídeo.	1 ano	240/(Não informado)	Menos superfícies cariadas no grupo EM 0,71 vs. 1,91 superfícies cariadas no grupo controle ($p < 0,01$).
Weinstein et al. 2006 Canadá	1 sessão (45') + 4 telefonemas + 2 cartões postais	Panfleto educacional e vídeo.	1 ano	240/85%	Menor chance de desenvolver cárie no grupo EM (OR= 0.35, IC95% 0,15-0,83). Incidência de 35,2% no grupo EM e 52% no grupo controle ($p < 0,02$).

*Avaliou a eficácia da EM e da Avaliação de Risco de Cárie sem atribuir o resultado final inteiramente a EM, inteiramente a Avaliação de Risco de Cárie ou a combinação de ambos. EM: Entrevista Motivacional, CPI: Cárie Precoce a Infância

Quadro 2: ensaios clínicos randomizados que avaliaram o efeito da EM na prevenção de CPI e na mudança de comportamentos de cuidadores de crianças em idade pré-escolar

3. OBJETIVO

Avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional (EM), em comparação com a Educação em Saúde Convencional (EC), na Prevenção de Cárie Precoce da Infância (CPI).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Ensaio comunitário randomizado, duplo cego, com grupos paralelos, realizado entre os anos de 2012 e 2017 no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Esse serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) é vinculado ao Ministério da Saúde (MS), conta com doze Unidades de Saúde (US) e atende uma população de aproximadamente 105 mil pessoas na zona norte do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O ensaio está aninhado a uma coorte (Coorte Cárie Zero) de acompanhamento da saúde bucal dessa mesma população.

4.2. Amostra e população

O cálculo amostral por conglomerado necessita correções no tamanho amostral, visto a complexidade do processo (COCHRAN, 1977). Essa tarefa pode ser simplificada com o uso de uma média chamada de efeito de desenho, ou deff (KISH, 1965). O deff pode ser definido como:

$$\text{deff} = 1 + \rho(B-1), \text{ onde:}$$

ρ : coeficiente de correlação intra-classe para o desfecho, para medir a auto correlação entre os indivíduos dentro de um mesmo conglomerado.

B: raiz do tamanho médio do conglomerado (para conglomerado de tamanhos variáveis).

Utilizamos duas bases de cálculo amostral, uma em termos de incidência e outra baseada em média de ceo-s. Considerando-se uma incidência de 42,7% no grupo controle e 29,1% no grupo Entrevista Motivacional ao longo de dois anos (FELDENS et al., 2010), e supondo uma correlação intra-classe aproximada de 5% (PRIESNITZ et al., 2016), com 30% de perdas, seria necessário um mínimo de 598 crianças (299 em cada grupo) para obter 5% de significância (alfa) com um poder do teste de 80% (beta).

Considerando-se um *ceo-s* médio 1,91 (desvio-padrão 4,8) no grupo controle e 0,71 (desvio-padrão 2,8) no grupo Entrevista Motivacional ao longo de dois anos (WEINSTEIN; HARRISON; BENTON, 2004), e supondo uma correlação intra-classe aproximado de 5% (PRIESNITZ et al., 2016), com 30% de perdas, seria necessário um mínimo de 514 crianças (257 em cada grupo) para obter 5% de significância (alfa) com poder do teste de 80% (beta).

Nossa amostra ficou acima do mínimo, pois convidamos a participar do estudo todas as crianças nascidas no território de abrangência do SSC/GHC.

4.3. Randomização

Para evitar contaminação entre as intervenções, optou-se pela randomização por *cluster*, que se deu através de uma tabela de números aleatórios gerada em computador. Seis das doze US do SSC/GHC foram sorteadas para o grupo Entrevista Motivacional (EM) e as demais para o grupo Educação Convencional em Saúde Bucal (EC). Os participantes pertencentes a cada uma das US foram automaticamente atribuídos a um dos grupos assim que a US foi sorteada. Através dessa randomização por *cluster* se evitou contaminação tanto entre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB), quanto entre os pacientes, dado que estes só podem consultar na US referência do território onde residem, com a ESB que ali presta atendimento.

4.4. Intervenção

No grupo EM, os profissionais cirurgiões-dentistas (CD) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) que compõem as ESB das seis 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, 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 Elisabeth Meyer, membro da equipe do estudo, capacitada com treinamento em Albuquerque (EUA) com William Miller e Theresa Moyers, e com larga experiência na realização de oficinas em EM para diferentes profissionais da área da saúde.

Antes e após o treinamento foram aplicados aos CD e TSB três instrumentos utilizados para avaliação do treinamento da EM: Régua Importância e Confiança (MILLER; ROLLNICK, 2002), entrevista dialogada (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009) e Questionário de Resposta Útil (MILLER; HEDRICK; ORLOFSKY, 1991). Após o treinamento, no Questionário de Resposta Útil houve diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis, sugerindo que os profissionais treinados 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 do treinamento ($ES = 2,00$). Com isso, pode-se considerar os profissionais habilitados a atuar dentro do espírito e das técnicas básicas da Entrevista Motivacional.

A saúde bucal foi incluída na Ação Programática da Criança do SSC/GHC no ano de 2010, a qual 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 CPI (LUVISON; BAVARESCO, 2009; SCHWENDLER et al., 2014). Ambas abordagens, EM e EC, fizeram parte dessa ação programática, visto que as consultas de intervenção ocorreram no primeiro ano de vida das crianças como rotina normal do serviço. O diferencial foi que os profissionais do grupo EM foram capacitados através de treinamento para atuarem com base nos princípios e espírito da EM. Os profissionais de ambos grupos seguiram as orientações do protocolo do serviço (Anexo A) e os profissionais do grupo EC não receberam nenhum tipo de treinamento.

4.5. Instrumentos e desfechos

Um questionário padronizado foi realizado com o responsável pela criança para obtenção dos dados de sexo, idade, renda, escolaridade, composição familiar, e outros (Apêndice C). Para fins de análises, os rendimentos mensais da família foram transformados em renda equivalente (CELESTE; BASTOS, 2013). Os dados de raça, número de consultas e data da primeira consulta com o dentista da US, foram extraídos do sistema de informações do SSC/GHC.

O exame clínico de cárie foi registrado através dos critérios do ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*) (ISMAIL; SOHN; TELLEZ, 2007; SHOAIB et al., 2009) (Apêndice D) que para fins de análises foi transformado no índice ceo-d, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), modificado.

4.6. Exame clínico e calibração

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2014 e maio de 2017 por um grupo de dezessete 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; MARCENES; SHEIHAM, 2002; GRADELLA et al., 2007; PIOVESAN et al., 2013). Os resultados da calibração foram analisados em dois momentos ao longo do estudo. Em março de 2014 o coeficiente Kappa ponderado teve valores médios intraexaminador de 0,83 (variando de 0,79 a 0,91) e inter-examinador 0,81 (variando de 0,75 a 0,86), e em dezembro de 2016 o valor médio intraexaminador foi de 0,83 (variando de 0,70 a 0,93) e inter-examinador 0,70 (variando de 0,60 a 0,76).

Quando foi possível o agendamento das crianças nos espaços físicos das US, os exames clínicos foram realizados nos consultórios odontológicos, sob luz do refletor do equipo, com o uso de sonda e de espelho odontológico, após deplacagem com escova dental e secagem das superfícies dentais com

ar comprimido por três segundos. As crianças impossibilitadas de comparecerem na US foram avaliadas no domicílio ou nas creches onde passavam o turno nas condições possíveis para um estudo pragmático. Nessas situações, os examinadores estavam munidos de luz de cabeça, odontoscópio, sonda, gaze e escovas de dente para deplacagem.

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 através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de referência da respectiva US.

4.7. Cegamento

O ensaio comunitário apresentou duplo cegamento, uma vez que os sujeitos expostos (crianças/mães) e os examinadores externos não sabiam a que grupo pertenciam as crianças avaliadas. Em nenhum momento das consultas odontológicas programáticas as mães ou responsáveis foram informados sobre participarem de um ou outro grupo, assim como os examinadores não possuíam informação sobre a que grupo a US pertencia.

4.8. Análise estatística

As análises descritivas foram baseadas nos comandos *survey* para dar conta do efeito de *cluster* da amostragem. USs foram consideradas como primeiro estágio da amostragem e as probabilidades foram corrigidos para uma população finita. Com tal procedimento, foram apresentadas as probabilidades ponderadas. 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).

4.9. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob número de CEP: 13-063 e CAAE: nº 15015013.0.0000.5530 (Anexo B), 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 (Apêndice E) autorizando a participação no estudo. Todas as necessidades de tratamento identificadas foram encaminhadas às próprias US do SSC/GHC que as crianças e famílias estavam vinculadas.

4.10. Registro

O estudo foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-ReBEC (RBR-8fvwxq) e no ClinicalTrial.gov (NCT02578966).

4.11. 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 1145-2551/13-2, Brasil.

5. MANUSCRITO

Effectiveness of Motivational Interviewing in preventing Early Childhood Caries in Primary Health Care: a community-based randomized cluster trial

Short title: Motivational interviewing in preventing Early Childhood Caries

Keywords: Dental Caries, Preventive Dentistry, Oral Health, Primary Healthcare, Behavior, Clinical Trial.

Beatriz Carriconde Colvara¹, Daniel Demétrio Faustino-Silva², Elisabeth Meyer³, Fernando Neves Hugo¹, Juliana Balbinot Hilgert^{1,4}, Roger Keller Celeste^{1,2}

1 – Graduate Program in Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

2 - Graduate program in Assessment Technology for the National Health System (SUS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brazil

3 - Graduate Health Sciences Program, Cardiology Institute (IC/FUC), Porto Alegre, Brazil

4 – Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

Corresponding author:

Beatriz Carriconde Colvara

Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Rua Ramiro Barcelos 2492 - 3º andar - CEP 90035-003

Porto Alegre – RS/Brasil

Phone: 55(051) 3308-5015.

E-mail: beatrizccolvara@gmail.com

Funding: Grupo Hospitalar Conceição (GHC), National Council for Scientific and Technological Development (CNPq - 486316/2011-4), and the Research Support Foundation for the State of Rio Grande do Sul (FAPERGS - 1145-2551/13-2), Brazil.

Acknowledgments: RKC and JBH received a PQ-2 CNPq Fellowship. Beatriz Carriconde Colvara received financial support from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, CAPES-Brazil. The authors report that there are no conflicts of interest.

Abstract

Objective: To assess the effectiveness of Motivational Interviewing (MI) in preventing Early childhood caries (ECC) compared to conventional oral health education (CE).

Study design: Twelve Health care units in southern Brazil were randomly allocated in two groups of six and professionals in one group were trained in MI. The mothers/children and external examiners were blinded to the intervention. The data were collected by calibrated examiners using questionnaires and a clinical examination based on modified International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) criteria. Of the 674 children born in the catchment area in the year 2013, 469 received the intervention (224 in the CE group, 245 in the MI group) and 320 were examined by the end of the study (145 in the CE group, 175 in the MI group), with mean age of 30 months. The final follow-up was 68%, after three years.

Results: Mean of decayed, missing, and filled surfaces (dmfs) at the end of the study period for the whole sample was 1.34 (95%CI: 0.97-1.71). The caries rate per 100 surface-year in the CE group was 1.74 (95%CI: 1.14-2.34) and in the MI group it was 0.92 (95%CI 0.63-1.20). To correct for clustering effect and unbalanced factors, multilevel Poisson regression was fitted and the effect of MI was IRR= 0.40 (95%CI: 0.21-0.79).

Conclusion: An intervention based on the principles of MI style was more effective in reducing the number of surfaces affected by ECC when compared to CE intervention.

Trial registration: [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02578966) NCT02578966, Brazilian Registry of Clinical Trials RBR-8fvwxq.

Abbreviations:

MI Motivational Interviewing

ECC Early Childhood Caries

CE Conventional oral health Education

HCU Health Care Units

ICDAS International Caries Detection and Assessment System

dmfs decayed, missing, and filled surfaces

Introduction

Early childhood caries (ECC) is still highly prevalent and severe (1,2). To prevent a multifactorial disease, many contexts must be considered. For example, access to relevant information can alter the level of knowledge, but it is often not sufficient to change harmful behavior (3,4). Motivational Interviewing (MI) is a strategy aimed at changing behavior based on the premise that the reasons to do so are individual and subjective (5). In this patient-centered approach, patients are responsible for making the choices among the different alternatives, and encouraged to make their own decisions (5,6). Although it was initially developed to aid in the treatment of problem drinkers, MI has emerged as an alternative to address a series of undesirable behaviors, such as unhealthy eating habits, lack of physical activity and smoking (7–9).

Different areas within the field of dentistry have sought to harness the benefits of MI style in treatments that require a change in habits. Motivational interviewing has shown different degrees of effect in preventing ECC in clinical trials involving pregnant women and mothers of young children. While some studies indicate that it can prompt behavioral changes (10), reduce the severity

of carious lesions (11) and decrease the number of decayed teeth (12,13), others found no clinical effect (10). These differences cannot be explained by methodological differences alone. Although the number of MI sessions may provide a partial explanation, contextual factors that affect the incidence of new lesions may also be relevant. Those studies addressed different populations, namely indigenous Canadians, African-Americans and Asian immigrants. To our knowledge, there is no study in the Brazilian and Latin American context, and also not adopting MI in a for a population-based sample. Thus, the aim of this study was to assess the effectiveness of MI, compared to conventional oral health education (CE), in preventing ECC in a public health service.

Methods

Study design and blinding

This was a double-blind randomized community-based trial with parallel groups, whereby children/mothers and external examiners did not know to which intervention the children's mothers had received. The project was approved by the GHC Research Ethics Committee (protocol no. 13-063 and CAAE no. 15015013.0.0000.5530). The protocol remained unchanged throughout the study. The trial was registered in ClinicalTrial.gov (NCT02578966) and in Brazilian Registry of Clinical Trials - ReBEC (RBR-8fvwxq).

Population and sample

The population consisted of children born in 2013 and their mothers (N=674) who resided in the area covered by the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição. This is a Primary Health Care Service composed

of 12 Health Care Units (HCU) that attend part of the population of Porto Alegre, southern municipality of Brazil. Of the 674 children born in 2013, 469 who had at least one dental visit in their first year of life were included, 224 in the CE group and 245 in the MI group. The dental visit was performed by the oral health team, comprising dental surgeons and dental hygienists. In the follow-up, 145 children from the CE and 175 from the MI group were evaluated for a total of 320 children, that is, 68% of the sample (Figure 1).

The sample was calculated considering an ECC incidence of 42.7% among controls and 29.1% in the motivational group over two years (14). Assuming an approximate intraclass correlation of 5% (15) and losses of 30%, a minimum of 599 children (299 in each group) would be needed to obtain 5% significance (α) with statistical power of 80% (β). The final sample size was smaller but consisted of a census of all children born in the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição catchment area.

Randomization

The unit of randomization was the HCU, characterizing a randomization by cluster. The randomization was performed by one of the study authors using a computer-generated table of random numbers. Of the 12 Health Care Units, 6 were randomized to the MI group and 6 were randomized to the CE group. As a result of this, the oral health team and mothers/children registered at each HCU were assigned to the groups of their local service.

This randomization strategy prevented contamination among professionals working in the same service. Patients, can only seek treatment at the HCU where they are registered.

Motivational Interviewing and Conventional Education

The Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição's oral health protocol stipulates that children should undergo at least one dental visit in the first year of life to provide parents or caregivers with information on preventing ECC (18,19). This is considered a conventional oral health education approach. In the MI group, the same recommendations were given based on the spirit and techniques learned in MI training. The dental visits of both groups lasted from 20 to 40 minutes.

In addition to the conventional protocol of the service, oral health team from the 6 HCU drawn for the MI group received intensive training to ensure active learning of the basic principles of MI in two four-hour sessions in 2012. The training was carried out by a qualified professional experienced in MI (16,17). The principles of motivation, methods and strategies of MI have been developed through a combination of dialogue, case studies, video, dramatization and exercises in pairs and small groups. Before and after the training, three instruments were used to evaluate the training of MI, which allowed us to consider the professionals qualified to act within the spirit and basic techniques of the MI. An annual reinforcement was done with the professionals to maintain the skills learned.

Instruments and outcomes

A standardized questionnaire was applied to the mother or legal caregiver of the child to obtain the following data: sex, age, income, schooling level and family composition. Information on dentist appointments, such as number of dental visits and date of first appointment with an HCU dentist, were obtained from the Grupo Hospitalar Conceição electronic records. For analysis

purposes, monthly household earnings were converted into equivalent income (20).

The clinical caries examination was based on ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) criteria (21,22) which, for analysis purposes, were transformed into the decayed, missing, and filled surfaces (dmfs) format recommended by the World Health Organization (23) and modified to include incipient lesions, ICDAS codes 1 and 2.

Clinical examination and calibration

Data were collected between February 2014 and May 2017 by a group of sixteen trained and calibrated external examiners, blinded to the interventions. Calibration occurred in two stages, one week apart, using exfoliated deciduous and/or extracted teeth in line with the methodology described by Cleaton-Jones et al. (24). The calibration results were analyzed twice during the study. The respective mean intra and inter-examiner weighted Kappa values were 0.83 (min=0.79) and 0.81 (min=0.75) in March of 2014, and 0.83 (min=0.70) and 0.70 (min=0.60) in December of 2016.

Whenever possible the children were scheduled for examination in the dentist offices under artificial light, after biofilm removal using a toothbrush and drying the surfaces with compressed air for three seconds. Children who were unable to attend were examined at home or their daycare centers. In these cases, the clinical examination was carried out under the best possible conditions to enable a pragmatic assessment, using a headlight, dental mirror, dental probe, gauze and toothbrushes for biofilm removal. The children were initially invited to follow-up examinations by telephoning the mothers or

caregivers. In the event they could not be reached by phone, contact was made by a community health agent from the respective HCU.

Data analysis

Descriptive analysis was based on survey commands to consider the clustering effect of sampling. The HCU was considered the first sampling stage and probabilities were corrected for a finite population (total number of children born in the catchment area). Taylor linearization was applied to correct the p values; Pearson's chi-squared test and analysis of variance were used for the categorical and continuous variables, respectively.

Multilevel models with random intercept were used to evaluate the contextual effect of the intervention, as the intervention did not occur at the outcome level. Therefore, tooth was assigned to the first level, subjects to the second and HCU to the third level. Dental caries incidence rate, at the tooth level, was modeled using Poisson regression. Rates were calculated as follows: diagnosis (yes/no) divided by exposure time (follow-up). Exposure time was the child's age at diagnosis minus 6 months for deciduous molars and incisors. The Variance Partitioning Coefficient was calculated using method D, as proposed by Goldstein, Browne and Rasbash (25), whereby level 1 variance is fixed at 3.29 ($\pi^2/3$) for dichotomous variables under the assumption of a threshold model (25). All the analyses were performed using Stata 13.1 software.

Results

The community-based trial invited all children born in 2013 in the catchment area of the 12 HCU to participate. The CE group consisted of 6 HCU with 301 eligible children, 224 of whom had dental visit by oral health team

before the age of one year (74%), while the MI group contained 6 HCU with 373 children, of which 245 (66%) had been to the dentist at least once in their first year of life. The number of children in each group differed because simple randomization was performed by HCU (Figure 1).

During a period of three years of follow-up (from February 2014 to May 2017), a total of 320 children were clinically assessed (68% of the sample) by calibrated examiners. Specifically, 145 (65% response rate) from the CE group and 175 (71% response rate) from the MI group. Due to missing covariate data, the regression analysis was performed using information from 278 children; however, the variables dmfs and intervention included the data of all 320 children. The mean follow-up time was 1.9 years (min. 49 days; max. 3.78 years) and average age of the children at the clinical examination was 30 months (min. 11; max. 52). The reasons for failing to monitor (follow-up) 32% of the 469 children were: a) they no longer lived in the coverage area (29 cases in the CE group and 23 cases in the MI group); b) parent, caregiver or child refused permission for the clinical examination (5 cases in the CE group and 3 cases in the MI group); or c) difficulty of contact with those who could not be reached by telephone, did not attend the scheduled appointments and/or were not at home when visited at their residence (45 cases in the CE group and 44 cases in the MI group). Up to three attempts of contact were made.

The groups were comparable in terms of the demographic characteristics of sex, ethnicity, daycare attendance, number of dental visits in the first year of life and mother's age (Table 1). By contrast, randomization by HCU could not prevent socioeconomic differences in relation to family income ($p= 0.01$) and mother's schooling level ($p= 0.01$). Additionally, the following variables differed

significantly between groups: age at clinical examination and number of erupted teeth at clinical examination (Table 1).

The incidence of caries was of 30% in the follow-up sample and mean dmfs was 1.34 (CI95% 0.97-1.71). The incidence of caries was 35,2% in the CE group and 25,9% in the IM group. The mean dmfs values for children in the CE and MI groups were 1.91 (CI95% 1.18-2.64) and 0.86 (CI95% 0.56-1.16), respectively (Table 2). There was a statistically significant difference between the groups ($p= 0.01$), even when estimating the caries rate per 100 surface-year ($p= 0.02$) (Table 1).

In the multilevel analysis, the difference between MI and CE remained statistically significant ($p<0.01$), with IRR= 0.50 (95%CI: 0.27-0.93) in favor of the MI. In regression model adjusted by type of tooth (Anterior/Posterior), mother's schooling level and equivalent income the effect of MI became stronger, with a IRR=0.40 (95%CI: 0.21-0.79) (Table 3).

Discussion

Children whose mothers were submitted to a dental visit based on MI showed lower caries incidence than those that attended a conventional oral health education. There was a 60% decline in the risk of caries among children from MI group in the period of follow-up.

The strengths of the present study include the use of cluster randomization to prevent contamination between groups by healthcare professionals from the same workplace, among patients treated at the same HCU, and between patients and professionals. Additionally, all the parents or caregivers of children born in 2013 in the part of the municipality of Porto Alegre

covered by the 12 HCU were recruited for the study, preventing only motivated individuals from taking part and ensuring a representative population base. The use of ICDAS criteria to record caries is also relevant, since it is a sensitive method for assessing the disease (26). The intervention was performed by healthcare professionals responsible for preventing and maintaining the oral health of children in their daily practices, making the results more in line with the reality of healthcare systems. The quality of the training provided, based on well-established protocols by the creators of MI (16,17), is an important point given the lack of standardization in the MI-based interventions in other previous studies.

As limitations, the data collection methodology by questionnaire (sociodemographic data) was compromised when clinical examinations were conducted at daycare centers and the caregivers did not have information about the children's parents. Likewise, when the children were examined in daycare centers and homes, the examiners were unable to dry the dental surfaces. This may have compromised the assessment of early caries lesions. The evaluation of the fidelity of the approach was not carried out due to the difficulty of carrying it out in a community trial with a large number of oral health professionals. Nevertheless, the annual reinforcements and reapplication of the training instruments showed a maintenance of the skills learned in the initial training. The results may not be generalizable for all populations, adaptations to particular realities of each health service and cultural contexts may be required. The results of this study confirm some findings (12,13,27), while in contrast to others (10,28). It is believed that MI could slow development of the disease, reducing the number of carious surfaces over time (11,13). Conflicting evidence

may be due to lack of standardization in the MI protocols applied in the different studies, with a significant variation in session duration and the number of sessions. Although investigations using longer and repeated sessions exhibit better results, most children in the present study had only one appointment with the dentist and significant results were observed. Perhaps, the timing when the MI session occurs, such as during pregnancy or after birth, may be an important factor and should be considered in future studies.

The mechanisms that ensure the success of MI remain a controversial topic and have been little studied in oral health. Miller (29) argues that the motivation to change emerges from the development of discrepancy between an individual's goals and their current behavior. There is evidence of better adherence to dental treatment with a higher number of topical fluoride applications in groups submitted to MI (13,30), and perhaps early diagnosis. However, our study found no differences in the number of dental visits, partially refuting this hypothesis. In this respect, MI may prompt changes in the knowledge and attitudes of children's caregivers, as demonstrated in other studies (10,30,31), leading to healthy behaviors.

The pragmatic and "real world" perspective of the present study provides an optimistic view of the MI style in ECC prevention in community health services. Given the prevalence and severity of caries and the fact that they remain a challenging and highly relevant condition in children's health, it is important for oral health team to implement effective preventive measures. MI has emerged as an alternative in addressing behavioral changes (32,33) that can be adopted by dentists in clinical practice. So far, few studies have conducted a detailed investigation of the costs involved in this approach

(34,35). However, considering the benefits of effective prevention, MI should be considered as a strategy to better control ECC.

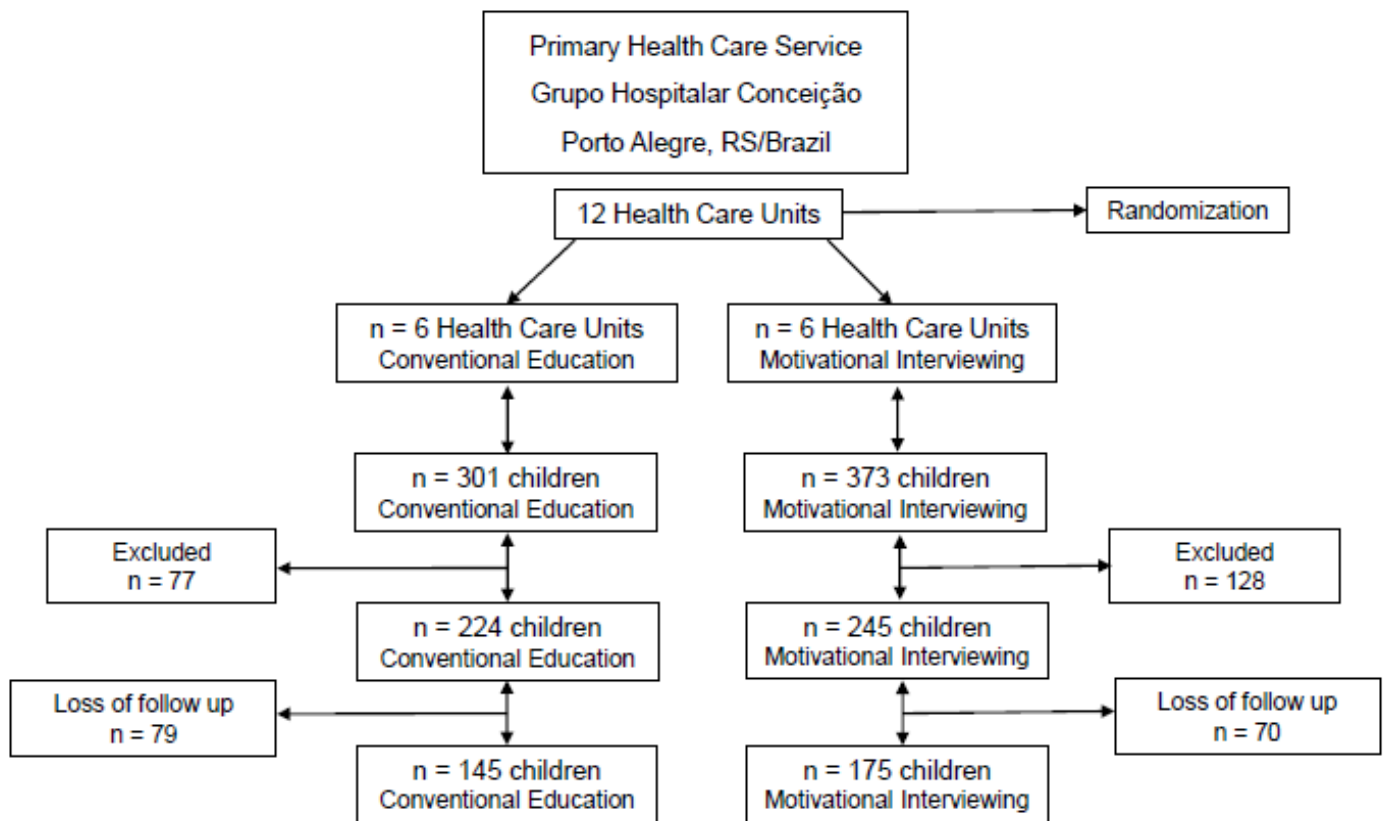


Figure 1: Flowchart of the randomization, allocation and analyses of the study participants (CONSORT, 2010).

Table 1 - Descriptive characteristics and level variables for participating children (born in 2013) according to randomization of 12 Primary Care Services for Motivational Interviewing or Conventional Education.

Variables	Category	Healthcare						p*
		Education		Motivational		Total		
		Conventional	Interviewing	Conventional	Interviewing	Conventional	Interviewing	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Total		45.1	144	54.8	175	100	320	
Sex	Female	51.0	74	50.9	89	51.0	163	0.96
	Male	49.0	71	49.1	86	49.0	157	
Ethnicity								0.18
	White	80.7	117	76.0	133	78.1	250	
	Non-white	19.3	28	24.0	42	21.9	70	
Attends Daycare								0.32
	No	56.7	76	61.1	99	59.2	175	
	Yes	43.3	58	38.9	63	40.8	121	
Number of dental visits in the first year of life								0.23
	One	82.8	120	78.9	138	80.6	258	
	Two or more	17.2	25	21.1	37	19.4	62	
Mother's age								0.97
	≤25 years	29.6	40	29.7	50	29.7	90	
	25 - 34	40.7	55	39.9	67	40.2	122	
	>35 years	29.6	40	30.3	51	30.0	91	
Equivalent Income								0.01
	≥BRL 850	42.1	53	54.6	89	49.1	142	
	<BRL 850	57.9	73	45.4	74	50.9	147	

Mother's schooling level								0.01
	≥High School	45.9	62	57.7	97	52.5	159	
	<High School	54.1	73	42.3	71	47.5	144	
Continuous variables								
Number of children								0.002
	Mean	1.99		1.62		1.78		
	CI 95%	1.82	2.16	1.51	1.73	1.68	1.88	
Age at baseline/months								0.003
	Mean	6.50		5.64		6.05		
	CI 95%	6.17	6.95	5.28	5.99	5.79	6.32	
Age at clinical examination/months								0.008
	Mean	32.6		29.5		30.9		
	CI 95%	31.0	34.1	28.1	30.9	29.8	31.9	
Number of Teeth								0.002
	Mean	15.72		13.10		14.29		
	CI 95%	14.57	16.88	12.31	13.9	13.60	14.97	
Caries rate (per 100 surface-year)								0.021
	Mean	1.74		0.92		1.32		
	CI 95%	1.14	2.34	0.63	1.20	0.99	1.65	
dmfs								0.014
	Mean	1.91		0.86		1.34		
	CI 95%	1.18	2.64	0.56	1.16	1.97	1.71	

Table 2 – Mean and standard error of dmfs by Primary Care Service and type of intervention at follow up.

Intervention	Primary Care Service	Mean	+/- SD
Conventional	Service 1	1.27	2.69
	Service 2	2.13	3.33
	Service 3	2.35	9.45
	Service 4	1.24	2.10
	Service 5	2.25	4.17
	Service 6	1.64	2.71
Subtotal		1.91	4.45
Motivational	Service 7	0.95	2.30
	Service 8	0.47	1.25
	Service 9	0.57	1.25
	Service 10	0.65	1.11
	Service 11	1.24	2.83
	Service 12	0.86	1.97
Subtotal		0.86	2.06
Total		1.34	3.39

Table 3 – Incidence rate ratio of dental caries by multilevel Poisson regression for the analysis levels tooth, child and Primary Care Service.

Variable	Category	Crude IRR*	(95%CI)	Adjusted IRR*	(95%CI)	p-value
Intervention	Conventional	1		1		
	Motivational	0.51	(0.27 - 0.93)	0.40	(0.21 - 0.79)	<0.01
Mother's Schooling Level	≥ High School	1		1		0.35
	< High School	1.63	(0.85 - 3.09)	1.39	(0.69 - 2.81)	
Equivalent Income	≥ BRL850	1		1		0.17
	< BRL850	1.85	(0.94 - 3.65)	1.62	(0.80 - 3.31)	
Type of tooth	Posterior	1		1		0.07
	Anterior	0.80	(0.65 - 0.99)	0.80	(0.64 - 1.01)	

* Follow-up time between the intervention and first assessment.

Note: Variance Partitioning Coefficient in adjusted model: 64% individual level, 35% tooth level, 1% Health Care Service level.

References

1. Jiang Y. Prevalence of early childhood caries among 2- to 5-year-old preschoolers in kindergartens of weifang city, China: a cross-sectional study. *Oral Heal Prev Dent* 2017;15:89–97.
2. Kowash MB, Alkhabuli JO, Dafaalla SA, Shah A, Khamis AH. Early childhood caries and associated risk factors among preschool children in ras al-khaimah, united arab emirates. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017;18:97–103.
3. Kay E, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:231–5.
4. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006;42:37–43.
5. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983;11:147–72.
6. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985;98:84–107.
7. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843–61.
8. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. *Direct Soc Work Pract Theory Ski* 2005;1:91–111.
9. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157–68.

10. Ismail AI, Ondersma S, Willem Jedele JM, Little RJ, Lepkowski JM. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:433–48.
11. Harrison R, Veronneau J, Leroux B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. *J Dent Res* 2012;91:1032–7.
12. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *J Am Dent Assoc* 2004;135:731–8.
13. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc* 2006;137:789–93.
14. Feldens CA, Giugliani ERJ, Duncan BB, Drachler MDL, Vítolo MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: A randomized trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:324–32.
15. Priesnitz MC, Celeste RK, Pereira MJ, Pires CA, Feldens CA, Kramer PF. Neighbourhood Determinants of Caries Experience in Preschool Children: A Multilevel Study. *Caries Res* 2016 Aug;50:455–61.
16. Moyers TB, Martin T, Christopher PJ, Houck JM, Tonigan JS, Amrhein PC. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:40–7.
17. Moyers TB, Martin T, Houck JM, Christopher PJ, Tonigan JS. From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:1113–24.
18. Schwendler A, Demétrio Faustino-Silva D, Luvison I, Melgarejo do Amaral Giordani J, Reis ML. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos. In: Lenz MLM, Flores R, editors. *Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos*. 2nd ed.

Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2014. p. 133–48.

19. Luvison I, Bavaresco C. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos. In: Lenz MLM, Flores R, eds. *Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos*. 1st ed. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2009. p. 111–8.
20. Celeste RK, Bastos JL. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. *Rev Saude Publica* 2013;47:168–71.
21. Ismail A, Sohn W, Tellez M. The international caries detection and assessment system (ICDAS): an intergrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;3:170–8.
22. Shoaib L, Deery C, Ricketts DNJ, Nugent ZJ. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. *Caries Res* 2009;43:442–8.
23. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 5rd ed. Geneva: WHO Library Cataloguing; [updated 2013; cited 2018 Feb 2]. Available from: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/.
24. Cleaton-Jones P, Hargreaves JA, Fatti LP, Chandler ES, Grossman ES. Dental caries diagnosis calibration for clinical field surveys. *Caries* 1989;23:195–9.
25. Goldstein H, Browne W, Rasbash J. Partitioning Variation in Multilevel Models. *Underst Stat* 2002;1:223–31.
26. Pitts NB, Ekstrand K. International caries detection and assessment system (ICDAS) and its international caries classification and management system (ICCMS) - Methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41:41–52.
27. Saengtipbovorn S. Efficacy of motivational Interviewing in Conjunction

- with caries risk assessment (MICRA) programmes in improving the dental health status of preschool children. *Oral Heal Prev Dent* 2017;15:123–9.
28. Mohammadi TM, Hajizamani A, Bozorgmehr E. Improving oral health status of preschool children using motivational interviewing method. *Dent Res J (Isfahan)* 2015;12:476–81.
29. Miller WR. Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behav Cogn Psychother* 1994;22:111–23.
30. Harrison R, Benton MST, Everson-stewart MAS, Weinstein MSP. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. *Pediatr Dent* 2007;29:16–22.
31. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. 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* 2015;15:1–15.
32. Gao X, Lo ECM, Kot SCC, Chan KCW. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2013;85:426–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23805818>
33. Garcia R, Borelli B, Dhar V, Douglass J, Gomez FR, Hieftje K, et al. Progress in Early Childhood Caries and Opportunities in Research, Policy, and Clinical Management. *Pediatr Dent* 2015;37:294–9.
34. Jönsson B, Öhrn K, Lindberg P, Oscarson N. Cost-effectiveness of an individually tailored oral health educational programme based on cognitive behavioural strategies in non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2012;39:659–65.

35. Riedy CA, Weinstein P, Mancl L, Garson G, Huebner CE, Milgrom P, et al. Dental attendance among low-income women and their children following a brief motivational counseling intervention: A community randomized trial. *Soc Sci Med* 2015;144:9–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.005>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre EM é falar sobre uma forma diferente de ver a relação profissional-paciente, é acreditar no estabelecimento de relações horizontais e crer fortemente que o conhecimento não formal do outro é tão importante quanto o conhecimento acadêmico que aqui está sendo produzido. Esse movimento é necessário para que se possa ver através dos olhos do outro e, apenas assim, entende-lo verdadeiramente.

Os resultados desse estudo demonstraram que a abordagem baseada em EM é possível na realidade da Atenção Primária a Saúde de um Serviço Comunitário. Ainda não são claros os mecanismos através dos quais essa abordagem é capaz de modificar a incidência de CPI, mas é um caminho muito interessante, visto que lidar com mudança de comportamento é agir em questões de grande complexidade e que necessitam ser duradouras. As mudanças de comportamento precisam dialogar profundamente com quem aquele indivíduo é ou quer ser para serem possíveis.

A coleta dos dados desse estudo continuará para avaliar como essa abordagem se comporta em avaliações de períodos maiores, o que ainda não está relatado na literatura e pode ser uma nova fonte de entendimento a respeito da EM.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of early childhood caries (ECC). Chicago, 2008. Disponível em: <http://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf>
- ALBINO, J.; TIWARI, T. Preventing childhood caries. **Journal of Dental Research**. Washington, v. 95, n. 1, p. 35–42, 2016.
- ALMOMANI, F. et al. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. **Journal of Dental Research**. Washington, v. 88, n. 7, p. 648–652, 2009.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005.
- ANIL, S.; ANAND, P. S. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. **Frontiers in Pediatrics**, Lausanne, v. 5, n. [s.n.], p. 1–7, 2017.
- AXELSSON, P.; NYSTRÖM, B.; LINDHE, J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults: Results after 30 years of maintenance. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 31, n. 9, p. 749–757, 2004.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change/psychological review. **Psychological Review**. Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
- BÖNECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. **International Journal of Paediatric Dentistry**. Oxford, v. 12, n. 3, p. 183–188, 2002.
- BRAND, V. S. et al. Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. **International Journal of Dental Hygiene**. Oxford, v. 11, n. 2, p. 134–141, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7–30, 1996.

BROWN, R. L. et al. Teaching patient-centered tobacco intervention to first-year medical students. **Journal of General Internal Medicine**. Philadelphia, v. 19, n. 5, p. 534–539, 2004.

BURKE, B. L.; ARKOWITZ, H.; MENCHOLA, M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Washington, v. 71, n. 5, p. 843–861, 2003.

CASCAES, A. M. et al. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 142–53, 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. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 168–71, 2013.

CLEATON-JONES, P. et al. Dental caries diagnosis calibration for clinical field surveys. **Caries Research**. Basel, v. 23, n. 3, p. 195–199, 1989.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques**. 3rd. ed. New York: [s.n.].

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf >

COLVARA, B. C.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Motivational interviewing and oral health : what the evidence says. **Journal Oral Research**. Concepción, v. 6, n. 7, p. 172–173, 2017.

COLVARA, C. B. et al. Unsupported conclusions. **British Dental Journal**. London, v. 223, n. 7, p. 463–464, 2017.

CONGIU, G.; CAMPUS, G.; LUGLIÈ, P. F. Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: a review. **Oral Health & Preventive Dentistry**. New Malden, v. 12, n. 1, p. 71–76, 2014.

DUNN, C.; DEROO, L.; RIVARA, F. Use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. **Addiction**, v. 96, n. 12, p. 1725–1742, 2001.

FELDENS, C. A. et al. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. Copenhagen, v. 38, n. 4, p. 324–332, 2010.

FIGLIE, NELIANA BUZI, GUIMARÃES, L. P. A Entrevista motivacional : conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 87, p. 472–489, 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, p. 117–121, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: [s.n.].

FREUDENTHAL, J. J.; BOWEN, D. M. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. **Journal of dental**

hygiene. Chicago, v. 84, n. 1, p. 29–34, 2010.

GAO, X. et al. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of periodontology**. Chicago, v. 85, n. 3, p. 426–37, 2013.

GODARD, A.; DUFOUR, T.; JEANNE, S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: A randomized controlled trial. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 38, n. 12, p. 1099–1105, 2011.

GOLDSTEIN, H.; BROWNE, W.; RASBASH, J. Partitioning variation in multilevel models. **Understanding Statistics**, v. 1, n. 4, p. 223–231, 2002.

GOODALL, C. A. et al. Nurse-delivered brief interventions for hazardous drinkers with alcohol-related facial trauma: a prospective randomised controlled trial. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v. 46, n. 2, p. 96–101, 2008.

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.

GUSSY, M. G. et al. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. **Journal of Paediatrics and Child Health**. Melbourne, v. 42, n. 1–2, p. 37–43, 2006.

HARRISON, R. et al. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. **Pediatric Dentistry**. Chicago, v. 29, n. 1, p. 16–22, 2007.

HARRISON, R.; VERONNEAU, J.; LEROUX, B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. **Journal of Dental Research**. Washington, v. 91, n. 11, p. 1032–1037, 2012.

HEDMAN, E.; ULLA, R.; GABRE, P. The impact of behavioural interventions on young people's attitudes toward tobacco use. **Oral Health Preventive Dentistry**. New Malden, v. 8, n. 1, p. 23–32, 2010.

HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W. R. Motivational interviewing. **Annual review of clinical psychology**. Palo Alto, v. 1, p. 91–111, 2005.

ISMAIL, A. I. et al. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. Copenhagen, v. 39, n. 5, p. 433–448, 2011.

ISMAIL, A.; SOHN, W.; TELLEZ, M. The International Caries detection and Assessment System (ICDAS): an intergrated system for measuring dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 3, n. 35, p. 170–178, 2007.

JÖNSSON, B. et al. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: A blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 36, n. 12, p. 1025–1034, 2009.

JÖNSSON, B. et al. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 37, n. 10, p. 912–919, 2010.

JÖNSSON, B. et al. Cost-effectiveness of an individually tailored oral health educational programme based on cognitive behavioural strategies in non-surgical periodontal treatment. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 39, n. 7, p. 659–665, 2012.

KISH, L. **Survey sampling**. New York: [s.n.].

KOPP, S. L. et al. Motivational interviewing as an adjunct to periodontal therapy—a systematic review. **Frontiers in Psychology**. Pully, v. 8, n. 279, p. 1–9, 2017.

LALIC, M. et al. Does oral health counselling effectively improve oral hygiene of orthodontic patients? **European Journal of Pediatric Dentistry**. Milano, v. 13, n. 3, p. 181–186, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LUNDAHL, B. et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Patient Education and Counseling**. Limerick, v. 93, n. 2, p. 157–168, 2013.

LUNDAHL, B. W. et al. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. **Research on Social Work Practice**. Newbury Park, v. 20, n. 2, p. 137–160, 2010.

LUVISON, I.; BAVARESCO, C. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos. In: LENZ, M. L. M.; FLORES, R. (Eds.). **Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos**. 1. ed. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2009. p. 111–118.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde : conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773–776, 2009.

MARKLAND, D. et al. Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. **Journal of Social and Clinical Psychology**. New York, v. 24, n. 6, p. 811–831, 2005.

MILLER, W. R. Motivational interviewing with problem drinkers. **Behavioural Psychotherapy**. London, v. 11, n. 2, p. 147–172, 1983.

MILLER, W. R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin**. Washington, v. 98, n. 1, p. 84–107, 1985.

MILLER, W. R. Motivational Interviewing: III. on the ethics of motivational intervention. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**. London, v. 22, n. 2, p. 111, 1994.

MILLER, W. R. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. **Addictive Behaviors**. Oxford, v. 21, n. 6, p. 835–842, 1996.

MILLER, W. R.; HEDRICK, K. E.; ORLOFSKY, D. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. **Journal of Clinical Psychology**. Brandon, v. 47, p. 444–448, 1991.

- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. 1. ed. Porto Alegre: [s.n.].
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: preparing people for change**. 2. ed. Nova Iorque: The Guilford Press, 2002.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Ten things that motivational interviewing is not. **Behavioural and cognitive psychotherapy**. London, v. 37, n. 2, p. 129–140, 2009.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. London, v. 9, n. 25, p. 1–2, 2012.
- MILLER, W. R.; ROSE, G. S. Toward a theory of motivational interviewing. **American Psychologist**. Washington, v. 64, n. 6, p. 527–537, 2009.
- MOHAMMADI, T. M.; HAJIZAMANI, A.; BOZORGMEHR, E. Improving oral health status of preschool children using motivational interviewing method. **Dental Research Journal**. Isfahan, v. 12, n. 5, p. 476–481, 2015.
- MOYERS, T. B. et al. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. New York, v. 31, n. 3, p. 40–47, 2007.
- MOYERS, T. B. et al. From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Washington, 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**, London, v. 15, n. 101, p. 1–15, 2015.
- NOONAN, W. C.; MOYERS, T. B. Motivational interviewing. **Journal of Substance Misuse**, v. 2, p. 8–16, 1997.
- PIOVESAN, C. et al. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. **BMC Oral Health**. London, v. 13, n. 49, p. 1–7, 2013.
- PITTS, N. B. et al. Dental caries. **Nature Reviews Disease Primers**. London, v. 3, n. 17030, p. 1-16, 2017.
- PRIESNITZ, M. C. et al. Neighbourhood determinants of caries experience in preschool children: a multilevel study. **Caries research**. Basel, v. 50, n. 5, p. 455–461, ago. 2016.
- RIEDY, C. A. et al. Dental attendance among low-income women and their children following a brief motivational counseling intervention: a community randomized trial. **Social Science and Medicine**. Oxford, v. 144, p. 9–18, 2015.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**. London, v. 23, n. 1, p. 325–334, 1995.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. **Motivational Interviewing in Healthcare**. New York: Guilford Press, 2008, 210 p.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando os pacientes a mudar o comportamento**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 221 p.

RUBAK, S. et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**. London, v. 55, n. 513, p. 305–12, 2005.

SAENGTIPBOVORN, S. Efficacy of motivational interviewing in conjunction with caries risk assessment (MICRA) programmes in improving the dental health status of preschool children. **Oral Health & Preventive Dentistry**. New Malden, v. 15, n. 2, p. 123–129, 2017.

SCHWENDLER, A. et al. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos. In: LENZ, M. L. M.; FLORES, R. (Eds.). **Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos**. 2. ed. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2014. p. 133–148.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental caries. **The Lancet**, New York, v. 369, n. 9555, p. 51–59, 2007.

SHETTY, V. et al. Randomized controlled trial of personalized motivational interventions in substance using patients with facial injuries. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. Philadelphia, v. 69, n. 9, p. 2396–2411, 2011.

SHOAIB, L. et al. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. **Caries Research**. Basel, v. 43, n. 6, p. 442–448, 2009.

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

STENMAN, J. et al. A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: A randomized controlled trial. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 39, n. 10, p. 947–954, 2012.

STEWART, J. E. et al. Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. **Patient Education and Counseling**. Limerick, v. 27, n. 3, p. 269–277, 1996.

THOMSON, W. M. Tackling the wicked health problem of early childhood caries. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 5–7, 2018.

VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 30–40, 1992.

VANBUSKIRK, K. A.; WETHERELL, J. L. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Behavioral Medicine**. New York, v. 37, n. 4, p. 768–780, 2014.

WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. **Journal Of The American Dental Association**. Chicago, v. 135, n. 6, p. 731–738, 2004.

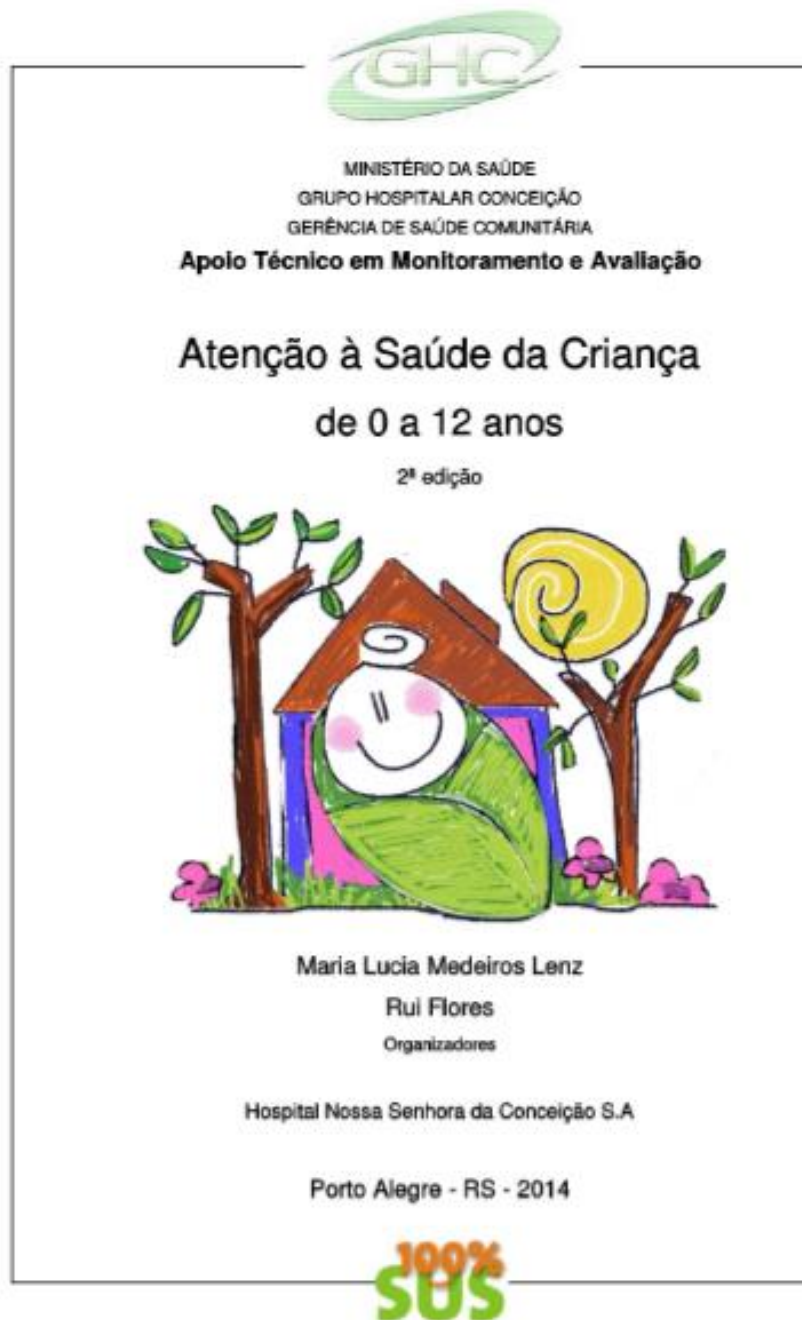
WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. **Journal of the American Dental Association**. Chicago, v. 137, n. 6, p. 789–793, 2006.

WHITE, L. L.; GAZEWOOD, J. D.; MOUNSEY, A. L. Teaching students behavior change skills: Description and assessment of a new motivational interviewing curriculum. **Medical Teacher**. London, v. 29, n. 4, 2007.

WOELBER, J. P. et al. Training of dental professionals in motivational interviewing can heighten interdental cleaning self-efficacy in periodontal patients. **Frontiers in psychology**. Pully, v. 7, n. February, p. 254, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/>. Acesso em: 02 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/topics/health_education/en/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ANEXO A - Protocolo Saúde Bucal crianças de 0 a 12 anos do SSC/GHC

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.¹ 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.²

A cárie dental é a doença crônica mais comum da infância,³ 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.⁴ 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.⁵ O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna.⁶

Faustino-Silva et al⁷ 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.⁷

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 dentais⁸. 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.¹ 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,¹ 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 cartilha⁹.

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.¹⁰ 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.¹¹

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.⁵

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^{1,8}. 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.¹² A escovação dental com dentífrico contendo flúor em crianças é mais efetiva do que a escovação com dentífrico não fluoretado.¹³ 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).^{8,12-13}

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.¹⁴⁻¹⁶ 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.¹²

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 dentífrico 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.¹⁶

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 dentífrico fluoretado da família/adulto (mínimo 1000 ppmF) quando for realizada a limpeza dos dentes da criança.¹⁷⁻¹⁸ 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.¹⁹⁻²⁰

12.2.3 Maloclusão: 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 maloclusões.¹⁹⁻²⁰

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.²¹

Para evitar a instalação de hábitos de sucção não-nutritiva, uma série de medidas pode ser adotada: sempre que possível estimular a 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.²¹

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.²¹

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.²¹

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).²² 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.²³

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.¹

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.²¹

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 mentais²¹;
- 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.²¹

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.²¹

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.²¹

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.²¹

Gengivostomatite 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.²¹

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.²¹ 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.²⁴

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 desmineralização¹, 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 dentista¹.

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 saliva²⁵. Recomendar evitar comer nas 2 horas seguintes à aplicação²⁵⁻²⁶.

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.²⁷

- 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.²⁷

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.²⁸⁻²⁹

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.³⁰

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 temporo-mandibulares.³¹

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.³⁰

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.³⁰.

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.³²

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

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.³³

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.³²

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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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 subgingival.

Tratamento: depende da extensão subgingival. 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.³²⁻³⁴

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 subgingival.

Tratamento: depende da extensão subgingival. 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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³³⁻³⁴

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.³²⁻³³⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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 sombrio.

Proservação: acompanhamento clínico após sete dias e clínico radiográfico após 30, 60, 120 dias e depois anual, até a esfoliação do dente.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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.³²⁻³⁴

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 permanente³²⁻³⁴.

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 erupção³²⁻³⁴.

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 do dentes de ordem local ou sistêmica.³⁵

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.³⁶

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.³⁵⁻³⁷

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 gengival³⁸. 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.³⁹

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.⁴⁰

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 frequente 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.²¹

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.⁴¹

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.; BROSNAN, 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 Ciência**, 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. KUHNS, 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). **Odontopediatria**. 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>. Acesso em: 20 maio 2014.

ANEXO B - Carta aprovação Comitê de Ética em Pesquisa CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Truin, 506
CEP 91359-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 02.787.116/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A. I

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-700 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 02.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3316.8400
CNPJ: 02.883.134/9071-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

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

APÊNDICE A – Artigo publicado na revista *British Dental Journal* sobre a temática

UPFRONT

COMMENT

Letters to the editor

Send your letters to the Editor, *British Dental Journal*, 64 Wimpole Street, London, W1G 8YS. Email bdj@bda.org. Priority will be given to letters less than 500 words long. Authors must sign the letter, which may be edited for reasons of space. Readers may now comment on letters via the *BDJ* website (www.bdj.co.uk). A 'Readers' Comments' section appears at the end of the full text of each letter online.

Oral health

Treating refugees

Sir, the article titled *Personal account: A drop of dentistry in the jungle* (*BDJ* 2016; 220: 160–163) highlighted the appalling conditions in the refugee camps set up in Calais as well as providing us an insight into the poor oral health status of many of the camp's residents. As dental students this motivated us to make the journey from Cardiff to Calais with a team of qualified medical and dental professionals with the aim of providing dental aid.

As we arrived by the camp, the mood in the car subtly shifted to a tense silence as we saw smoke masking the entrance. With many media outlets reporting that the camp was in the process of being completely demolished, all residents having been cleared, news of fires and riots spreading, there was an unspoken anxiety about what we might encounter. Entering the 'jungle' was almost dream-like: the blazed periphery gave us a view into the vast landscape which once had many thousands living in such horrid conditions. Contrary to media reports we drove past hundreds of residents until we came to a halt somewhere in the depths of the camp, where nearby, teenage boys were playing a game of volleyball.

We decided the best way to maximise patient treatment would be to set up a basic triage system equipped with three plastic chairs we spotted by a nearby tent. As students, our duties involved distributing toothbrushes and tooth-pastes, providing oral hygiene instructions, helping to effectively maintain the triage system and mixing GIC or Kalzinol.

The clinicians treated over 100 cases of acute dental emergencies, with many patients in pain from toothache that they had been suffering from for weeks. The majority of dental treatment involved excavating and temporising large carious lesions; however, we also came across complicated and uncomplicated crown

fractures in children caused by trauma whilst playing. A young lad with acute necrotising ulcerative gingivitis also presented but we could only provide treatment with local measures by carrying out hand scaling and oral hygiene instructions. The most perplexing case we encountered all day was a lady with her buccal maxillary gingivae coloured dark blue but with no obvious signs of pathology; however, after eventually finding a translator we were reassured it was a cultural practice of tattooing the gums! The reality of the poor oral hygiene levels amongst the camp was now fully understood as almost every patient presented with carious lesions with resulting pain. It was heart-breaking knowing we could only provide a limited amount of treatment.

Besides the dentistry, it was touching to connect with the stories of struggle and sacrifice of the camp's residents, many of whom were fleeing from war and persecution. As the Calais camp has now been demolished, we hope our friends have now been reallocated to better living conditions and are provided with the very basic human needs we all require.

We would urge all dental professionals to partake in such charitable causes and offer their skills in the service of humanity.

S. M. Hussain, H. Sheikh, A. Amir,
A. Al Hassan, by email

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.843

Unsupported conclusions

Sir, we read the article entitled *Motivational interviewing in general dental practice: A review of the evidence* by E. J. Kay, D. Vascott, A. Hocking, and H. Nield (*Br Dent J* 2016; 221: 785–791), which presents a systematised review of the evidence in relation to motivational interviewing (MI) in dental practice. This approach to changing oral health behaviours and habits is an emerging and significant theme. Considering their proposed objective, the authors concluded that the MI

technique has the potential to benefit patients with poor oral hygiene and suggested that MI training for oral healthcare professionals can be added to the established set of practices. However, we observed that only two of the eight articles included are intervention studies that use the MI-based approach specifically to treat patients with periodontal disease.^{1,2} Of the remaining studies, one addresses the cost-effectiveness of the intervention³ without analysing clinical results as the main outcome. Another study⁴ claimed to apply an MI-based approach, but according to the methods described it does not fall under the assumptions and techniques described by Miller and Rollnick.⁵

Three articles did not use MI-based approaches,^{6–8} and one is a qualitative study⁹ that only describes the approach used by dental hygienists. Lastly, one study is not cited in the references, making it impossible to determine whether the intervention involved MI or not.

The evidence found by the authors does not support the conclusions, neither regarding better oral health among patients, since the studies included did not synthesise sufficient and adequate evidence for this conclusion, nor professional training, given that none of the articles assessed this aspect for oral health teams. Moreover, we believe that MI is not centred solely on providing additional skills and techniques for clinical practice, as proposed by the authors. MI involves changing professional attitudes and conduct to establish a dialogue about change, promoting self-efficacy and helping patients change their unhealthy oral health behaviours. It is important for readers to understand that MI is a specific approach, with assumptions and techniques described by Miller and Rollnick, and should not be confused with other behavioural approaches.¹⁰ There is more robust evidence available to understand the

UPFRONT

current scenario in relation to MI use and its effects on oral health.¹¹ As such, we reiterate the fragility of the findings of the published review and suggest that future reviews on the subject follow eligibility criteria for study inclusion in order to obtain more reliable conclusions about MI in general dental practice.

B. Carriconde Colvara, C. Stein, D. Demétrio Faustino-Silva, R. Soares Rech, Porto Alegre - RS, Brazil

- Jönsson B, Öhrn K, Oscarson N, Lindberg P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: A blinded randomized controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol* 2009; **36**: 1025–1034.
- Jönsson B, Öhrn K, Lindberg P, Oscarson N. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol* 2010; **37**: 912–919.
- Jönsson B, Öhrn K, Lindberg P, Oscarson N. Cost-effectiveness of an individually tailored oral health educational programme based on cognitive behavioural strategies in non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2012; **39**: 659–665.
- Kakudate N, Morita M, Sugai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: A short-term study. *Patient Educ Couns* 2009; **74**: 191–196.
- Miller W R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983; **11**: 147–172.
- Halvari A E M, Halvari H, Björnebekk G, Deci E L. Self-determined motivational predictors of increases in dental behaviors, decreases in dental plaque, and improvement in oral health: a randomized clinical trial. *Health Psychol* 2012; **31**: 777–788.
- Clarkson J E, Young L, Ramsay C R, Bonner B C, Bonetti D. How to influence patient oral hygiene behavior effectively. *J Dent Res* 2009; **88**: 933–937.
- Fjellström M, Yakob M, Söder B. A modified cognitive behavioural model as a method to improve adherence to oral hygiene instructions—a pilot study. *Int J Dent Hyg* 2010; **8**: 178–182.
- Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: A qualitative study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; **34**: 419–428.
- Miller W R, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; **37**: 129–140.
- 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. *J Periodontol* 2013; **85**: 426–437.

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.844

Health policy

Hospital cutbacks

Sir, I read with interest the letter from R. S. Randhawa *et al.*¹ which highlighted the neglect of dental care on hospital wards.

Back in the 1970s I was employed as an in-patient dental officer at Guy's Hospital where my duties were to look after the dental care of hospital in-patients. A large part of my work included pre-operative assessment and treatment of cardiothoracic patients and dealing with dental emergencies when they arose, not just at Guy's but the associated hospitals and care homes in the Guy's group. I had a standalone surgery in the main

hospital and a dental nurse to assist me.

Informal seminars were also given to nurses about the importance of the oral health of patients in their care.²

Unfortunately, the job eventually fell victim to one of the early cutbacks in NHS funding in the 1980s. This was a short-sighted expediency and resulted in a lost opportunity to improve patient care at a relatively low cost.

Perhaps it is time to revisit this aspect of holistic care so aptly raised by your correspondent.

G. Feaver, London

- Randhawa R S, Chandan J S, Thomas T. Oral health: Dental neglect on wards. *Br Dent J* 2017; **223**: 238.
- Feaver G P. The dental care of cardiothoracic and radiotherapy patients. *Nursing Mirror* 1977.

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.845

Oral surgery

The drug holiday

Sir, we read with interest *Aggressive denosumab-related jaw necrosis – a case series.*¹

It highlighted the contentious role of the drug holiday in the treatment of MRONJ in patients taking denosumab.

It is a clinical challenge to determine the risks *versus* benefits of stopping denosumab for dental treatment in patients with metastatic disease.

Denosumab-related osteonecrosis of jaw is rare. In some cases it can cause significant morbidity.¹ According to the literature, skeletal related events (SREs) such as pathologic fractures and spinal cord compression in patients with metastatic disease are common and reduce quality of life.² In our clinical experience some patients have been placed on a pre-emptive denosumab drug holiday by their oncologists to presumably reduce the risk of MRONJ if they require dental extraction. The evidence for the efficacy of drug holidays is poor and it is not supported by published guidance.³

However, performing dental treatment before denosumab therapy has started is a recognised preventive approach.⁴ The skeletal complications of bone metastases are responsible for a range of complications and costs and decreased quality of life.² The role of denosumab in delaying SREs and thus maintaining quality of life is clear.

Therefore, by stopping denosumab temporarily we may be increasing the risk of SREs in these patients and ultimately reducing their longevity.

Therefore, is it prudent to stop this therapy at all? Are we at risk of losing focus holistically speaking? Further research and evidence-based guidance is needed to aid oncologists and dentists on the effects of drug holidays in patients with metastatic disease.

D. Shiels, A. Goodall, by email

- Badr M, Kyriakidou E, Atkins A, Harrison S. Aggressive denosumab-related jaw necrosis – a case series. *Br Dent J* 2017; **223**: 13–16.
- Clemons M, Gelmon K A, Pritchard K I, Paterson A H. Bone-targeted agents and skeletal-related events in breast cancer patients with bone metastases: the state of the art. *Curr Oncol* 2012; **19**: 259–268.
- Ruggiero S L, Dodson T B, Fantasia J *et al.* American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw – 2014 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; **72**: 1938–1956.
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. *Oral health management of patients at risk of medication related osteonecrosis of the jaw*. March 2017.

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.846

Dental radiography

Short roots

Sir, this radiograph (Fig. 1) was taken of a fit young man and we were both surprised to discover that all his teeth have such short roots. Trawling through books and Internet searches has provided no explanation and so I hope that one of your readers will be able to provide an explanation.

There are concerns that this could be an expression of some genetic problem as he has just got married and intends to have a family in a few years.

C. Marks, by email

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.847



Fig. 1 Radiograph of a young adult male showing short roots

Erratum

Quick release mechanism

In the original version of the above letter (*Br Dent J* 2017; **223**: 237), only one author was given, N. Uppal.

The correct author listing should have been: M. Kumar, N. Uppal.

DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.848

APÊNDICE B – Artigo publicado na revista *Journal Oral Research* sobre a temática



Perspective

Motivational Interviewing and Oral Health: what the evidence says.

Beatriz Carriconde Colvara¹ & Daniel Demetrio Faustino-Silva.^{2,3}

Affiliations: ¹Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, Brazil. ²Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil. ³Program for the Assessment and Production of Technologies for Brazilian Unified Health System, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

Corresponding author: Daniel Demetrio Faustino-Silva. Gerência de Ensino e Pesquisa. Avda. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11 Porto Alegre -RS- CEP 91350-200. Phone: (55-51) 33572407. E-mail: ddemetrio@gmail.com

Motivational Interviewing is an approach to health that is almost the opposite of the traditional format applied by different health care professionals. In oral health, in particular, in which behavior is so decisive in the successful treatment of the most prevalent diseases, breaking the dominance of prescriptive, judgmental and counselling-based practices is paramount. We cannot restrict the advancement of current knowledge to the microbiological and technical levels of clinical practice; discussions must be extended to include how to promote healthcare and unsettle professionals secure in their authoritarian and hierarchical approach, paving the way for a line of thought that considers the relationships we establish with our patients.

Changing behaviors remains a significant challenge in dental practice. The most prevalent diseases in the field are closely linked to everyday behavior, such as personal hygiene, smoking and eating habits. Caries and periodontal disease are still largely responsible for tooth loss, especially in less developed and socio-economically disadvantaged populations. Are clinical dentists prepared to accept their share of responsibility in the face of behavioral changes carried out or not by patients? We believe they should be. We also believe, as stated by Miller and Rolnick¹ (who developed MI), that professionals must be jointly responsible for creating this path and capable of providing support to ensure patients change their behavior themselves. Is dentistry equipped to establish this non-hierarchical, respectful and empathetic alliance with its patients? Are oral health professionals capable of talking about change?

MI has emerged in the field of dentistry as an alternative for professionals to consider different approaches to behavior change. Additionally, it favors a respectful and welcoming approach that is far more than a set of techniques, but rather a form of professional-patient interaction that breaks from the traditionally hierarchical and prescriptive approach, which is not centered on the patient.

The literature on the application of MI in dentistry is still scarce and heterogeneous, which is evident in the literature reviews published to date. Gao *et al.*² published the first literature review relating MI and oral health, which remains the broadest and most comprehensive to date. The quality of the 16 studies included – divided into 20 articles – was assessed on a 21-point scale and included an objective evaluation of topics that analyzed everything from how clearly the objective was defined to calculating losses. Nine studies obtained scores equal to or greater than 15. Seven evaluated periodontal outcomes, of which five found that the MI-based approach was more effective in improving at least one of the outcome measures. Four studies assessed the prevention of Early Childhood Caries, with one showing a significant decline in the number of carious lesions and the remainder exhibiting no significant results, despite suggesting that MI can reduce the severity of tooth decay both by decreasing the number of cavities and the extension of lesions. The remaining studies assessed smoking cessation, oral health prevention and drug and alcohol use, with different results in these five studies.

Conflict of interests: None.

Acknowledgements: None.

Cite as: Colvara BC & Faustino-Silva DD. Motivational Interviewing and Oral Health: what the evidence says. *J Oral Res* 2017; 6(7):172-173. doi:10.17126/joralres.2017.050

In 2014, Cascaes *et al.*³ published another literature review that included the nine of the sixteen studies from the review by Gao *et al.* and one new article. All the studies were conducted in high-income countries in North America and Europe. Their quality was assessed using a different method from that employed by Gao *et al.*, with scores ranging from 0 to 26; five studies obtained scores between 20 and 23 and were classified as good evidence. As predicted by the previously published literature review, the findings provide an optimistic perspective regarding the use of MI in oral health, though limited by a lack of consistency due to the heterogeneity of the studies.

Two reviews were published on the theme between late 2016 and early 2017. Kay *et al.*⁴ conducted a systematic review to analyze evidence of the use of MI in oral health, while Kopp *et al.*⁵ proposed a systematic review centered on outcomes of interest specific to periodontal health.

Despite its hopeful conclusion concerning the application of this approach in oral health, the results of the review by Kay *et al.*⁴ are questionable in that it includes studies that do not use MI to change behavior and does not include randomized controlled trials (RCTs) which provide sound evidence on the topic. Of the eight articles in this review, only two use an MI-based approach and both were included in the review by Gao *et al.* in 2013,² thus not contributing new knowledge on the theme.

Kopp *et al.*⁵ included five articles in their analysis, of which only one differed from those in the review by Gao *et al.*² All the

studies obtained a good quality assessment. Two articles showed no influence of MI on the clinical results of patients, while the other three demonstrated that the use of MI as an adjunct to periodontal treatment resulted in significantly higher clinical outcome values compared to controls or improvement in self-efficacy for dental hygiene. Though controversial, the findings of the remaining reviews are promising; however, more consistent studies are needed to corroborate the sound evidence in the field.

With respect to Early Childhood Caries, Albino *et al.*⁶ conducted a well-designed systematic literature review to assess different behavioral approaches and concluded that MI was the most effective, with positive results in three of the four studies included. Additionally, they found that different studies are underway on the use of MI in oral health, specifically caries prevention and will produce greater evidence for future interventions.

It is not surprising that an approach that values decision making based on patients' intentions and involves a significant interpersonal context shows good results. The results of the reviews published to date do not differ significantly between them, and therefore additional good quality community RCTs are needed to provide data for future analyses through new systematic reviews and meta-analyses. This will ensure more concrete, homogeneous and accurate findings to justify or not the application of this approach. It is also important that studies be carried out in various areas and contexts to provide a different view of the effectiveness of MI in oral health in different populations, including Latin America.

REFERENCES.

1. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. 1st Ed. New York, United States of America: The Guilford Press; 2008.
2. Gao X, Lo EC, Kot SC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol*. 2014;85(3):426-37.
3. Cascaes AM, Bielemann RM, Clark VL, Barros AJ. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):142-53.
4. Kay EJ, Vascott D, Hocking A, Nield H. Motivational interviewing in general dental practice: A review of the evidence. *Br Dent J*. 2016;221(12):785-91.
5. Kopp SL, Ramseier CA, Ratka-Krüger P, Woelber JP. Motivational Interviewing As an Adjunct to Periodontal Therapy-A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:279.
6. Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res*. 2016;95(1):35-42.

APÊNDICE C - Questionário socioeconômico**1 - QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO** nº ficha: _____ Data: _____

Examinador: _____ Anotador: _____

Unidade: _____ Prontoário: _____

Dados da criança

Sexo: (1) masculino (2) feminino

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade _____ anos _____ meses

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Dados da mãe/responsável:

Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____

Contatos

Fones: _____

Eletrônicos (email, Facebook, Twitter etc):

I- Sua situação conjugal atual é:

(1) solteira

(2) casada/morando junto

(3) divorciada/separada

(4) viúva

II- Você estudou até:

- (0) Analfabeta
- (1) Até 5º série incompleta
- (2) 5º série completa
- (3) Primeiro grau incompleto
- (4) Primeiro grau completo
- (5) Segundo grau incompleto
- (6) Segundo grau completo
- (7) Superior incompleto
- (8) Superior completo
- (9) Pós- graduação

Número de consultas com Dentista no
segundo ano de vida: _____

(Esse dado será coletado posteriormente
no sistema GHC).

III- Quantos filhos você tem? _____

IV- Quantas pessoas moram na sua casa?

Jovens e adultos (15 anos ou mais): _____

Crianças (até 14 anos): _____ Total: _____

V- No mês passado, quanto em Reais, receberam juntas todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

R\$ _____

VI- Tem bolsa família:

- (1) sim
- (2) não
- (3) já teve no passado

VII- Você considera esta renda suficiente para suprir as necessidades de família?

- (1) sim
- (2) não

VIII- Tipo de moradia

- (1) Madeira
- (2) Alvenaria

(3) Mista

(4) Outros: _____

Própria: (1) Sim (2) Não

IX- Qual sua principal atividade/trabalho no momento: _____

X- Qual a carga horária de trabalho real semanal (fora de casa) atual?

_____ horas.

XI- A criança freqüenta creche/escola:

(0) Não (1) Sim. Quantos turnos/semana: _____

XII- Quando a criança não está creche/escola passa a maior parte do tempo:

(1) Própria casa

(2) Casa de outros

XIII - Alguém contribui no cuidado diário da criança?

(1) Sim. Quem: _____

(2) Não

APÊNDICE D - Ficha exame clínico

EXAME BUCAL ANO: 1° 2° 3° n° ficha: _____

Nome criança: _____ Examinador: _____ Anotador: _____

- 0) Higião 1) Lesão/mancha seco 2) Lesão/mancha úmido 3) Cavidade Esmalte 4) Sombra Dentina 5) Cavidade dentina 6) Cavidade grande dentina 7) Restaurado 8) Extraído por cárie 9) Extração indicada(endo) 10) Não erupcionado

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Atividade de cárie: registrar sinal + lesões ativas. Sangramento escovação: (0) Ausente (1) presente Dentes presentes

CÁRIE:
 ceod: _____
 Atividade Cárie: (0) Ausente (1) Presente
 IPV dentes anteriores: _____

DEFEITOS DE ESMALTE
 (0) Normal
 (1) Opacidade demarcada
 (2) Opacidade difusa
 (3) Hipoplasia (4) Outros defeitos
 (5) Opacidades demarcadas e difusas
 (6) Opacidade demarcada e hipoplasia
 (7) Opacidade difusa e hipoplasia
 (8) Todas as três condições
 (9) Não registrada

PLACA VISÍVEL DENTES ANTERIORES 0: AUSENTE 1: PRESENTE

EROSÃO ESMALTE
 (0) Esmalte normal
 (1) perda das características da superfície do esmalte
 (2) Perda de esmalte suficiente para expor dentina
 (3) perda de esmalte e dentina resultando em exposição pulpar
 (4) Nenhuma avaliação possível

TRAUMA/Local
 53: _____
 52: _____
 51: _____
 61: _____
 62: _____
 63: _____

MÁ-OCCLUSÃO:
 Mordida aberta anterior: (0) Ausente (1) Presente
 Mordida cruzada anterior: (0) Ausente (1) Presente
 Mordida cruzada posterior: (0) Ausente (1) Presente

SELAMENTO LABIAL:
 (0) não adequado
 (1) adequado
 OVERJET: _____ mm
 (1) normal (2) acentuado (maior q 3 mm)
 (9) Não avaliado (sem molares)

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários

Você, na condição de mãe/pai ou representante legal de _____ está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: **"Impacto de programas preventivos de saúde bucal infantil na Atenção Primária a Saúde"**, que tem como objetivo principal avaliar os fatores associados à cárie na infância e o impacto das consultas preventivas em um programa de saúde bucal voltado a crianças de 0 a 3 anos, bem como verificar conhecimentos e práticas de você em relação ao cuidado a saúde bucal da sua criança.

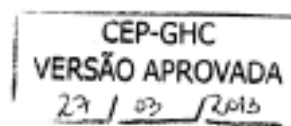
O tema escolhido se justifica pela importância de saber se as consultas odontológicas para crianças pequenas e orientações aos seus pais realmente podem evitar a cárie na infância em saúde pública.

O trabalho está sendo realizado pelo Cirurgião-dentista Daniel Demétrio Faustino da Silva sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Juliana Hilgert.

Os benefícios para o seu filho/a em participar do estudo serão os mesmos do acompanhamento já que as orientações odontológicas são rotinas no posto de saúde. Porém, os resultados da pesquisa poderão ajudar outros profissionais e serviços de saúde a organizar o cuidado em saúde bucal para crianças de outros locais. Os riscos para sua criança são mínimos, compatíveis com o desconforto de um exame bucal de rotina. Caso você tenha algum desconforto psicológico ao responder os questionários poderá fazer acompanhamento no posto de saúde.

Para alcançar os objetivos do estudo o seu filho/a será acompanhado até os 3 anos de idade através de uma avaliação anual no mês de aniversário. Nessa consulta será realizado exame bucal do seu filho, no posto de saúde ou em sua casa, e você irá responder a 6 questionários sobre o cuidado bucal, alimentação e qualidade de vida da criança, aspectos socioeconômicos da família, e sintomas depressivos e de ansiedade referentes a você. O tempo máximo previsto para essa avaliação completa é de 40 minutos.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.



Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS 196/96).

Eu, _____,
(mãe/pai ou representante legal) da criança acima descrita, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a minha participação, bem como, a participação do(a) meu/minha filho/a na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

- De que a minha participação e a participação da criança é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim e ao meu filho/a no posto de saúde.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com o pesquisador: Daniel Demétrio Faustino da Silva pelo telefone 3334-8383 ou endereço profissional: Rua Ernesto Pelanda, 830, Vila Jardim – Porto Alegre.

- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com Daniela Montano Wilhelms, Vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, _____, de _____ de 20_____.

Assinatura da mãe/pai/responsável legal

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ em
_____/_____/_____ por _____ enquanto eu estava presente.

Assinatura testemunha