

Avaliação do conhecimento e comportamento dos pacientes em tratamento odontológico em relação à cárie, doença periodontal e higiene bucal

THIAGO TAO AN CHOU*, NÁDIA DE SOUZA FERREIRA**, CLÁUDIO HIDEKI KUBO***, EDUARDO GALERA DA SILVA****, MARIA FILOMENA ROCHA LIMA HUHTALA*****, SÉRGIO EDUARDO DE PAIVA GONÇALVES*****¹, ANA PAULA MARTINS GOMES*****¹

* Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

** Mestranda em Odontologia Restauradora na Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

*** Doutor em Odontologia Restauradora pela Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

**** Professor Assistente Doutor do Departamento de Odontologia Social e Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

***** Professora Assistente Doutora do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

***** Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São José dos Campos/SP.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e comportamento dos pacientes em atendimento nas clínicas de Endodontia e Dentística da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos sobre cárie, doença periodontal e higiene bucal, por meio de um questionário específico e, após avaliação, orientar os participantes da pesquisa. Foram avaliados 430 pacientes adultos com idade entre 18 e 80 anos e os dados obtidos submetidos à análise estatística descritiva. Os resultados mostraram que 72% dos pacientes eram do gênero feminino, sendo predominante a faixa etária entre 41 a 50 anos. Verificou-se que os participantes com maior nível de escolaridade apresentaram mais conhecimento sobre cárie e doença periodontal. Escova e dentífrico foram os recursos mais utilizados para higienização bucal por 56,05% dos entrevistados. A presença de dor (53,03%) foi o fator que motivou a procura pelo atendimento odontológico, enquanto 46,97% foram motivados por atitude preventiva (consulta de rotina).

Endereço para correspondência:

Ana Paula Martins Gomes
Avenida Engenheiro Francisco José Longo, 777 – Jardim São Dimas
CEP 12245-000 – São José dos Campos/SP
Fone: (12) 3947-9048
E-mail: paula@fosjc.unesp.br

O fio dental é utilizado por 43,95% dos entrevistados, sendo que 46,05% não o utilizam alegando que o mesmo provoca sangramento gengival. Pôde-se concluir que os pacientes avaliados apresentaram nível de conhecimento desigual sobre cárie, doença periodontal e higiene bucal. O nível de escolaridade teve influência direta sobre o conhecimento e o comportamento dos pacientes em relação às principais doenças da boca. Existe a necessidade contínua de orientação sobre as medidas preventivas para cárie e doença periodontal, ressaltando o papel da dieta e da utilização do fio dental nos programas educativos.

DESCRITORES

Cárie dentária. Saúde bucal. Educação em saúde bucal.

INTRODUÇÃO

A cárie e a doença periodontal são reconhecidamente as doenças bucais mais comuns e constituem-se num dos principais problemas de saúde pública, afetando a qualidade de vida do indivíduo^{5,7,26}.

As estratégias para prevenção da cárie e da doença periodontal devem ser direcionadas para a eliminação dos fatores etiológicos. Considerando que o principal agente etiológico destas duas importantes patologias é a placa bacteriana, o seu controle é necessário e muito importante¹⁵.

Os métodos de controle de placa bacteriana mais eficazes incluem os procedimentos de natureza mecânica. A remoção ativa da placa bacteriana pelo paciente, também denominada autocuidado, é o resultado de diversos fatores, tais como: conhecimento sobre etiologia, patogenia, tratamento e controle das doenças dentárias, motivação, instrução em higiene bucal, destreza manual e adequação dos instrumentos de limpeza⁷. No entanto, a motivação pode ser considerada a mola propulsora de toda essa dinâmica de ação, influenciada pelas experiências passadas do paciente, sua família, cultura, seus valores, nível social e, mais certamente, pelo seu dentista^{6,16}. Portanto, para que se obtenha êxito no controle e prevenção das doenças bucais, deve-se trabalhar com os hábitos e comportamento dos pacientes, procurando modificá-los, visando a melhoria do seu estado de saúde. Garcia *et al.*¹⁵ elaboraram um programa de educação e motivação dos pacientes, no qual eles eram periodicamente educados e motivados para ressaltar a necessidade de retornos periódicos ao dentista e para a manutenção da saúde bucal alcançada.

Para o estabelecimento de hábitos adequados de saúde bucal, torna-se necessária a utilização de estratégias educativas, as quais permitirão que o paciente motive-se a cooperar com o tratamento odontológico e com as medidas de higiene bucal que lhe foram prescritas^{4,9,14}. Neste sentido, é imprescindível que ele seja educado e conscientizado sobre a importância de modificar comportamentos incorretos, esforçando-se por desenvolver hábitos que propiciem a manutenção de sua saúde bucal^{20,23,24}.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de conhecimento e comportamento dos pacientes em tratamento odontológico sobre cárie, doença periodontal e higiene bucal por meio de um questionário específico e, após avaliação, orientá-los sobre as técnicas corretas de escovação, uso do fio dental e mudanças nos hábitos alimentares, visando à prevenção dos principais problemas bucais (cárie e doença periodontal).

MÉTODOS

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de protocolo 042/2008-PH/CEP, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram avaliados, mediante um questionário, 430 pacientes adultos, de ambos os gêneros, com idade entre

18 e 80 anos, que ingressaram no atendimento ambulatorial da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista (UNESP), nas clínicas de Dentística e Endodontia.

O questionário foi elaborado com perguntas diretas para facilitar a compreensão pelos pacientes e contribuir para a clareza das informações. Previamente à aplicação do questionário, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e as dúvidas esclarecidas. As questões foram respondidas de forma voluntária e individual, sendo que o paciente poderia solicitar seu desligamento do estudo a qualquer momento.

Após o preenchimento do questionário, todos os pacientes receberam uma escova dental macia, fio dental, dentífrico e panfletos educativos, que abordavam explicações e orientações sobre técnicas de escovação e o uso correto do fio dental. Os pacientes assistiram a um vídeo educativo, com duração de 15 minutos, sobre métodos de higienização bucal e dieta adequada para a prevenção de cáries e doença periodontal.

Os dados obtidos por meio do questionário foram avaliados e seus resultados analisados estatisticamente (estatística descritiva).

RESULTADOS

Os resultados dos questionários foram expressos pela frequência de distribuições e computados em porcentagens, demonstrados em tabelas e gráficos.

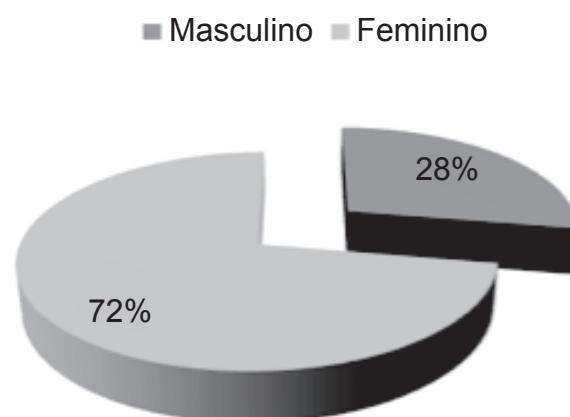


Figura 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero (feminino ou masculino).

Com relação aos pacientes avaliados, constatou-se que 310 (72%) eram do gênero feminino e 120 (28%) do masculino (Figura 1), sendo predominante a faixa etária entre 41 a 50 anos (Tabela 1). A Tabela 2 mostra o perfil dos pacientes avaliados em relação ao nível de escolaridade.

Os resultados apresentam que, quanto maior o nível de escolaridade dos pacientes, mais conhecimento sobre cárie e doença periodontal eles têm (Quadro 1).

O nível de escolaridade teve influência direta sobre a frequência de consultas ao cirurgião-dentista, sendo que quanto maior o nível de escolaridade mais frequente é a procura por este profissional (Figura 2) e maior é o número de escovações diárias (Figura 3).

A distribuição das respostas ao questionário aplicado é apresentada no Quadro 2.

Tabela 1

Relação entre faixa etária e número de pacientes atendidos

Idade	Número de pacientes	Frequência (%)
18 a 30	90	20,93
31 a 40	115	26,75
41 a 50	128	29,77
51 a 60	77	17,90
61 a 70	15	3,49
71 a 80	5	1,16
Total	430	100,00

Tabela 2

Relação entre nível de escolaridade e número de pacientes atendidos

Nível de escolaridade	Número de pacientes	Frequência (%)
Ensino fundamental incompleto	104	24,19
Ensino fundamental completo	60	13,95
Ensino médio incompleto	84	19,53
Ensino médio completo	146	33,95
Universitário	36	8,38
Total	430	100,00

Quadro 1

Distribuição das respostas ao questionário aplicado de acordo com o nível de escolaridade dos pacientes atendidos

Questões/respostas	Ensino fundamental incompleto n (%)	Ensino fundamental completo n (%)	Ensino médio incompleto n (%)	Ensino médio completo n (%)	Universitário n (%)
Você sabe o que é placa bacteriana?					
Sim	42 (40,38)	28 (46,67)	40 (47,62)	113 (77,40)	31 (86,11)
Não	24 (23,08)	11 (18,33)	17 (20,24)	13 (8,90)	3 (8,33)
Já ouvi falar, mas não sei exatamente o que é	38 (36,54)	21 (35,00)	27 (32,14)	20 (13,70)	2 (5,56)
Total	104 (100,00)	60 (100,00)	84 (100,00)	146 (100,00)	36 (100,00)
Você sabe o que é cárie?					
Sim	57 (54,80)	37 (61,67)	61 (72,62)	122 (83,56)	33 (91,67)
Não	18 (17,30)	6 (10,00)	14 (16,67)	10 (6,85)	2 (5,56)
Já ouvi falar, mas não sei exatamente o que é	29 (27,90)	17 (28,33)	9 (10,71)	14 (9,59)	1 (2,77)
Total	104 (100,00)	60 (100,00)	84 (100,00)	146 (100,00)	36 (100,00)
Você sabe o que é doença periodontal?					
Sim	18 (17,30)	16 (26,67)	25 (29,76)	66 (45,20)	24 (66,67)
Não	53 (50,97)	37 (61,67)	44 (52,38)	56 (38,36)	10 (27,77)
Já ouvi falar, mas não sei exatamente o que é	33 (31,73)	7 (11,66)	15 (17,86)	24 (16,44)	2 (5,56)
Total	104 (100,00)	60 (100,00)	84 (100,00)	146 (100,00)	36 (100,00)

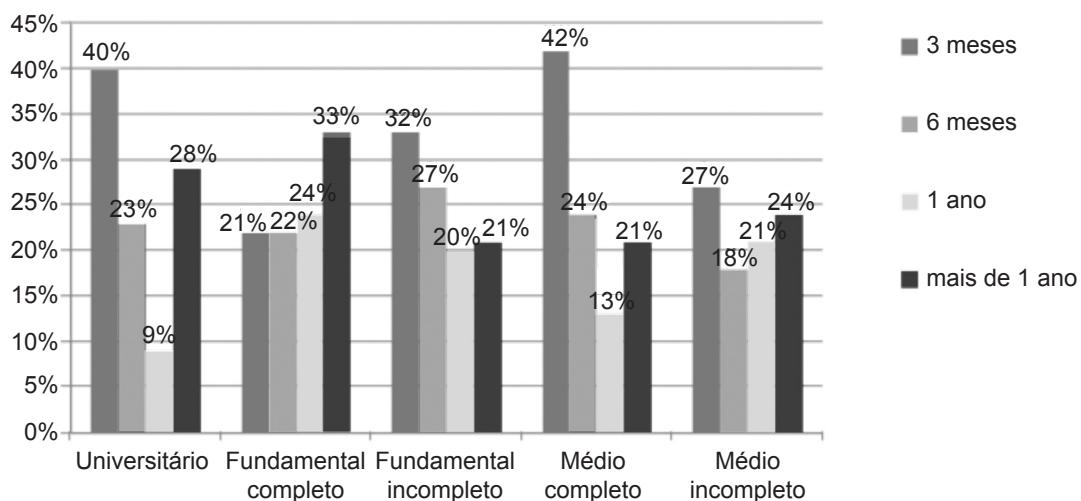


Figura 2 - Período em que ocorreu a última consulta dos pacientes estudados ao dentista.

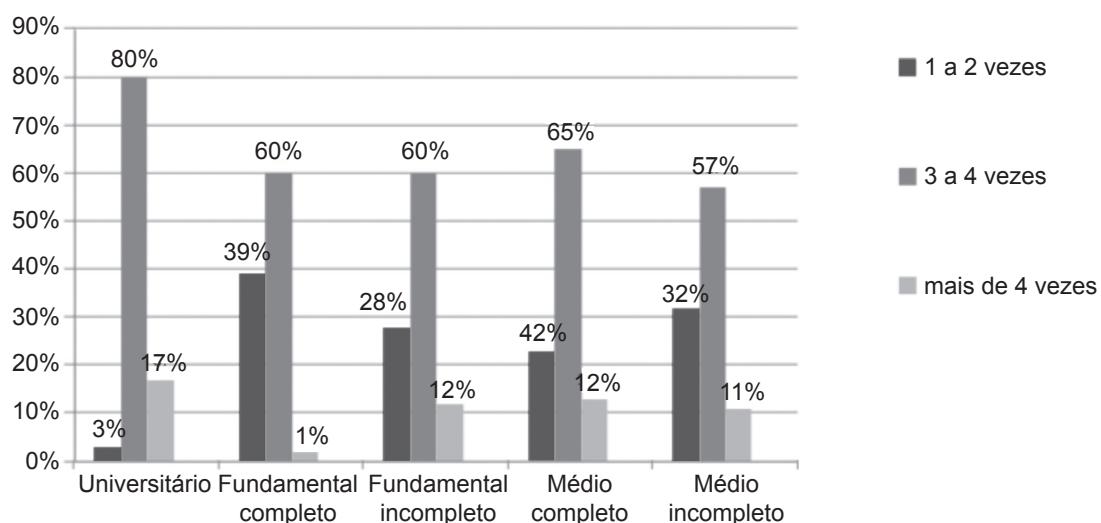


Figura 3 - Número de vezes que os pacientes estudados escovam os dentes por dia.

DISCUSSÃO

A cada ano, infelizmente, milhares de dentes ainda são perdidos em decorrência da cárie e doença periodontal. A população, de maneira geral, tem nível de conhecimento desigual sobre os métodos de higienização bucal e dieta recomendados para a prevenção dos problemas na boca, em decorrência da escolaridade, perfil socioeconômico, nível de interesse e oportunidade de aprendizagem. Nesse aspecto, os projetos e/ou programas sociais

são importantes para avaliar o conhecimento dos pacientes e estabelecer parâmetros educativos, visando à redução do número de perdas de elementos dentais ao longo dos anos.

O processo educativo em saúde bucal, agindo como um transformador de hábitos, pode promover mudanças na vida dos indivíduos e na realidade de uma sociedade¹⁰. Para instituir programas eficientes é necessário avaliar previamente os hábitos e o nível de conhecimento da população-alvo.

Quadro 2

Distribuição das respostas ao questionário aplicado quanto às informações relacionadas ao conhecimento e comportamento em saúde bucal

Questões/respostas	n	Frequência (%)
Quais são os recursos que você utiliza para fazer a higienização bucal?		
Escova e dentífrico	241	56,05
Escova, dentífrico e fio dental	155	36,05
Escova, dentífrico, fio dental e enxaguatório bucal	34	7,90
Você usa fio dental diariamente?		
Sim, antes da escovação	133	30,93
Sim, após a escovação	56	13,02
Não	241	56,05
Por que você não usa fio dental diariamente?		
Porque não sei passar	78	18,14
Porque provoca dor na gengiva	73	16,97
Porque provoca sangramento na gengiva	198	46,05
Porque custa caro	81	18,84
Você já recebeu orientação sobre higienização bucal?		
Sim	378	87,90
Não	52	12,10
De quem você recebeu orientação?		
Dentista	305	70,93
Pais	65	15,12
Amigos ou parentes	13	3,02
Meios de comunicação	47	10,93
Você acha que a cárie está relacionada a:		
Falta de higiene	323	75,12
Dieta	26	6,05
Dentes fracos	60	13,95
Herança familiar	21	4,88
Você acha que a doença periodontal está relacionada a:		
Falta de higiene	284	66,05
Dieta	13	3,02
Dentes fracos	90	20,93
Herança familiar	43	10,00
Você já recebeu alguma orientação sobre dieta?		
Sim	95	22,10
Não	335	77,90
Você acha que a dieta pode influenciar o aparecimento das cárries?		
Sim	164	38,14
Não	266	61,86
Você consome doces, refrigerantes, balas, chicletes, chocolate ou bolachas entre as refeições?		
Sim	327	76,05
Às vezes	35	8,14
Não	68	15,81
Você toma café com açúcar entre as refeições?		
Sim	181	42,10
Não	249	57,90
Se sim, quantas vezes ao dia?		
1 a 3 vezes	314	73,02
3 a 5 vezes	91	21,16
Mais de 5 vezes	25	5,82
Você procurou tratamento na faculdade por qual motivo?		
Dor	228	53,03
Consulta de rotina	202	46,97

O conhecimento sobre a etiologia da cárie e doença periodontal por parte dos pacientes é de fundamental importância para a prevenção. Neste aspecto, o cirurgião-dentista deve estar atento sobre o nível de conhecimento deles e procurar orientá-los com clareza nas informações.

De acordo com Gonçalves *et al.*¹⁶, a maioria dos pacientes pensa na escovação como um método preventivo para cárie, mas a prevenção para doença periodontal é raramente conhecida. No presente estudo, 75,12% dos participantes apontaram a falta de higiene como principal fator etiológico da cárie e 66,05% da doença periodontal (Quadro 2). Embora a falta de higiene seja realmente um dos fatores etiológicos, alguns autores verificaram que os sentimentos depressivos podem interferir no autocuidado, com reflexos na saúde geral e bucal¹. O estresse psicossocial e outros fatores psicológicos que interferem no bem-estar podem ter efeitos diretos ou indiretos na etiologia da periodontite¹². O estresse pode influenciar o comportamento de uma pessoa em relação à nutrição e higiene oral. Por outro lado, a depressão pode reduzir a energia e a autodisciplina, resultando em deterioração da higiene e da condição periodontal. Antila *et al.*¹ observaram que há um risco aumentado para danos à saúde em pacientes com sintomas depressivos ou de ansiedade.

Os resultados do presente estudo mostram que o cirurgião-dentista foi considerado pelos pacientes o maior responsável pela orientação sobre higiene bucal (Quadro 2). Teixeira *et al.*²⁷ relataram que 50% dos adultos de uma comunidade beira-rio já haviam recebido orientação sobre higiene de um dentista. Campos *et al.*⁸ relataram que a participação do dentista na educação em saúde bucal em escolas limita-se, geralmente, à realização de uma palestra sobre o conteúdo específico e que logo depois o profissional se desliga da escola. Emerge desta constatação a necessidade de se fortalecer iniciativas que possibilitem a aproximação efetiva do cirurgião-dentista das crianças, seus familiares e professores, visando obter mudanças no comportamento relativo à saúde, incorporação e manutenção de hábitos favoráveis^{3,13,17}. Segundo Mafrán *et al.*¹⁹, a orientação educativa para escolares possibilita a transmissão dos conhecimentos adquiridos à família e à sociedade, e esses escolares tornam-se promotores de saúde.

Celeste *et al.*⁹ constataram maior probabilidade da presença de cárie não restaurada em pessoas com baixa escolaridade. Os resultados do presente estudo mostraram que, quanto maior o nível de escolaridade dos pacientes, maior o conhecimento relatado sobre cárie e doença periodontal (Quadro 1) e mais frequente a procura pelo cirurgião-dentista (Figura 2), logo, maior acesso aos procedimentos preventivos e restauradores. Obviamente, a frequência de

consultas ao cirurgião-dentista deve ser definida de acordo com a situação e necessidade de cada paciente, mas a recomendação de que, no mínimo, sejam realizadas visitas anuais justifica-se pela maior probabilidade de detecção precoce das doenças bucais. Celeste *et al.*⁹ também observaram maior probabilidade da presença de cárie não restaurada em pacientes do gênero masculino. No presente estudo, 72% dos participantes pertenciam ao gênero feminino, sendo predominante a faixa etária entre 41 a 50 anos (Figura 1 e Tabela 1). Diferenças relacionadas à adoção de hábitos e comportamentos de saúde entre os gêneros vêm sendo observadas, identificando que as mulheres adotam alguns mais positivos em relação à saúde do que os homens. Além disso, elas têm mais preocupação com a aparência física, muito influenciada pelos padrões sociais e culturais vigentes, contribuindo para que assumam mais cuidado em relação ao seu corpo, o que repercute nos hábitos e comportamento em saúde bucal¹⁸.

Dos pacientes avaliados no presente estudo, 61,86% não tinham conhecimento sobre a influência da dieta na saúde bucal (Quadro 2), o que também foi observado por Teixeira *et al.*²⁷, que relataram o uso de açúcar refinado por 75% dos adultos e em 100% das bebidas consumidas pelas crianças de uma comunidade beira-rio. Esses resultados demonstram que os pais devem ser orientados também quanto à dieta de seus filhos. Silva *et al.*²⁵ observaram que o esclarecimento das mães em relação à transmissibilidade de bactérias aos filhos resultou em diminuição do número de cárries na dentição decídua. De acordo com Reis *et al.*²³, a gestante, quando bem orientada, pode atuar como um agente multiplicador das informações sobre prevenção, ajudando na manutenção e hábitos preventivos no meio familiar.

Teixeira *et al.*²⁷ relataram que 75% dos adultos higienizam os dentes com escova e dentífrico e 50% apresentaram sintomas tardios de doença bucal como motivo da última consulta com o cirurgião-dentista, concordando com nossos resultados, nos quais 56,05% dos pacientes relataram a escova e o dentífrico como os principais recursos utilizados para fazer a higienização bucal e 53,03% apontaram a dor como motivo para a procura pelo tratamento odontológico (Quadro 2).

Davoglio *et al.*¹¹, em um estudo com escolares adolescentes da região metropolitana de Porto Alegre, verificaram que apenas 31,9% dos escolares faziam uso diário do fio dental. Nossos resultados mostraram que 56,05% dos pacientes avaliados não o usam diariamente. Destes, 46,05% relataram que o fio dental provoca sangramento gengival, 18,14% que não sabem usá-lo e 18,84% que não usam porque “custa caro” (Quadro 2).

Uma explicação provável para os resultados poderia ser a falta de orientação sobre a maneira correta de utilização do fio dental. Outra explicação poderia ser o fato da escovação dentária ser um hábito mais consolidado que o uso do fio. É relativamente comum a distribuição de escovas em programas educativos ou nas escolas, o que não ocorre com o fio dental. O fornecimento também poderia ser uma prática adotada como rotina, uma vez que a universalização de acesso a ele é uma estratégia que vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde em uma abordagem coletiva de promoção da saúde e prevenção da cárie dentária¹¹. Neste sentido, Neves *et al.*²¹ acreditam que além de programas educativo-preventivos nas escolas e unidades de saúde, há a necessidade de adoção de estratégias que disponibilizem instrumentos de higiene bucal à população de baixo nível socioeconômico. O serviço público odontológico atribui prioridade para a promoção de saúde, uma política que está em fase de expansão, evidenciando indicações favoráveis do efeito da redução das desigualdades em saúde bucal².

Orsi *et al.*²², ao avaliar os hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal, concluíram que o programa educativo preventivo instituído cumpriu o objetivo de transmitir conhecimento a esses escolares, porém ainda há a necessidade de enfatizar alguns pontos. Essas mesmas observações são válidas para o estudo em questão,

uma vez que a maioria dos pacientes, mesmo em tratamento, desconhecia informações importantes a respeito dos métodos de higienização para prevenção das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal).

Antes da elaboração de programas educativos em saúde bucal, é fundamental que a população-alvo seja cuidadosamente avaliada. Os programas propostos devem ser direcionados às necessidades e dificuldades da comunidade atendida e, mesmo após a implantação dos programas, existe a necessidade de acompanhamento longitudinal para a avaliação dos resultados obtidos.

CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia empregada e com os resultados obtidos, pode-se concluir que:

- os pacientes avaliados apresentaram nível de conhecimento desigual sobre cárie, doença periodontal e higiene bucal;
- o nível de escolaridade teve influência direta sobre o conhecimento e comportamento dos pacientes em relação às principais doenças bucais;
- existe a necessidade contínua de orientação sobre as medidas preventivas para cárie e doença periodontal, ressaltando o papel da dieta e da utilização do fio dental nos programas educativos.

ABSTRACT

Evaluation of the knowledge and behavior of the patients in dental treatment in relation to caries, periodontal disease and oral hygiene

The aim of this study was to evaluate the knowledge and behavior as to caries, periodontal disease and oral hygiene of patients in treatment in the clinics of Endodontic and Dentistry of the State University of São Paulo – São José dos Campos Dental School – São Paulo State University (UNESP), through a specific questionnaire. After the evaluation of the answers given, the participants in the survey were oriented. A group of 430 adults with between 18 and 80 years old were evaluated. The data obtained was submitted to statistical analysis. The results showed that 72% of the group consisted of women and the age ranged between 41 to 50 years old. It could be also seen that patients with a higher educational level had more previous information about caries and periodontal diseases. Dental brush and toothpaste were the resources mostly used for oral hygiene for 56.05% of the patients interviewed. Pain was the motivating factor for seeing a dentist (53.03%), while 46.97% of the patients were motivated by a preventive care (routine evaluation). The dental floss was used by only 43.95% of the patients and the 46.05% that didn't use it said that it was due to gum bleeding. The patients evaluated presented an uneven knowledge on caries, periodontal disease and oral hygiene. The educational level had a direct influence on knowledge and behavior of the group evaluated as to the main oral diseases. There is a need for a continued orientation on preventive care of caries and periodontal disease, with emphasis on diet and dental floss used in educational programs.

DESCRIPTORS

Dental caries. Oral health. Health education, dental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anttila S, Knuuttila M, Ylöstalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *Eur J Oral Sci* 2006;114(2):109-14.
2. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):360-5.
3. Aquilante AG, Almeida BS, Castro RFM, Xavier CRG, Peres SHCS, Bastos JRM. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. Ver *Odontol UNESP* 2003;32(1):39-45.
4. Arnett GW, Worley CM Jr. The treatment motivation survey: defining patient motivation for treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999;155(3):233-8.
5. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol* 1991;18(3):182-9.
6. Barker T. Patient motivation. *Dent Update* 1999;26(10):453-6.
7. Buischi YP, Axelsson P, Siqueira TRF. Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 169-210.
8. Campos L, Bottan ER, Farias J, Silveira EG. Conhecimento e atitudes sobre saúde e higiene bucal dos professores do ensino fundamental de Itapema – SC. Ver *Odontol UNESP* 2008;37(4):389-94.
9. Celeste RK, Nadanovsky P, Leon AP. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e prevalência de cárie dentária. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):830-8.
10. Costa ICC, Fuscella MAP. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Rev Ação Coletiva* 1999;2(3):45-7.
11. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2009;25(3):655-67.
12. Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005;32(11):1134-40.
13. Figueira TR, Leite ICG. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *RGO* 2008;56(1):27-32.
14. Freeman R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Br Dent J* 1999;187(6):307-12.
15. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra MC. Elaboração de um programa de educação e de motivação do paciente para o retorno periódico. *Robrac* 2000;9(27):37-40.
16. Gonçalves PC, Vinholis AHC, Garcia PPNS, Corona SAM, Pereira OL. Considerações sobre programas de controle de placa. *Robrac* 1998;7(23):36-9.
17. Granville-Garcia AF, Silva JM, Guinho SF, Menezes V. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. *RGO* 2007;55(1):29-34.
18. Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2006;15(4):29-39.
19. Mafrán MIC, Cosme YCR, Lobaina YL, Hung AMR, Torres AC. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez”. *Medisan* 2010;14(2):232-42.
20. Moraes N, Bijella VT. Educação odontológica do paciente. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1982;36(3):300-7.
21. Neves AM, Passos IA, Oliveira AFB. Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. *Odontol Clin-Cient* 2010;9(1):65-71.
22. Orsi VME, Pereira AA, Flório FM, Souza LZ, Boaretto P, Pinheiro PPS, et al. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal. *RGO* 2009;57(3):291-6.
23. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(1):269-76.
24. Santos MS, Machado WAS. A visão da prevenção através da realidade e do comportamento dos pacientes de uma faculdade. *Periodontia* 1995;4(1):217-23.
25. Silva FWGP, Assed S, Queiroz AM, Nelson-Filho P. Impacto da adoção de medidas preventivas direcionadas a mães altamente infectadas sobre a saúde bucal do bebê. *Pediatria* 2009;31(4):274-80.
26. Susin AH, Pereira OL. Atendimento preventivo em consultório e orientação continuada: uma solução ao nosso alcance. *Robrac* 1993;3(7):33-4.
27. Teixeira SC, Cerqueira MN, Ferreira APP, Rocha DM, Naresi SCM. Comunidade Beira-rio: primeiro relato sobre condição bucal, hábitos de higiene e dieta alimentar. *Ciênc Odontol Bras* 2009;12(1):6-14.

Recebido em: 26/12/10

Aceito em: 10/2/11