

Integração entre pesquisa e serviço de saúde

Antonio Bento Alves de Moraes ⁽¹⁾

Universidade Estadual de Campinas

A saúde bucal de crianças que vivem em países industrializados melhorou de maneira significativa, nos últimos 20 anos, com a implementação de programas de intervenção e de conhecimentos produzidos pela Odontologia Preventiva. Apesar deste sucesso, existe um número crescente de relatos acerca do declínio da qualidade dos dentes de crianças de até 3 anos de idade, em algumas minorias étnicas e nas populações sócio-economicamente marginalizadas (Curzon e Polland, 1994⁽²⁾; Ripa, 1988). Ainda hoje, a supervisão da saúde infantil nesta faixa etária permanece nas mãos do médico que realiza o aconselhamento preventivo em relação a várias doenças, ignorando freqüentemente aspectos essenciais da saúde bucal.

Este trabalho propõe que a identificação precoce da doença bucal, em crianças de 0 a 3 anos, faça parte do papel do dentista, como uma ação profissional que possa integrar odontologia e psicologia, uma vez que grande parte dos fatores de redução de risco relacionados à saúde bucal são, de fato, comportamentos de saúde. Comportamentos de saúde são aqueles que a promovem e a mantêm, como dormir suficientemente, ter uma alimentação equilibrada, realizar exercícios físicos, escovar os

dentes regularmente etc. (Taylor, 1986). Algumas experiências têm demonstrado que é possível fazer prevenção por meio de serviços que realizem sistematicamente atendimento odontológico precoce e orientação de pais, visando a instalação de comportamentos de saúde bucal (Walter, 1994⁽³⁾).

Os comportamentos de saúde são importantes, tanto por estarem relacionados à prevenção de doenças quanto pela possibilidade de se tornarem hábitos; hábito de saúde é um comportamento firmemente estabelecido e executado automaticamente. Embora o hábito possa ser aprendido porque foi reforçado por resultados positivos específicos, eventualmente torna-se independente do processo de reforçamento, e passa a ser mantido por fatores ambientais aos quais se associa (Taylor, 1986). O desenvolvimento de serviços de atendimento precoce e orientação pode ser circunstância valiosa para a investigação de problemas relacionados a comportamento alimentar, higiene bucal, relacionamento profissional-paciente, colaboração da criança, administração de serviços de saúde etc.

Durante décadas, os programas de educação odontológica estimularam a aprendizagem de procedimentos técnicos, baseados quase exclusivamente no conhecimento da biologia buco-dental. Poucas escolas ofereciam programas instrucionais sobre os aspectos interpessoais e sócio-culturais da odontologia. Recentemente, entretanto, um aumento do interesse acerca destes aspectos tem produzido

⁽¹⁾ Professor Titular. Área de Psicologia Aplicada.

Departamento de Odontologia Social. FOP. UNICAMP.

⁽²⁾ Curzon, M.E.J. e Polland, M.A. (1994) Nursing caries: the extent and nature of the problem.

Presented at the workshop: *Carbohydrates in Infant Nutrition and Dental Health*. Darmsdt.

⁽³⁾ Walter, L.R.F. (1994) Jornada multiintegrada do bebê. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. S. Paulo. Comunicação Oral.

algumas mudanças na educação e nos serviços de atenção odontológica.

O campo das ciências comportamentais em Odontologia tem expandido-se para áreas como prevenção de doenças bucais e saúde comunitária, de tal maneira que novos conjuntos de conteúdo têm emergido. Um deles, a Odontologia Comportamental, está voltada para o estudo de aspectos comportamentais da prática odontológica, recebendo este nome porque enfatiza a importância do conhecimento do comportamento humano para o exercício desta prática. Esta nova área foi definida como:

um campo interdisciplinar que se preocupa com o desenvolvimento e integração do conhecimento e das técnicas das ciências comportamentais e bio-dentais relevantes à saúde e à doença bucal, e a aplicação desse conhecimento e dessas técnicas à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Bryant, 1979).

O trabalho de Freud sobre a histeria de conversão sinaliza a entrada da Psicologia na área de saúde. Pesquisadores da área médica voltaram a atenção para os casos nos quais pacientes apresentavam sintomas e sinais de doenças físicas, sem que nenhuma causa orgânica fosse identificada (Gimenes, 1994). Decorrem daí os primeiros estudos da interação entre processos emocionais e corporais e o reconhecimento de que as características do indivíduo (história pessoal, relações sociais, padrões comportamentais e personalidade) e processos biológicos precisam ser integrados, para compreensão abrangente da saúde. Surge então o modelo biopsicossocial, criando as bases para o desenvolvimento da Medicina Psicossomática, da Psicologia da Saúde, da Medicina Comportamental (Gimenes, 1994) e, por extensão, da Odontologia Comportamental.

Alguns tópicos ou questões comportamentais começaram a integrar-se e definir um campo de atuação e investigação científico, delineando um panorama onde se vislumbram as interfaces entre Psicologia e Odontologia. Incluem-se aí o estudo da relação profissional-paciente e do processo de comunicação que promove comportamentos relacionados à saúde bucal; o estudo do medo, da dor e do estresse e a questão fundamental dos aspectos psicológicos relacionados à promoção da saúde bucal. Tais aspectos representam, por um lado, a obtenção da adesão do paciente às instruções do tratamento e às recomendações sobre higiene bucal e dieta e, por outro, a organização e administração de serviços que levem em conta o comportamento das pessoas envolvidas.

Alguns estudos históricos revelam que mesmo quando o nível geral de cáries dentais foi mais baixo durante os períodos anteriores ao advento do açúcar, houve casos em que a prevalência da doença foi alta. O estudo de maxilares de crianças do período medieval inclui casos com lesões cariosas extensas, com aspecto da hoje chamada "cárie de mamadeira", aparentemente resultantes do uso de um pedaço de favo de mel embrulhado em tecido, um precursor da chupeta (Mandel, 1995).

O uso da chupeta (algumas vezes embebida em mel para acalmar a criança) e da mamadeira noturna açucarada são práticas antigas de cuidado com crianças e representam sérios comportamentos de risco à saúde bucal: observações realizadas em humanos e animais mostram uma relação entre consumo freqüente de carboidratos fermentáveis e alta atividade cariogênica (Thylstrup e Fejerskov, 1986).

Atenção Primária em Saúde Bucal

A cárie de mamadeira é uma doença que ocorre no início da infância. Por volta dos 11 meses de idade os bebês estão sob risco de cárie,

devido ao uso regular da mamadeira noturna com açúcar e produtos achocolatados. A doença tem uma progressão previsível: inicialmente aparecem manchas brancas nos quatro incisivos superiores, que podem evoluir para cáries típicas dentro de um período de 6 a 12 meses. A cárie de mamadeira tem proporções epidêmicas em países do terceiro mundo, especialmente em famílias pobres e crianças deficientes (Weinstein, Domoto, Wohlers e Koday, 1992).

Quando a criança não recebe tratamento, as manchas brancas precursoras da cárie de mamadeira podem ocasionar progressivamente dor e dificuldade para falar e comer, além da doença representar uma séria ameaça a outros dentes ainda não afetados e à subsequente dentição permanente. O tratamento de extensas lesões de cárie é caro, invasivo e pode apresentar riscos; em alguns casos pode ser necessária a utilização de anestesia geral, sedação ou contenção física da criança (Lee, Rezamira, Jeffcott, Oberg, Domoto e Weinstein, 1994). As lesões de descalcificação não precisam transformar-se em cáries, se o processo for revertido e os dentes remineralizados com o atendimento odontológico precoce e com a orientação sistemática dos pais sobre os comportamentos de risco relacionados à saúde bucal da criança.

A prevenção da cárie de mamadeira exige também a orientação de profissionais que trabalhem regularmente com crianças, como auxiliares de creche, agentes comunitárias, professoras da pré-escola, babás etc.

Uma parte dos programas de orientação é a recomendação explícita para a interrupção do uso da mamadeira aos 12 meses de idade, um período crítico para a prevenção dessa doença. Os resultados não têm sido positivos, provavelmente porque, insistir no desmame nessa idade implica alterar normas culturais bem estabelecidas: retirar da alimentação infantil o que parece ser o mais apetitoso para a criança interfere

nos sentimentos da mãe e em suas crenças (Moraes e Ongaro, no prelo).

A supressão da mamadeira é ainda mais difícil quando se trata de crianças rebeldes ou doentes, dado o padrão comportamental de "birra" e irritabilidade. Além disso, a evidência clínica tem indicado que mães (e pais) solteiras e babás, têm dificuldade para produzir mudanças de comportamento, possivelmente por falta de suporte social e de treinamento. A mamadeira açucarada, oferecida no início da noite, atua como um embalo rápido ao sono profundo, levando tranqüilidade para pais e mães, freqüentemente estressados ao fim de um dia de trabalho.

A cárie é uma doença infecto-contagiosa e de etiologia multifatorial, representada pela presença de bactérias patogênicas na cavidade oral, por uma dieta rica em carboidratos refinados e pela baixa resistência do hospedeiro (Guedes Pinto, 1993). Além desses fatores desencadeantes, é razoável acrescentar como predisponentes as dificuldades dos pais em alterar hábitos alimentares ou intervir na higiene bucal dos filhos. Parece haver uma crença generalizada de que os dentes de "leite", porque são provisórios, não merecem cuidados especiais.

Os fatores de risco relacionados à alimentação variam entre as diferentes culturas. O número de crianças que sofre de cárie de mamadeira nos países ocidentais é estimado em 5% da população infantil, dependendo de fatores como cultura, raça e grau de urbanização (Ripa, 1988). Todavia, a exposição prolongada ao açúcar, não exclusivamente ao uso da mamadeira, é um comportamento de risco. As pesquisas que tentam identificar os fatores comportamentais de risco, têm-se detido no uso da mamadeira e na identificação de características da criança e dos pais (enfermeiras ou babás, que cuidam das crianças). Entretanto, também têm sido considerados comportamentos de ris-

co a amamentação livre à noite e o consumo freqüente de "salgadinhos", balas e refrigerantes açucarados (Weinstein, 1996).

A falta de limpeza regular dos dentes é outro fator de risco, em relação à cárie infantil. Mesmo considerando que a escovação dentária é uma prática comum, amplamente aceita, existe uma grande variação em relação a como e quando ela é realizada em crianças pequenas. Algumas características comportamentais de pais parecem estar relacionadas à ocorrência de cárie de mamadeira. Estudos mostram que o suporte social, o estresse e autocontrole dos pais influenciam as práticas de cuidado da criança, as quais, por sua vez, afetam o risco de a criança ter cáries. As evidências sugerem também que crianças que apresentam dentes com lesões cariosas são mais provavelmente cuidadas por avós ou mães que permitem o consumo de doces sem restrição (Marino, Bomze, Scholl e Anhalt, 1989). Resultados semelhantes foram observados em crianças com distúrbios de sono e conduta que vivem com pais solteiros. Em geral, tais crianças não recebem assistência odontológica regular, além de receberem menor suplementação de flúor do que aquelas que não têm cárie (Marino e col. 1989).

Uma explicação possível para a manutenção do uso da mamadeira noturna é que esta prática torna-se um hábito controlado pelos eventos ambientais naturalmente presentes, assim como pela supressão de choro, birra ou manha. Os pais têm dificuldade em quebrar esse hábito por causa das fortes exigências da criança ou ainda pela ausência de repertório adequado para lidar com a situação.

Uma Experiência de Integração entre Serviço e Pesquisa

Perspectivas individuais e comunitárias podem ser pontos de partida úteis para o desenvolvimento de programas de intervenção. Os

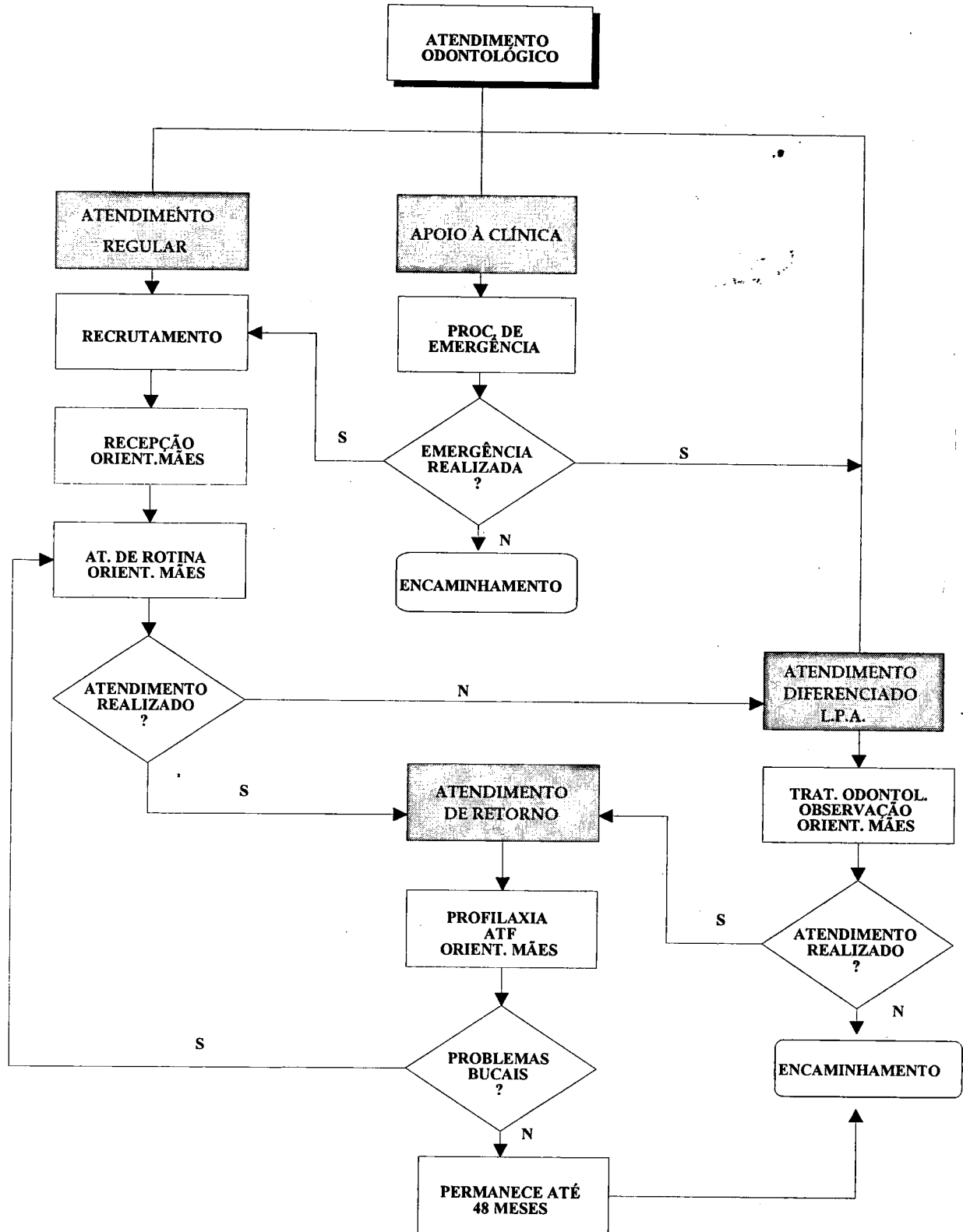
programas que visam atingir comunidades são eficazes para veicular informações, mas não têm sido bem sucedidos para mudar comportamentos. Por outro lado, as estratégias individuais são eficazes quando os benefícios para o indivíduo são objetivos e o custo de respostas baixos (Weinstein, 1996). Um programa de prevenção de cáries pode procurar atingir estas condições.

O objetivo deste trabalho é descrever um empreendimento de serviço e pesquisa que se desenvolve atualmente na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp). Trata-se do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais-CEPAE, um serviço de extensão universitária que pretende aliar serviço e pesquisa e integrar Odontologia e Psicologia.

O Quadro 1 apresenta o fluxograma deste centro e permite uma visualização das atividades que ali se desenvolvem. Podem-se observar cinco focos de ação: atendimento de rotina, atendimento de retorno, atendimento diferenciado, apoio à clínica e orientação de mães. Em todos procura-se integrar serviço e pesquisa.

O atendimento de rotina envolve recrutamento, recepção aos pais e atendimento odontológico regular. Um pré-requisito essencial para o ingresso no programa é que a criança não tenha mais de 18 meses. A recepção aos pais é realizada em dois encontros, durante os quais estes recebem orientação sobre saúde bucal e informações sobre os objetivos do serviço. No terceiro encontro, os pais trazem as crianças para a realização do exame clínico e plano de tratamento. A partir do quarto encontro, iniciam-se as atividades previstas no plano de tratamento e a orientação individual da mãe, tendo em vista aspectos específicos das condições bucais da criança. Quando o atendimento regular é concluído, mãe e filho são transferidos para o atendimento de retorno, que envolve visitas mensais ou bimensais. Nestas visitas,

Quadro 1. Fluxograma do atendimento odontológico do CEPAE



realiza-se a limpeza da boca da criança, aplicação tópica de flúor e orientação da mãe. Esta orientação, baseia-se nas condições de limpeza da boca da criança (presença de placa bacteriana⁽⁴⁾ e restos alimentares) e nas dificuldades das mães relacionadas às práticas de higiene, à dieta e ao manejo do comportamento da criança.

De uma maneira geral, mães não conseguem realizar escovação dentária regular em seus filhos, têm grande dificuldade em controlar o consumo de doces e refrigerantes, mostram hesitação quando solicitadas a suspender a mamadeira noturna e a chupeta. O atendimento de retorno é uma forma de manter uma influência regular sobre a mãe e um controle da saúde bucal do filho.

Nos anos de 1995 e 1996 entraram no programa de atendimento odontológico 200 novos pacientes; foram realizadas 2.821 práticas odontológicas, sendo que 90,53% foram preventivas e 9,46% curativas. Consideram-se práticas preventivas as aplicações tópicas de flúor e ou selantes, as profilaxias, orientações e treinamento de mães. Dos 122 pacientes que iniciaram o programa em 1996, 4,21% apresentaram manchas brancas nos dentes e 0,74% cárie. O índice de prevenção⁽⁵⁾ alcançado ao final de 1996 foi de 90,54%, para os pacientes que iniciaram o programa em 1995 (n=77), 92,31% para os que iniciaram o programa de janeiro a julho de 1996 e 98,41% para os pacientes que iniciaram o programa de agosto a dezembro de 1996. O índice de carióstase⁽⁶⁾ nos pacientes que iniciaram o programa em 1995 foi 50% e 100% para aqueles que iniciaram de agosto a dezembro de 1996.

⁽⁴⁾ Placa é o depósito bacteriano mole, não mineralizado, que se forma sobre os dentes que não são adequadamente higienizados.

⁽⁵⁾ Índice de prevenção = porcentagem de crianças que iniciaram o programa sem cárie e não adquiriram a doença.

⁽⁶⁾ Índice de carióstase = porcentagem de crianças que iniciaram o programa com cárie mas não adquiriram novas cáries.

O atendimento diferenciado é realizado em pacientes que representam um caso interessante de pesquisa ou exibem problemas de comportamento que exigem uma atenção mais demorada. Estes pacientes são atendidos no Laboratório de Psicologia Aplicada, que oferece condições especiais para observação do comportamento da criança, da mãe e do dentista. Em geral, 10% dos pacientes apresentam resistência ao tratamento nas primeiras sessões de atendimento. Quando o problema persiste, o cirurgião-dentista recebe supervisão especial sobre o uso de estratégias não-aversivas de controle de comportamento (reforçamento diferencial, estratégias de distração, terapia do brinquedo etc.). Na maioria das vezes, tais condutas têm sido bem sucedidas para a redução de medo ou de comportamentos não colaboradores. Em alguns casos, é necessário o controle aversivo com a presença e concordância da mãe. Atualmente, o atendimento de quatro pacientes está sendo sistematicamente estudado, para uma avaliação cuidadosa da interação profissional-paciente e aplicação de procedimentos adequados. Os dados, até aqui preliminares, indicam a eficácia do controle positivo (embora o consumo do tempo de atuação profissional seja maior), em relação ao utilizado com estratégias aversivas.

O apoio à clínica oferece atenção exclusiva aos casos de emergência (dores, traumatismos), estabelecendo um intercâmbio com a Clínica de Odontopediatria, onde os alunos de graduação realizam treinamento. É também uma oportunidade para o recrutamento de novos pacientes.

A orientação de mães é parte dos atendimentos de rotina, de retorno e diferenciado. Uma relação sintônica mãe-bebê estabelece as bases afetivas para o desenvolvimento da criança, por outro lado, uma relação de adesão mãe-cirurgião dentista resulta em saúde bucal para a

mãe e filho. Os pais são informados sobre o que é a doença bucal, sua evolução e conseqüências. Esta informação ocorre de maneira informal, de modo a possibilitar uma ativa participação da família, relatando informações e crenças sobre saúde bucal. A abordagem dos pais é vista como um problema de pesquisa, que busca a compreensão das variáveis que influenciam o comportamento de pais e filhos.

As estratégias de intervenção focalizadas na mamadeira incluem recomendações para uma passagem gradual desta para a xícara, eliminação das mamadeiras noturnas, aumento gradual do tempo entre mamadas e diminuição do açúcar no leite e nos sucos, diluindo-os. A escolha da intervenção correta é um componente essencial para seu sucesso. É mais prudente fortalecer a mãe do que culpá-la pela má condição bucal do filho. Mães e pais devem ser aconselhados e não instruídos autoritariamente sobre o que devem ou não fazer.

Existe um reconhecimento recente de que não é aconselhável focalizar as intervenções sobre saúde bucal exclusivamente na eliminação da mamadeira. Alguns pais entendem a suspensão da mamadeira como uma medida que prejudica a nutrição da criança. Desta maneira, a ausência de escovação regular, problemas nutricionais como a ingestão freqüente de carboidratos simples e problemas de sono podem ser alvos de intervenção mais adequados. Estratégias destinadas à compreensão e manejo do estresse dos pais de crianças resistentes são componentes importantes de um programa de saúde bucal.

A promoção da prevenção primária é muito difícil em populações de alto risco. Entretanto, a identificação precoce da descalcificação ou da cárie, pela inspeção da boca da criança, na qual a mãe tem um papel ativo, pode ser extremamente útil no aconselhamento. A informa-

ção específica de que a criança tem uma doença em estágio inicial é difícil de ignorar.

O atendimento odontológico (Quadro 1) gera continuamente situações que demandam soluções, tais como problemas clínicos (uma extração dental complicada), comportamentais (uma mãe que não consegue eliminar a mamadeira noturna do filho, uma criança rebelde que impede o tratamento ou ainda o controle de faltas e cancelamentos) ou operacionais (os dentistas-estagiários têm dificuldades técnicas, não realizam os registros clínicos e comportamentais ou exibem um repertório de interação social inadequado).

Embora um serviço de intervenção necessite de soluções rápidas, a abordagem dos problemas requer planejamento, coleta de dados e uma observação acurada da atuação dos profissionais e estagiários que executam os trabalhos. Algumas vezes, é preciso priorizar o serviço sem perder de vista a característica essencial do CEPAE, que é de integrar serviço e pesquisa. Um atendimento de urgência, por exemplo, pode ser o início de um estudo clínico, comportamental ou de natureza ética, ou ainda todos estes aspectos ao mesmo tempo.

Modelos para Mudança de Comportamento

O encontro entre profissional e paciente contém, freqüentemente, um conflito de expectativas. O profissional espera que aquele colabore com o tratamento, aceite e siga as recomendações sobre higiene bucal, dieta e medicação. O paciente espera que o profissional seja competente, atencioso e realize rapidamente o trabalho. Entretanto, o processo de tratamento exige do profissional e do paciente muito mais do que eles esperam dar. Ainda não se percebe com clareza que o resultado do mais simples procedimento técnico pode ser afetado pela qualidade da relação interpessoal profissional-paciente. As questões de natureza

interpessoal influenciam a colaboração e as crenças do paciente na eficácia do tratamento, assim como suas expectativas por resultados positivos (DiMatteo e Di Nicola, 1982). Recentemente, a literatura odontológica tem dado alguma atenção ao modelo de crenças no cuidado de saúde. Trata-se de um modelo descritivo, que propõe a existência de uma relação entre estas e o comportamento de cuidar da saúde. Os pontos essenciais deste modelo supõem que as pessoas se engajam em comportamentos preventivos e seguem as orientações médicas e odontológicas quando acreditam que são suscetíveis a uma doença e que suas ações influenciarão a probabilidade de que contraiam doenças. Estas crenças existiriam em uma extensão muito menor para aqueles indivíduos que não se engajam regularmente em atividades preventivas (Ingersoll, 1982). Crenças seriam, portanto, variáveis importantes a serem consideradas durante a implementação de estratégias de intervenção. Em odontologia, inúmeras gerações têm acreditado que:

A saúde bucal não é parte essencial da saúde geral.

Dentes têm função mais estética que biológica.

Dentes de "leite", porque vão ser substituídos, não precisam ser tratados.

Saúde bucal é mais um problema de hereditariedade do que auto-cuidado.

Cáries aparecem como consequência do uso de antibióticos.

Mães eventualmente recusam-se a amamentar garotos por causa de envolvimento eróticos e valorizam mais o atendimento clínico com a presença do profissional do que as práticas domésticas independentes.

Um outro modelo para a implementação de mudanças de comportamento indica que as pessoas não estão no mesmo estado de pronti-

ção para alterar práticas de cuidado, para prevenir a doença bucal das crianças que cuidam. Para desenvolver estratégias de intervenção é necessário prestar atenção ao processo que revela como as pessoas mudam seus comportamentos de cuidar da criança. Prochaska e DiClemente (1986) apresentaram um modelo de estágios que especificam como as pessoas mudam em relação a comportamentos aditivos - um modelo que já provou sua relevância para outros comportamentos de saúde, como realizar exercícios, perder peso e tomar decisões relacionadas à mamografia. O modelo propõe uma seqüência de estágios ao longo de um *continuum* que se inicia com a pré-contemplação (não pensar em adotar um comportamento de saúde alvo) seguida pela contemplação (pensar a respeito mas não ter nenhum plano definido para agir), a preparação (planejar a ação), a ação (início de um comportamento novo) e a manutenção (manter a ocorrência dos comportamentos novos). O modelo prevê a característica cíclica do processo de mudança e retornos a estágios anteriores. As mudanças de um estágio para outro podem ser avaliadas comparando-se a força dos aspectos positivos percebidos do novo comportamento (prós) com os aspectos negativos percebidos (contras).

O modelo de Prochaska sugere, ainda, que um ponto-chave é aumentar a percepção e a sensibilidade do indivíduo. Ao mesmo tempo, a apresentação de dicas para a ação, para aqueles com baixa motivação (os pré-contempladores), pode ativar o processo de mudança.

As intervenções face-a-face ou de pequenos grupos, como as realizadas no CEPAE, aumentam o conhecimento, influenciam a percepção, promovem ações preventivas e suporte afetivo. Entretanto, ainda não dispomos de metodologia e treinamento adequados para fundamentar as intervenções no modelo de Prochaska. Certamente, este é um problema

empírico importante que exige investigação científica. Igualmente importante, é lidar com o conceito que ainda prevalece entre a população e até mesmo entre cirurgiões-dentistas, a respeito do seu papel profissional. A Odontologia é vista (ainda) como prestadora de serviços curativos, sendo a prevenção considerada como algo de menor importância. Investir em uma mudança de concepção que reflita modificação de comportamento exige observação sutil e permanente da prática clínica. O processo de tomada de decisão e seus efeitos constituem sempre uma questão de serviço e pesquisa. Neste processo, geram-se soluções e novos problemas que representam a tarefa constante das pessoas que se envolvem no trabalho do CEPAE.

Referências Bibliográficas

- Bowen, W.H. e Tabak, L.A. (1995) *Cariologia para a Década de 90*. São Paulo: Editora Santos.
- Bryant, P.S. (1979) Behavioral dentistry: concept and challenge. Em, *Clinical Research in Behavioral Dentistry*. Proceedings of the Second National Conference on Behavioral Dentistry, edited by B.D. Ingersoll and W.R. McCutcheon, Morgantown: West Virginia University Press.
- DiMatteo, M.R. e DiNicola, D.D. (1982) *Achieving Patient Compliance: the Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press.
- Domoto, P.; Weinstein, P.; Leroux, B.; Koday, M.; Ogura, S. e Iatrid-Robertson, I. (1994) White spots in Mexican-American toddlers and parental preference for various strategies *Journal Of Dentistry for Children*, 61,342-346.
- Gimenes, M.G. (1994) Definição, foco de estudo e intervenção. Em, M.M.J. de Carvalho (Org.) *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy Cap.II.
- Guedes Pinto, A.C. (1993) *Odontopediatria*. São Paulo: Livraria Editora Santos.
- Ingersoll, B.D. (1982) *Behavioral Aspects in Dentistry*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lee, C.; Rezaiaimira, N.; Jeffcott, R.; Oberg, D.; Domoto, P.E. e Weinstein, P. (1994) Teaching parents at WIC Clinics to examine their high caries-risk babies. *Journal Of Dentistry for Children*, 6, 347-349.
- Mandel, I.D. (1995) Cárie dental: outra doença extinta? Em, W.H. Bowen e L.A. Tabak. *Cariologia para a Década de 90*. S.Paulo: Editora Santos.
- Marino, R.V.; Bomze, K.; Scholl, T.O. e Anhalt, H. (1989) Nursing bottle caries: characteristics of children at risk. *Clinical Pediatrics*, 28, 129-31.
- Moraes, A.B.A. e Ongaró, S. (no prelo) Contribuição da Psicologia da saúde à Odontologia. Em, C. Botazzo e S.T.F. Freitas (Orgs.) *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas*. S. Paulo: Editora da Unesp, cap.2 ()
- Prochaska, J.O. e DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. Em, W. Miller e Heather (Orgs.) *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York: Plenum Publishing Corp.
- Ripa, W.P. (1988) Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatric Dentistry*, 10, 268-282.
- Taylor, S.E. (1986) *Health Psychology*. New York: Random House.
- Thilstrup, A. e Fejerskov, O. (1986) *Textbook of Cariology*. Copenhagen: Munksgaard.
- Weinstein, P.; Domoto, P.; Wohlers, K. e Koday, M. (1992) Mexican American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: pilot study at a migrant farmworkers clinic. *Journal Of Dentistry For Children*, 59, 376-382.
- Weinstein, P. (1996) Research recommendations: pleas for enhanced research efforts to impact the epidemic of dental disease in infants. *Journal of Public Health Dentistry*, 56, 55-60.