

CONHECIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADULTOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, BRASIL

DENTAL KNOWLEDGE AMONG INDIVIDUALS FROM A FAMILY-HEALTH UNIT IN SÃO CARLOS, BRAZIL

Mara Regina Petromilli Nordi Dovigo*
 Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia**
 Juliana Álvares Duarte Bonini Campos**
 Lívia Nordi Dovigo***
 Isabel Aparecida Porcatti de Walsh****

RESUMO

Introdução: O planejamento e execução das ações educativas em saúde bucal devem levar em consideração o nível de conhecimento da população sobre as principais doenças bucais, como a cárie e doença periodontal. Assim, esse estudo avaliou o conhecimento odontológico de usuários atendidos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em São Carlos/SP. **Métodos:** O instrumento de análise foi um questionário relacionado à etiologia, prevenção e evolução da cárie dental e doença periodontal, o qual foi aplicado em 168 usuários maiores de 18 anos. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e a análise dos resultados foi feita de forma descritiva. **Resultados:** Dos indivíduos estudados, 66,67% responderam ter recebido informações sobre cuidados de saúde bucal e a principal fonte de informação foi o dentista (60,71%). Com relação ao conhecimento sobre cárie dental, a resposta mais citada esteve relacionada com perfuração, buraco e furo nos dentes (20,34%). A etiologia multifatorial (açúcares/bactérias/má higiene) não foi citada. Uma baixa porcentagem dos indivíduos (24,40%) revelou saber o que é a doença da gengiva. De todos os participantes, 80,36% responderam saber que a correta higienização bucal é importante e os principais motivos citados foram a manutenção da saúde bucal (29,63%), evitar doenças (16,30%), preservar e prevenir doenças (14,81%). **Conclusões:** Concluiu-se que os usuários da USF avaliada apresentam deficiente conhecimento relativo aos temas apresentados, indicando a necessidade de melhoria desse conhecimento por meio de programas educativos.

DESCRITORES: Saúde bucal • Educação odontológica • Saúde da família

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy is a primary care public policy that is becoming a decisive step towards the transformation of the Brazilian healthcare model. This study evaluated the dental knowledge among individuals who attended a Family-Health Unit (FHU) in the city of São Carlos, SP, Brazil. **Methods:** The evaluation was based on a questionnaire with 20 questions about oral health, prevention and development of dental caries and periodontal disease. The questionnaire was given to 168 individuals, over 18 years of age and both sexes, to fill out under the supervision of a trained dentist. After data collection, the answers contained in the original questionnaires were entered into a database built using the program Excel® (Microsoft Corporation, USA) and a descriptive statistical analysis was done. **Results:** 66.67% of the subjects reported having received information about dental caries and periodontal disease before attending the FHU, and dentists were cited as the main source of such information (60.71%). With regard to dental caries, 70.24% of the individuals stated that they knew about the subject, but the majority of answers revealed incorrect explanation of it. The multifactorial etiology (bacteria/sugar/poor hygiene) was not mentioned. A low percentage of subjects (24.40%) claimed to know what periodontal disease is, and of these, the highest percentage of responses was related to gingivitis (26.83%) and gingival bleeding (12.20%). Out of all subjects, 80.36% affirmed that oral hygiene is important, and among them, the main reasons cited were the maintenance of oral health (29.63%), to avoid diseases (16.30%) and to preserve and prevent disease (14.81%). **Conclusion:** Responses from the questionnaires revealed deficient dental knowledge among the individuals. To improve the understanding about this issue, the information obtained through the questionnaire can be used to develop educational programs that will focus specifically on the major deficiencies found.

DESCRIPTORS: Oral health • Education, dental • Family health

* Aluna de pós-graduação em Saúde da Família e da Comunidade, Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, São Carlos, SP, Brasil.

** Professor Assistente Doutor do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP - Univ Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil.

*** Aluna de pós-graduação em Reabilitação Oral-Área de Prótese, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP - Univ Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil.

**** Professor Adjunto na Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

A Saúde da Família pode ser entendida como uma forma de reorientação do modelo assistencial (centrado na doença), operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Algumas experiências internacionais serviram de exemplo para a implantação da Saúde da Família no Brasil, como, por exemplo, o modelo de medicina familiar que já havia sendo aplicado nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Cuba (Oliveira e Saliba¹, 2005). No Brasil, essa estratégia foi denominada inicialmente de Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi concebido em 1993 e oficializado em 1994 pelo Ministério da Saúde como política nacional de atenção básica (Costa *et al.*², 2009). Atualmente, o PSF passou a ser considerado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, enquanto que a ESF possui características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (Giacomozzi e Lacerda³, 2006). Trata-se, portanto, de um modelo que preconiza uma equipe multiprofissional de saúde envolvida com a população de uma área geográfica delimitada (território), fazendo com que as equipes se aproximem dos domicílios, das famílias e das comunidades (Escorel *et al.*⁴, 2007).

Na ESF, a organização do processo de trabalho é centrada na vigilância à saúde e tem como principal alicerce a territorialidade. Essa perspectiva pressupõe conhecer detalhadamente o território, não apenas como área de abrangência, mas também como território-processo. Dessa forma, existe a oportunidade de definição de problemas, prioridades e recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade. O território é compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais com suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação e acesso à educação, como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, concepções sobre saúde-doença, família e sociedade (Hubner e Franco⁵, 2007). A ESF estabelece vínculos e laços de com-

promisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e população. Dentro dessa perspectiva, o núcleo familiar como um todo passa a ser objeto da atenção, ao mesmo tempo em que é compreendido como sujeito de sua história.

As equipes de saúde da família, responsáveis por desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, são compostas no mínimo por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A Odontologia foi inserida na ESF pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001 (Emmi e Barroso⁶, 2008). Assim, as equipes podem ser ampliadas com a participação de um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A inclusão de CDs nas equipes de saúde família pode ser considerada de grande importância para a realização das práticas propostas na ESF. Segundo Narvai⁷ (2001), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. Já foi relatado (Emmi e Barroso⁶, 2008) que a implantação da equipe de saúde bucal dentro de uma unidade de saúde da família resultou em melhora considerável na saúde bucal da população atendida. Para isso, foram desenvolvidas atividades educativas, preventivas e curativas junto à comunidade, visitas domiciliares e em escolas (Emmi e Barroso⁶, 2008).

As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção e prevenção em saúde, controle e tratamento das doenças bucais, como a cárie e a doença periodontal. Devido a sua alta prevalência, a cárie e a doença periodontal constituem importantes problemas de saúde pública, que podem afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos (Garcia *et al.*⁸, 2000).

A cárie dental é uma doença infecto-contagiosa de origem bacteriana, que pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais, causada





pela ação de ácidos. Ela acontece quando existe a associação entre placa bacteriana cariogênica, dieta inadequada e higiene bucal deficiente. Essa associação leva à desmineralização dos tecidos dentais (esmalte, dentina ou cimento), ocasionada especialmente pelo ácido lático, produzido pela fermentação bacteriana dos carboidratos da dieta, geralmente a sacarose (Aranha⁹, 2002). Quando não tratada, a cárie pode se desenvolver continuamente, levando até à perda do elemento dental. Juntamente com a cárie dental, a doença periodontal pode ser considerada uma das patologias de maior manifestação em adultos, podendo resultar em perdas dentárias. É uma doença infectoinflamatória que acomete os tecidos de proteção (gengiva) e de sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes, sendo denominada de gengivite e periodontite, respectivamente (Lindhe *et al.*¹⁰, 2005). A etiologia da doença periodontal é microbiana, sendo agravada quando a higiene bucal é negligenciada.

Embora os fatores biológicos sejam essenciais para o desenvolvimento da cárie e da doença periodontal, a ocorrência dessas patologias pode estar condicionada a outros fatores, como desenvolvimento educacional de cada população. Isso porque o principal fator etiológico para essas doenças bucais é o acúmulo de placa bacteriana, a qual pode ser eficientemente controlada, caso o indivíduo tenha consciência e responsabilidade sobre sua própria saúde, adotando procedimentos de higienização adequados e visitas regulares ao dentista. Nesse contexto, a educação em saúde representa estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos que promovam ou mantenham boa saúde (Moysés e Watt¹¹, 2000). A educação da população, quando adequadamente realizada, pode atuar como instrumento de transformação social, favorecendo a reformulação de hábitos, incorporação de novos valores e a consciência da saúde para a vida. Garcia *et al.*¹² (2004), avaliaram os efeitos de um programa educativo sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos, e observaram que o programa proposto foi efetivo na melhoria do nível

de conhecimento odontológico e comportamento de higiene bucal dos pacientes, mesmo após seis meses da sua aplicação.

O planejamento e execução das ações educativas em saúde bucal devem levar em consideração o nível de conhecimento da população sobre as principais doenças bucais, como a cárie e doença periodontal. Ferreira *et al.*¹³ (1998), elaboraram um instrumento que possibilitou a realização de um inquérito epidemiológico para obtenção de informações sobre cárie e doença periodontal, estabelecendo importantes bases para o processo de planejamento. No ano de 2003 foi realizado um estudo com o propósito de avaliar o conhecimento popular e as práticas cotidianas de saúde bucal de usuários de serviços públicos (Unfer e Saliba¹⁴, 2000). Os autores do referido estudo concluíram que os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal, para viabilizar o processo de capacitação da população e promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde em todos os níveis da sociedade (Unfer e Saliba¹⁴, 2000). Uma das principais metodologias utilizadas para a avaliação do nível de conhecimento de uma determinada população é a aplicação de questionários (Garcia *et al.*¹², 2004, Brabo *et al.*¹⁵, 1998, Frenkel *et al.*¹⁶, 2002).

Apesar da grande importância em se determinar o nível de conhecimento em saúde bucal de uma determinada população previamente à elaboração de programas preventivos-educativos, os estudos que se propõem avaliar o conhecimento de saúde bucal entre usuários de Unidades de Saúde da Família (USF) e consequentemente ESFs são escassos. Ao se levantar e determinar o saber popular sobre as principais doenças bucais em territórios definidos, programas educativos mais eficientes e resolutivos poderiam ser desenvolvidos, com enfoque nas principais deficiências de cada comunidade atendida. Assim, estudos que avaliem o nível de conhecimento sobre cárie dental e doença periodontal de indivíduos atendidos em Unidades de Saúde da Família são extremamente importantes, pertinentes e necessários, pois possibilitam a elabora-

DOVIGO MRPN
 GARCIA PPNS
 CAMPOS JÁDB
 DOVIGO LN
 WALSH IAP

CONHECIMENTO
 ODONTOLÓGICO
 DE ADULTOS
 ATENDIDOS EM UMA
 UNIDADE DE SAÚDE
 DA FAMÍLIA DO
 MUNICÍPIO DE SÃO
 CARLOS, BRASIL

ção de estratégias educativas específicas e direcionadas às principais deficiências na educação em saúde bucal da comunidade avaliada. Assim, este estudo avaliou o nível de conhecimento odontológico (etiologia, desenvolvimento e prevenção da cárie dental e doença periodontal) de usuários adultos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos/SP.

MÉTODOS

Delineamento Amostral

Trata-se de um estudo observacional, de natureza quantitativa, com delineamento amostral não probabilístico. A população, objeto deste estudo, foi composta por todos os usuários adultos, a partir de 18 anos, de ambos os sexos, de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos/SP, que procuraram qualquer tipo de atendimento na referida unidade no período de julho a outubro de 2009 e concordaram em participar de livre e espontânea vontade da pesquisa (n=168). É importante salientar que este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP (protocolo n.048/2009)

Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de análise utilizado foi um questionário, adaptado de Santos *et al.*¹⁷ (2003), composto por 20 questões fechadas e abertas. A inclusão de questões abertas teve como objetivo favorecer a preservação da multiplicidade de informações, permitindo que os usuários avaliados se expressassem sinceramente, evitando o direcionamento das respostas e a distorção da real situação.

O instrumento de análise identificou inicialmente os dados pessoais dos indivíduos, como sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão.

As variáveis relacionadas ao conhecimento odontológico dos indivíduos avaliados foram reunidas nos seguintes grupos: Placa bacteriana; Cárie dentária; Doença periodontal e Medidas preventivas para as doenças bucais.

Estudo Piloto

Com o intuito de ajustar o instrumento de coleta de dados, ou seja, o questionário, este foi testado previamente, sendo aplicado a 20 usuários de uma Unidade de Saúde da Família de São Carlos. Como não surgiram dificuldades por parte dos usuários avaliados no preenchimento dos questionários, não foram necessários ajustes. Portanto, os usuários do estudo piloto foram incluídos no experimento definitivo. Por meio do estudo piloto, foi possível a elaboração de um questionário de enquadramento, cuja função foi estruturar as respostas obtidas em diferentes categorias, facilitando o processamento dos resultados.

Experimento Definitivo – Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre julho e outubro de 2009. Foi realizada por um único examinador, devidamente treinado para a aplicação do instrumento, que inicialmente fez sua apresentação aos sujeitos da pesquisa esclarecendo seus objetivos e solicitando sua participação após assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, garantindo-se o anonimato e sigilo dos dados coletados. No caso de usuários analfabetos (sem condições de leitura) que quiseram participar da pesquisa, a apresentação foi feita por meio de leitura pelo próprio examinador, acompanhado de outra pessoa que testemunhou e assinou juntamente o termo de consentimento.

Os questionários foram respondidos pelos usuários, na própria Unidade de Saúde da Família, na presença do pesquisador, de forma a tornar possível o esclarecimento de eventuais dúvidas durante seu preenchimento, sem, contudo, influenciar o conteúdo das respostas. Aos usuários que não tinham condições para leitura e preenchimento individual do questionário, o pesquisador leu as questões e anotou as respostas da forma como eram dadas.

Análise Estatística

Após a coleta dos dados, as respostas contidas no questionário original foram transpostas para o questionário de enquadramento das respostas. As informações





foram armazenadas em microcomputador, por meio de um banco de dados construído com a utilização do programa Excel® (Microsoft Corporation, USA). A análise dos resultados foi feita de forma descritiva, mediante a elaboração de tabelas, nas quais foram colocadas as respostas para cada questão em valores absolutos e percentuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Perfil Pessoal e Profissional

Nesta seção está apresentada a distribuição dos indivíduos conforme os aspectos pessoais: sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão. Com relação ao sexo, observou-se um predomínio do sexo feminino sobre o masculino (73,21% e 26,79% respectivamente). Pode-se verificar que a faixa etária predominante foi de 41 anos ou mais (41,07%). A maior parte dos entrevistados eram indivíduos casados (60,71%), com nível de escolaridade entre ensino fundamental e médio (89,88%) e com trabalho remunerado (47,02%).

Conhecimento Odontológico

Inicialmente, os indivíduos foram questionados sobre qual fonte de informações sobre saúde bucal eles já haviam utilizado. Pôde-se observar que 66,67% dos indivíduos estudados responderam ter recebido informações sobre cuidados de saúde bucal e a principal fonte de informações foi o dentista (60,71%), seguida pelo Posto de Saúde e Unidade de Saúde da Família (8,93%). Verifica-se que uma porcentagem muito pequena de usuários da Unidade de Saúde da Família estudada (3,57%) relatou ter recebido informações sobre saúde bucal na escola. Isso pode ser explicado pelo perfil da população estudada, constituída na sua maioria de trabalhadores com idade superior a 41 anos, que não tiveram acesso a programas educativo-preventivos com vistas à saúde bucal na escola, pois a atenção odontológica escolar tinha como foco o tratamento curativo, diferentemente do que é preconizado nos dias atuais, quando a escola apresenta um papel significativo na promoção de saúde bucal das crianças que a frequentam (Garbin *et al.*¹⁸, 2009, Gill

*et al.*¹⁹, 2009, Yazdani *et al.*²⁰, 2009). Pesquisas realizadas por Garcia e Caetano²¹ (2008), Glasrud e Frazier²² (1988), Lang *et al.*²³ (1989), Oliveira²⁴ (1996), Peterson *et al.*²⁵ (2001), Sgan-Cohen *et al.*²⁶ (1999) em diferentes países também encontraram o dentista como principal fonte de informações sobre saúde bucal. Por outro lado, Petersen e Esheng²⁷ (1998), Petersen e Mzee²⁸ (1998), encontraram a televisão como a fonte mais citada, apresentando resultados diferentes dos nossos.

O grande percentual de indivíduos participantes deste estudo que assinalaram o dentista como principal fonte de informações sobre saúde bucal demonstra a importância da classe odontológica quanto à educação com vistas à manutenção de saúde bucal da população. Por outro lado, 8,93% dos entrevistados relataram que obtiveram informações em Postos de Saúde/Unidade de Saúde da Família, demonstrando também a importância dessas Unidades como locais de saúde baseada na educação, motivação/encorajamento e apoio de seus usuários para que estes assumam maior controle sobre a sua saúde (empoderamento) o que vai de encontro às propostas do Sistema Único de Saúde, o qual incentiva a autoresponsabilidade e a participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à saúde, sendo essas condições indispensáveis para que ocorra a otimização da atenção à saúde no Brasil (Campos e Wendhausen²⁹, 2007).

Para a observação do conhecimento odontológico dos usuários da Unidade de Saúde da Família, serão analisadas as Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos indivíduos avaliados de acordo com questões relacionadas à placa bacteriana, e foi observado que apenas 38,10% relataram ter conhecimento sobre ela. Quando solicitados a conceituarem-na, 37,5% responderam que ela é uma placa dura que fica em volta da raiz do dente e infecciona e 23,44% que é o acúmulo de sujeira. Pode-se notar nessas duas principais respostas que existe um conceito inadequado de placa bacteriana, quer relacionando-a com acúmulo de sujeira ou confundindo-a com o tártaro

DOVIGO MRPN
 GARCIA PPNS
 CAMPOS JÁDB
 DOVIGO LN
 WALSH IAP

CONHECIMENTO
 ODONTOLÓGICO
 DE ADULTOS
 ATENDIDOS EM UMA
 UNIDADE DE SAÚDE
 DA FAMÍLIA DO
 MUNICÍPIO DE SÃO
 CARLOS, BRASIL

•• 112 ••



dental. O equívoco observado em relação ao acúmulo de sujeira, possivelmente seja responsabilidade dos próprios cirurgiões-dentistas, que, objetivando facilitar o entendimento de seus pacientes sobre placa bacteriana, usam termos como “sujeira” ou “restos de alimentos” e, conseqüentemente, estimulam a criação de conceitos inadequados. Por outro lado, a confusão observada neste estudo entre a placa bacteriana e o tártaro pode ser explicada pela facilidade de visualização a olho nu do tártaro supragengival, diferentemente do que acontece com a placa bacteriana. A placa bacteriana ou biofilme dental é uma fina camada formada por micro-organismos colonizadores que se proliferam e se aderem na superfície dental, e que também pode estar associada a outros componentes, como os restos alimentares (Fedi e Verino³⁰, 1998).

Com relação às doenças bucais causadas pela placa bacteriana, uma baixa porcentagem dos usuários entrevistados (23,21%) respondeu que sabiam quais eram essas doenças. Dos indivíduos que responderam afirmativamente a essa questão, o maior índice de respostas relacionou-se à cárie (17,95%), gengivite/infecção da gengiva (15,38%) e apodrecimento e enfraquecimento dos dentes (15,38%). Entretanto, outros itens foram relacionados como doenças e citados com menor frequência como câncer, mau hálito e dor. Na verdade, apenas a doença da gengiva (incluindo-se também a inflamação da gengiva) e a cárie dental podem ser consideradas como doenças bucais causadas pela placa bacteriana. A perda dos dentes, “apodrecimento e enfraquecimento dos dentes” e o mau hálito são enquadrados como sinais ou manifestações dessas doenças. A associação entre fator etiológico da doença e seus sintomas é comum, sendo também observada por Garcia e Caetano²¹ (2008), e Oliveira²⁴ (1996), evidenciando-se a necessidade de melhoria das informações que são passadas para a população em geral.

Uma grande porcentagem de indivíduos (73,81%) respondeu que é possível remover a placa bacteriana. Destes, 48,39% citaram o tratamento dentário por meio de limpeza e raspagem, realizado

no consultório, pelo dentista, como sendo a forma de remoção da placa. Uma pequena porcentagem de entrevistados (19,55%) relacionou os cuidados com higiene bucal como forma de remoção da placa bacteriana. O grande índice de respostas observado no item tratamento dentário confirma a confusão relacionada ao conceito de placa bacteriana, pois se verificou que os indivíduos analisados se confundem com a remoção da placa e do tártaro, o que também foi observado por Santos *et al.*¹⁷ (2003), e Oliveira²⁴ (1996).

Dos 58 indivíduos que declararam saber o que é tártaro, apenas 34,48% associaram-no à placa bacteriana que se calcifica em volta dos dentes. Outras respostas revelaram uma associação do tártaro à “sujeira grossa que fica no dente”, “negócio duro que fica no dente”, “mancha branca”, “sangramento” e “massa branca”.

Verifica-se que, apesar da ampla divulgação, tanto pelos profissionais quanto pelos diversos meios de comunicação, a respeito do tártaro e da placa bacteriana, seus efeitos e formas de remoção, esse assunto ainda se apresenta muito deficiente entre os usuários de uma Unidade de Saúde da Família avaliados.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família avaliados de acordo com questões relacionadas à cárie dentária.

Verificou-se que de todos os usuários da Unidade de Saúde da Família avaliados, 70,24% declararam saber o que é a cárie dentária. Destes, alguns relacionaram a cárie a alterações físicas como perfuração, buraco e furo no dente (20,34%), apodrecimento do dente (12,71%), bichinho que come o dente (9,32%), presença de bactérias (7,63%), doença/problema (5,93%), falta de cuidado e má conservação dos dentes (5,93%), acúmulo de resíduos de comida e placa (5,08%), dor (4,24%), perda de proteção/esmalte do dente (0,85%) e obturação (0,85%). Chama a atenção o fato de que, dos indivíduos que responderam afirmativamente à questão relacionada ao conhecimento da cárie dental, quando solicitados a conceituarem-na, 9,32% responderam que não sabiam explicá-la e 16,95% não respon-



deram à questão. Como se pode observar, existe certa dificuldade por parte dos indivíduos analisados no entendimento da cárie dentária. Em pesquisa realizada por Unfer e Saliba¹⁴ (2000), onde foram observados os conhecimentos sobre saúde bucal de usuários do serviço público, também foi feita essa constatação, ou seja, observaram que 27,5% da população estudada referiram-se à cárie dentária como uma alteração física no dente, 23,1% à bactéria e 22,6% à falta de higiene.

Com relação às causas da cárie, uma grande porcentagem dos indivíduos entrevistados (73,81%) revelou saber o porquê da sua ocorrência. Destes, mais da metade associou-a à falta de limpeza e má escovação dos dentes (58,87%); houve também associação com açúcares (10,48%), restos alimentares/sujeira parada nos dentes (4,84%), bichinho que come o dente (3,23%) e apodrecimento e perda do dente (3,23%). Pequena porcentagem de indivíduos (11,29%) associou um ou mais itens. Verificou-se que ninguém respondeu adequadamente sobre a etiologia multifatorial da cárie, ou seja, interação entre dieta rica em açúcares, má higiene e bactérias. Tal fato é preocupante, pois o conhecimento da etiologia multifatorial da cárie é o primeiro grande passo para preveni-la. Outro aspecto que merece atenção é que apenas um pequeno percentual de indivíduos associou a ingestão de açúcar com a prevalência de cárie, sugerindo que a influência de uma dieta apresenta um papel secundário para eles. Freire *et al.*³¹ (2002), salientaram a importância da alimentação na saúde bucal e alertaram que a dieta tem sido pouco reconhecida como fator etiológico da doença cárie, isso porque a maioria dos programas educativos preventivos depende maior ênfase à higiene bucal. Santos *et al.*¹⁷ (2003), apresentaram observações semelhantes, verificando que 31,4% dos professores analisados condicionaram o aparecimento de cárie à má higiene bucal, esquecendo-se da associação entre dieta rica em carboidratos, má escovação e presença de bactérias na instalação e desenvolvimento da doença. Garcia e Caetano²¹ (2008), avaliando o conhecimento de professores do ensino fundamental (ciclo II) sobre a cárie den-

tária, observaram que 58,5% dos professores associaram-na com a higiene bucal. Por outro lado, Wyne *et al.*³² (2002), observaram que 97,4% da população estudada enumeraram como fator de risco à cárie a pobre higiene bucal e o alto consumo de açúcar.

Quanto à área do dente onde a cárie ocorre com maior frequência, 42,26% dos entrevistados responderam saber qual a área mais suscetível à cárie, sendo que, o maior índice de respostas relacionou-se à região entre os dentes (29,58%), seguida pela raiz (7,04%) e sulcos do dente (7,04%). Sabe-se que as regiões de sulcos e reentrâncias (fóssulas e fissuras) presentes nas faces oclusais dos dentes posteriores são as mais sujeitas ao processo cariogênico, pois são locais que não permitem o fácil acesso da escova dental (Bregagnolo *et al.*³³, 1990). Portanto, verifica-se, nesta pesquisa, que o conhecimento dos indivíduos avaliados sobre a região de maior susceptibilidade da cárie dental é extremamente precário.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas à doença periodontal. Dos indivíduos que afirmaram saber o que ocorre com a gengiva quando a placa bacteriana não é removida (39,9%), 27,27% referiram-se à inflamação e gengivite, 18,18% ao sangramento, 13,64% infecção, 7,58% inchaço e 3,03% vermelhidão. Apenas 24,40% dos usuários da Unidade de Saúde da Família revelaram saber o que é a doença da gengiva, e destes, 26,83% referiram-se a ela como sendo gengivite, 12,20% sangramento gengival, 9,76% inflamação e 4,44% gengiva vermelha. Poucos entrevistados (22,62%) declararam saber quais são as manifestações da doença gengival e as mais enumeradas foram sangramento (28,95%), dor (10,53%), inflamação (10,53%), perda do dente (7,89%) e má escovação (7,89%). Também foram relatados, em porcentagens muito pequenas, o amolecimento do dente (5,26%), o inchaço (5,26%), a vermelhidão (2,63%) e a gengivite (2,63%).

Pôde-se verificar neste estudo, por meio da análise das respostas das ques-

DOVIGO MRPN
 GARCIA PPNS
 CAMPOS JÁDB
 DOVIGO LN
 WALSH IAP

CONHECIMENTO
 ODONTOLÓGICO
 DE ADULTOS
 ATENDIDOS EM UMA
 UNIDADE DE SAÚDE
 DA FAMÍLIA DO
 MUNICÍPIO DE SÃO
 CARLOS, BRASIL

•• 114 ••

tões relacionadas à doença periodontal, que os indivíduos avaliados apresentam grande deficiência, sendo o mesmo observado por Dotta *et al.*³⁴ (2009), que, ao avaliarem professores do ensino fundamental, observaram que 63,2% mencionaram desconhecimento sobre a doença periodontal, 18,4% referiram-se a ela como sendo uma inflamação da gengiva, 5,3% uma doença que ataca a gengiva e atinge o osso e 2,6% o amolecimento e queda dos dentes.

A relação da placa bacteriana com o sangramento gengival é fácil de ser entendida, pois acontece frequentemente na cavidade bucal (Oliveira²⁴, 1996, Peterson *et al.*²⁵, 2001, Sgan-Cohen *et al.*²⁶, 1999, Almas *et al.*³⁵, 2003). Entretanto, o entendimento da doença periodontal e da sua relação com a perda de tecido ósseo de suporte é mais difícil, pois é um processo que não pode ser visualizado. Oliveira e Saliba¹ (2005) observaram que apenas 21,0% dos professores analisados fizeram associação entre doença periodontal e perda de tecido ósseo de suporte. Glasrud e Frazier²² (1988), encontraram porcentagens maiores: 94% da população estudada referiram-se à doença periodontal como de caráter progressivo, resultando na perda do osso e conseqüentemente do dente. Esses mesmos autores verificaram que 55% dos indivíduos entrevistados mencionaram o sangramento gengival como manifestação da doença periodontal. Já Lang *et al.*²³ (1989), relataram que 49,4% dos professores explicaram de forma mais adequada que o sangramento é o primeiro sinal da doença. Portanto, os resultados desta pesquisa, nesse aspecto, foram inferiores aos encontrados por esses autores.

A Tabela 4 apresenta dados referentes à distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com o conhecimento sobre a importância da higiene bucal. Pôde-se verificar, neste estudo, que 80,36% dos indivíduos avaliados afirmaram saber a importância da correta higienização bucal. As maiores frequências de respostas foram: manter a saúde bucal (29,63%), evitar a doença (16,30%), evitar a cárie (14,07%) e manter a higiene bucal (11,11%). Garcia e Caeta-

no²¹ (2008), ao avaliarem professores de ensino fundamental ciclo II, verificaram que 44,9% responderam que a correta higiene é importante para a prevenção da cárie. Pace *et al.*³⁶ (2006), ao avaliarem famílias cadastradas em Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, também encontraram indivíduos que valorizavam a correta higienização bucal.

A Tabela 5 apresenta os dados referentes à distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas às medidas preventivas para a cárie dentária. Com base nos resultados observados na Tabela 5, pode-se verificar que, quanto às questões relativas ao flúor, 52,98% dos indivíduos declararam conhecer as suas funções, sendo que as mais citadas foram a proteção/fortalecimento do esmalte dental (33,71%), prevenção da cárie (15,73%), matar bactérias (14,61%) e limpeza dos dentes (10,11%). Observou-se, ainda, que menos da metade dos entrevistados (42,86%) responderam saber os locais onde ele pode ser encontrado, e o maior índice de respostas recaiu sobre farmácia/mercado (20,83%), creme dental (13,89%) e consultório odontológico/dentista (13,89%). Santos *et al.*¹⁷ (2003), e Petersen e Mzee²⁸ (1998) encontraram valores superiores de indivíduos que afirmaram saber a ação preventiva do flúor com relação à formação da cárie dental (72% e 98,2%, respectivamente). O aumento da resistência do esmalte contra a cárie dental também foi citado por 91% dos indivíduos avaliados por Glasrud e Frazier²² (1988), e 86,3% nos estudos feitos por Sgan-Cohen *et al.*²⁶ (1999). Por outro lado, Peterson *et al.*²⁵ (2001), encontraram 72% dos indivíduos referindo-se ao flúor como meio de prevenção às cáries. Ainda, Petersen e Esheng²⁷ (1998), e Chikte *et al.*³⁷ (1990), verificaram que 42% e 39%, respectivamente, revelaram não saber sequer o que é o flúor, quanto mais sua função. Com relação aos locais onde pode ser encontrado, o maior índice de respostas recaiu sobre o local onde o flúor pode ser comprado. Além disso, pequena porcentagem mencionou que ele pode ser encontrado no creme dental e na água de abastecimento, revelando desco-



nhecimento sobre a presença do flúor no creme dental e na água de abastecimento público, sendo este um dado muito preocupante.

Dos indivíduos entrevistados, apenas 12,50% afirmaram saber o que é o selante. Os maiores índices de respostas foram: proteção do dente (28,52%), branqueador (14,29%), é uma camada para não atingir os dentes (9,52%), evita cárie (9,52%) e resina na cor do dente que não deixa passar alimento (4,76%). Esses resultados mostram total desconhecimento dos indivíduos em relação ao selante de fósulas e fissuras, além de serem muito inferiores aos encontrados por Oliveira²⁴ (1996), e Sgan-Cohen *et al.*²⁶ (1999), os quais constataram que 39,6% e 31,4% dos indivíduos analisados, respectivamente, não sabiam a respeito do selante e da sua efetividade. Além disso, os resultados levantados também sugerem que é grande o desconhecimento dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família avaliados com relação às medidas preventivas da cárie dental, sendo a mesma constatação feita por Garcia e Caetano²¹ (2008), em re-

lação à população avaliada.

Os dados encontrados no presente trabalho são extremamente importantes, pois mostram a deficiência no conhecimento odontológico da população estudada. A partir da observação das crenças, costumes, conhecimentos e hábitos de higiene bucal dos indivíduos avaliados, os profissionais da equipe de saúde bucal da USF, do qual esses indivíduos fazem parte, poderão elaborar programas educativos que sejam adequados às reais necessidades dessa população, incluindo modelos de promoção e prevenção em saúde bucal de forma a capacitá-los para o autocuidado.

CONCLUSÃO

Mediante a metodologia aplicada, pode-se concluir que os usuários da Unidade de Saúde da Família avaliados apresentam conhecimento deficiente relativo à prevenção, etiologia e desenvolvimento da cárie dental e doença periodontal, o que indica a necessidade de melhoria desse conhecimento por meio de programas educativos.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas à placa bacteriana. São Carlos, 2009.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que é placa dental bacteriana?		
Sim	64	38,10
• O que é?		
Cárie	5	7,81
Acúmulo de sujeira	15	23,44
O que causa doença na boca	2	3,13
Bactérias	2	3,13
Placa dura na raiz do dente que infecciona	24	37,5
Bichinho que come o dente	1	1,56
Manchas brancas	1	1,56
Má higiene	3	4,69
Não respondeu	11	17,19
Não	99	58,93
Não respondeu	5	2,98



Questões/Respostas	n	%
Você sabe quais as doenças bucais que a placa pode causar?		
Sim	39	23,21
• Quais?		
Câncer	4	10,26
Apodrecimento e enfraquecimento do dente	6	15,38
Dor	2	5,13
Gengivite, infecção da gengiva	6	15,38
Cárie	7	17,95
Perde o dente	1	2,56
Mau hálito	2	5,13
Dois ou mais itens	5	12,82
Não sei explicar	3	7,69
Não respondeu	3	7,69
Não	124	73,81
Não respondeu	5	2,98
Você acha que a placa bacteriana pode ser removida?		
Sim	124	73,81
• Como?		
Por meio de tratamento, limpeza ou raspagem	60	48,39
Extraíndo	1	0,81
Com cuidados de higiene bucal: escovação e fio dental	23	19,55
Dois ou mais itens	4	3,23
Não sei explicar	19	15,32
Não respondeu	17	13,71
Não	39	23,21
Não respondeu	5	2,98
Você sabe o que é tártaro?		
Sim	58	34,52
• O que é?		
Sujeira grossa que fica no dente	10	17,24
Mancha branca	2	3,45
Fica entre os dentes	2	3,45
Sangramento	2	3,45
Placa calcificada que fica no dente	20	34,48
Massa branca	2	3,45
Negócio preto que dá embaixo do dente	1	1,72
Negócio duro que fica no dente	3	5,17
Falta de escovação	1	1,72
Bactéria que gruda	1	1,72
Não sei responder	9	15,52
Não respondeu	5	8,62
Não	104	61,90
Não respondeu	6	3,57
TOTAL	168	100,0



**Tabela 2** - Distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas à cárie dentária. São Carlos, 2009.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que é cárie dental ?		
Sim	118	70,24
• O que é?		
Resíduos de comida e placa acumulada	6	5,08
Doença/problema	7	5,93
Falta de cuidados/má conservação	7	5,93
Perfuração, buraco ou furo nos dentes	24	20,34
Bichinho que come o dente	11	9,32
Apodrecimento do dente	15	12,71
Bactérias	9	7,63
Dor	5	4,24
Perda da proteção/esmalte do dente	1	0,85
Açúcar	1	0,85
Obturação	1	0,85
Não sei explicar	11	9,32
Não respondeu	20	16,95
Não	41	24,40
Não respondeu	9	5,36
Você sabe o que provoca a cárie dental?		
Sim	124	73,81
• O quê?		
Restos de alimentos/sujeira parada nos dentes	6	4,84
Falta de limpeza/má escovação	73	58,87
Açúcares	13	10,48
Bichinho que come o dente	4	3,23
Apodrecimento/perda dos dentes	4	3,23
Dois itens associados	14	11,29
Não sei explicar	2	1,61
Não respondeu	8	6,45
Não	39	23,21
Não respondeu	5	2,98
Você sabe em que região a cárie ocorre com mais frequência?		
Sim	71	42,26
• Qual?		
No esmalte	1	1,14
Nos dentes do fundo	2	3,44
Na raiz	5	7,04
Entre os dentes	21	29,58
Nos sulcos do dente	5	7,04
Entre o dente e a gengiva	3	4,23
Dentes da frente	1	1,41
Siso	1	1,41
Dois ou mais itens	2	2,82
Não respondeu	4	5,63
Não	94	55,95
Não respondeu	3	1,79
TOTAL	168	100,00

Tabela 3 - Distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas à doença periodontal. São Carlos, 2009.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que acontece com a sua gengiva quando a placa não é removida ?		
Sim	66	39,29
• O quê?		
Inflamação/gengivite	18	27,27
Infecção	9	13,64
Inchaço	5	7,58
Sangramento	12	18,18
Apodrecimento	1	1,52
Dor	1	1,52
Mau hálito	1	1,52
Vermelhidão	2	3,03
Retração	1	1,52
Perda do dente	2	3,03
Amolecimento	1	1,52
Dois ou mais itens	10	15,15
Não respondeu	3	4,55
Não	97	57,74
Não respondeu	5	2,98
Você sabe o que é doença da gengiva?		
Sim	41	24,40
• O que é?		
Gengivite	11	26,83
Sangramento gengival	5	12,20
Escurecimento da gengiva	1	2,44
Doença que faz o dente amolecer	1	2,44
Gengiva vermelha	2	4,88
Problema que ocorre na gengiva	1	2,44
Inflamação	4	9,76
Outros	2	4,88
Dois ou mais itens	5	12,20
Não sei explicar	8	19,51
Não respondeu	1	2,44
Não	122	72,62
Não respondeu	5	2,98
Você sabe como a doença da gengiva se manifesta?		
Sim	38	22,62
• Como?		
Dor	4	10,53
Inchaço	2	5,26
Sangramento	11	28,95
Vermelhidão	1	2,63
Inflamação	4	10,53
Perda do dente	3	7,89
Má escovação	3	7,89
Amolecimento do dente	2	5,26
Gengivite	1	2,63
Dois ou mais itens	4	10,53
Não respondeu	3	7,83
Não	124	73,81
Não respondeu	6	3,57
TOTAL	168	100,00



Tabela 4 - Distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família segundo a importância da higiene bucal. São Carlos, 2009.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe por que a correta higienização é importante ?		
Sim	135	80,36
• Por quê?		
Para manter a saúde bucal	40	29,63
Para manter a higiene bucal	15	11,11
Para ter gengivas e dentes saudáveis	3	2,22
Para preservar e prevenir doenças	20	14,81
Para evitar o mau hálito	2	1,48
Para evitar doença	22	16,30
Para evitar a cárie	19	14,07
Para evitar a placa bacteriana/bactérias	5	3,70
Dois ou mais itens	1	0,74
Não sei explicar	2	1,48
Não respondeu	6	4,44
Não	27	16,07
Não respondeu	6	3,57
TOTAL	168	100,00



Tabela 5 - Distribuição dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com questões relacionadas às medidas preventivas para cárie dental. São Carlos, 2009.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe qual é a função do flúor?		
Sim	89	52,98
• Qual?		
Proteção/fortalecimento do esmalte dos dentes	30	33,71
Limpeza dos dentes	9	10,11
Prevenção da cárie	14	15,73
Clareamento dos dentes	5	5,62
Fazer bochecho	2	2,25
Matar bactérias	13	14,61
Auxiliar na higiene oral	1	1,12
Melhorar o hálito	1	1,12
Dois ou mais itens	2	2,25
Não sei explicar	5	5,62
Não respondeu	7	7,87
Não	76	45,24
Não respondeu	3	1,79
Você sabe em quais locais o flúor pode ser encontrado?		
Sim	72	42,86
• Quais?		
Creme dental	10	13,89
Farmácia/mercado	15	20,83
Consultório odontológico/dentistas	10	13,89
Escola	1	1,39
Água de abastecimento	4	5,56
Posto de saúde	4	5,56
Alimentos	1	1,39
Dois ou mais itens	20	27,78
Não sei responder	2	2,78
Não respondeu	5	6,94
Não	90	53,57
Não respondeu	6	3,57
Você sabe o que é selante?		
Sim	21	12,50
• O que é?		
É uma camada para não atingir os dentes	2	9,52
Protege os dentes	6	28,52
Resina na cor do dente que não deixa passar alimentos	1	4,76
Branqueador	3	14,29
Evita cáries	2	9,52
Não sei explicar	4	19,05
Não respondeu	3	14,29
Não	143	85,12
Não respondeu	4	2,38
TOTAL	168	100,00



REFERÊNCIAS

DOVIGO MRPN
 GARCIA PPNS
 CAMPOS JÁDB
 DOVIGO LN
 WALSH IAP

CONHECIMENTO
 ODONTOLÓGICO
 DE ADULTOS
 ATENDIDOS EM UMA
 UNIDADE DE SAÚDE
 DA FAMÍLIA DO
 MUNICÍPIO DE SÃO
 CARLOS, BRASIL

•• 121 ••



REVISTA DE
 ODONTOLOGIA DA
 UNIVERSIDADE
 CIDADE DE SÃO
 PAULO
 2011; 23(2): 107-
 24, MAI-AGO

1. Oliveira J-LCd, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cienc saude colet* 2005 10(297-302).
2. Costa GDd, Cotta RMM, Ferreira MdLdSM, Reis JR, Franceschini SdCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev bras enferm* 2009 62(113-8).
3. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & contexto enferm* 2006 15(645-53).
4. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHMd, Senna MdCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev panam salud publica* 2007 21(164-76).
5. Hubner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis* 2007 17(173-91).
6. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cienc saude colet* 2008 13(35-41).
7. Narvai P. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2001.
8. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra MdC. Elaboração de um programa de educação e de motivação do paciente para o retorno periódico. *ROBRAC* 2000 jun;9(27):37-40.
9. Aranha F. Bioquímica odontológica. São Paulo: Sarvier; 2002.
10. Lindhe J, Karring T, Lang N. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
11. Moysés S, Watt R. Promoção de saúde bucal: definições. In: Buischi Y, editor. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
12. Garcia PPNS, Campos FPd, Rodrigues JdA, Santos PAd, Dovigo LN. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Cienc odontol bras* 2004 jul.-set.;7(3):30-9.
13. Ferreira R, Santos R, Cavalcante C. Saúde bucal: a promoção como estratégia da organização. In: Campos C, Malta D, Reis A, Santos A, Merhy E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã 1998. p. 287-306.
14. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev saude publica* 2000 34(190-5).
15. Brabo P, Silva P, Brandão A. A eficácia da aplicação de questionários (instrumentos educativos) na modificação de condutas comportamentais, relacionados à odontologia em saúde pública. *Rev Paraense Odontol* 1998 3(2):21-5.
16. Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 Apr;30(2):91-100.
17. Santos PAd, Rodrigues JdA, Garcia PPNS. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc odontol bras* 2003 jan.-mar.;6(1):67-74.
18. Garbin C, Garbin A, Dos Santos K, Lima D. Oral health education in schools: promoting health agents. *Int J Dent Hyg* 2009 Aug;7(3):212-6.

19. Gill P, Chestnutt IG, Channing D. Opportunities and challenges to promoting oral health in primary schools. *Community Dent Health* 2009 Sep;26(3):188-92.
20. Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. School-based education to improve oral cleanliness and gingival health in adolescents in Tehran, Iran. *Int J Paediatr Dent* 2009 Jul;19(4):274-81.
21. Garcia P, Caetano D. Conhecimento de professores de ensino fundamental (ciclo II) de Araraquara sobre cárie dentária e doença periodontal. *Rev Odontol UNESP* 2008 37(4):371-9.
22. Glasrud PH, Frazier PJ. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent* 1988 Spring;48(2):74-80.
23. Lang P, Woolfolk MW, Faja BW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J Public Health Dent* 1989 Winter;49(1):44-50.
24. Oliveira G. Conhecimento e aplicação de métodos de prevenção e controle da cárie dentária e inflamação gengival por professores de 1º Grau [Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, 1996.
25. Peterson FL, Cooper RJ, Laird JM. Enhancing teacher health literacy in school health promotion: a vision for the new millennium. *J Sch Health* 2001 Apr;71(4):138-44.
26. Sgan-Cohen HD, Saadi S, Weissman A. Dental knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern. *Israel. Int Dent J* 1999 Oct;49(5):269-74.
27. Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, *People's Republic of China. Int Dent J* 1998 Jun;48(3):210-6.
28. Petersen PE, Mzee MO. Oral health profile of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Zanzibar. *Community Dent Health* 1998 Dec;15(4):256-62.
29. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. *Texto & contexto enferm* 2007 16(271-9).
30. Fedi P, Verino A. Fundamentos de periodontia. Rio de Janeiro: Premier; 1998.
31. Freire MdCM, Soares FF, Pereira MF. Conhecimentos sobre saúde dental, dieta e higiene bucal de crianças atendidas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 2002 maio-jun;5(25):195-9.
32. Wyne AH, Al-Ghorabi BM, Al-Asiri YA, Khan NB. Caries prevalence in Saudi primary schoolchildren of Riyadh and their teachers' oral health knowledge, attitude and practices. *Saudi Med J* 2002 Jan;23(1):77-81.
33. Bregagnolo JC, Lima EGd, Almeida RTLSd, Enoki S, Enoki CA. Ocorrência da cárie dentária nas faces do primeiro molar permanente, em crianças. I - Dentes perdidos *Rev paul odontol* 1990 set.-out.;12(5):46-51.
34. Dotta E, Garcia P, Pinelli C, Campos J. Doença periodontal: conhecimento de professores do ensino fundamental. *Rev Uningá* 2009 20(20):83-92.
35. Almas K, Al-Malik TM, Al-Shehri MA, Skaug N. The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2003 Oct;24(10):1087-91.
36. Pace MA, Grigoletto JC, Bertoldi RC, Polachini MGdCW, Bregagnolo JC. Hábitos de higiene oral de famílias cadastradas em Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto: SP. *Cad saúde colet, (Rio J)* 2006 jan.-mar.;14(1):49-62.



37. Chikte UM, Brand AA, Lewis HA, Rudolph MJ. Suitability of nurses and school-teachers as oral health educators in Gazankulu--a pilot study. *J Dent Assoc S Afr* 1990 Oct;45(10):425-7.

Recebido em: 11/04/2011

Aceito em: 28/04/2011

DOVIGO MRPN
GARCIA PPNS
CAMPOS JÁDB
DOVIGO LN
WALSH IAP

CONHECIMENTO
ODONTOLÓGICO
DE ADULTOS
ATENDIDOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE SÃO
CARLOS, BRASIL

