
Avaliação do conhecimento popular, atitudes e práticas cotidianas em saúde bucal

Evaluate of popular knowledge, attitudes and daily practices in oral health

Simone Scandiuzzi Francisco¹, Regiane Cristina do Amaral¹, Layla Marques Mota Costa¹, Karla Tainá Roriz Angelim¹, Rodrigo Dutra Murrer¹

¹Curso de Odontologia da Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-CE, Brasil

Resumo

Objetivo – Avaliar os conhecimentos e as percepções relacionadas à saúde bucal dos pacientes da clínica escola da Faculdade Leão Sampaio-CE. **Métodos** – Estudo observacional, com amostra composta por 204 pacientes. Nesta amostra foram aplicados questionários sobre os temas conhecimento sobre a etiologia e prevenção da cárie dentária e autopercepção das condições de saúde bucal, além de questões sobre aspectos sócio econômico e educacionais. **Resultados** – Dos participantes, 143 eram do gênero feminino e 61 do gênero masculino, com faixas etárias predominantes situadas em 21 até 39 anos (46%). Em relação à renda mensal familiar, houve predominância da faixa salarial de um salário-mínimo. Dos 204 entrevistados 119 receberam IHO (Instrução de Higiene Oral) e 85 não receberam. Observou-se que os entrevistados com maior escolaridade também receberam mais IHO, sendo encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Dos pacientes que receberam IHO, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os itens analisados: técnica utilizada para escovação; frequência de uso do fio dental; o que fazer para não ter cárie; para que serve o flúor. **Conclusão** – Os pacientes apresentaram bons hábitos de higiene bucal, contudo apresentaram um limitado conhecimento sobre a etiologia da cárie e a forma mais adequada para preveni-la.

Descritores: Educação em saúde; Conhecimento; Saúde bucal

Abstract

Objective – To assess the knowledge and perceptions related to oral health of patients attended in the Dental School – Leão Sampaio-CE. **Methods** – A cross-section study was conducted with 204 patients, aged from 18 years old and above. Self applicable questionnaires were applied about the perception of oral health, knowledge about the etiology and prevention of dental caries, self-perception of oral health conditions, and economic and educational aspects. **Results** – Of the participants, 143 were female and 61 were male, with aged to 21 to 39 years old (46%). The family income predominant was until minimum wage. Of the 204 interviewed, 119 received OHI (Oral Health Instructions) and 85 didn't. It was observed that respondents with higher education also received OHI, with a significant statistical difference ($p < 0.05$). In relation of patients who received OHI, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) to the items analyzed: technique to brushing as the most important item to tooth brushing; frequency of the use of dental floss; what to do to avoid caries; the utility of fluoride. **Conclusions** – The patients showed good oral hygiene habits, but had limited knowledge of the etiology of caries and the best way to prevent it.

Descriptors: Education health; Knowledge; Oral health

Introdução

A saúde bucal está associada às condições socioeconômicas e culturais da população e é fruto da interação do indivíduo com a família, cultura, estrutura social e desenvolvimento físico, bem como às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação¹.

Diante desta interdisciplinaridade dos determinantes de saúde, o Brasil vem buscando melhorias nas condições de saúde bucal para a população², dentre eles com projetos como o Brasil Sorridente ou ainda dentro da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que entre as medidas está a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde.

Nesta proposta de se ampliar as ações da PNSB, tem se a educação e promoção em saúde, ao qual parte da premissa de que o equilíbrio do processo saúde-doença só terá êxito a medida que essas ações forem implantadas e possibilitarem na autonomia do indivíduo a fim

de estabelecer esse equilíbrio. A promoção da saúde ocorre, portanto, quando há a garantia de condições dignas de vida dos cidadãos, e, principalmente, por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, da ampliação de aptidões e capacidades individuais, da implementação de um ambiente saudável, da eficácia da sociedade na garantia do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde².

É importante diferenciar “promoção de saúde bucal” de “educação em saúde bucal”. Educação em saúde bucal visa aperfeiçoar o conhecimento, na conscientização das pessoas aliado a ampliação das habilidades necessárias para alcançar a saúde bucal³⁻⁴. Ao se considerar a Odontologia no processo educacional, observa-se que controle efetivo das doenças bucais somente é alcançável por parte de pessoas que tenham conhecimento sobre o poder patogênico da flora bucal, motivação, adequação das técnicas de higiene bucal e recursos para realizar esta higiene. Deste modo, tem-

se uma educação odontológica compatível com a manutenção de um bom padrão de saúde dos tecidos da boca⁵.

Já a promoção de saúde bucal pode ser desenvolvida em uma enorme diversidade de espaços sociais, grupos populacionais e atividades, por diferentes profissionais. E, tem por finalidade gerar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente e não exclusivamente, por meio da legislação. As ações de promoção de saúde devem ser eminentemente participativas e transformadoras⁶⁻⁷.

A cárie dentária é um dos principais problemas crônicos bucais, possuindo uma etiologia complexa e multifatorial, que inclui microbiota, dieta, hospedeiro, além de fatores coadjuvantes sociais, econômicos e ambientais⁸. Ao longo dos anos, houve uma redução substancial da sua prevalência, contudo, esse declínio não foi acompanhado pela distribuição homogênea da doença, ocorrendo o fenômeno da polarização, configurando uma situação bastante prejudicial, sobretudo à população infantil que tem um contato prematuro com a doença, a qual produz efeitos deletérios cumulativos ao longo da vida, afetando negativamente a qualidade de vida⁹⁻¹⁰.

Apesar das medidas de prevenção e controle dessa doença serem relativamente simples, através do controle no consumo de açúcares, escovação dentária, uso do fio dental, ida periódica ao dentista e uso adequado de flúor, observa-se que uma saúde bucal integradora, em nível populacional, não é alcançada¹⁰. Os fatores biológicos associados a condições educacionais, econômicas e sociais, são tidos como uma possível explicação para incidência e prevalência dessa doença⁵.

Segundo Ditterich *et al.*¹¹ a motivação no controle mecânico do biofilme dental é a ferramenta fundamen-

tal para promoção de auto-cuidado, e diante disto, o cirurgião-dentista, além de atender e supervisionar a higiene oral do paciente, tem importante papel no que se refere à transmissão, perpetuação de informações e motivação, relacionadas aos cuidados com a saúde bucal, sendo a continuidade desta, responsável pela sedimentação dos conhecimentos. A redução da incidência de cárie dental é resultado de investimentos em ações de promoção e educação para a saúde, no nível coletivo e individual, e não deve ser pautada na oferta de serviços de ordem apenas curativa, evidenciando a importância da reorientação dos conceitos, objetivos e práticas no campo da odontologia. Mesmo diante dos avanços técnico-científicos nos últimos anos, a prevenção continua sendo a melhor e menos dispendiosa forma de tratamento e controle das patologias bucais³.

A educação em saúde é um instrumento de transformação social, pois a informação capacita os indivíduos a serem responsáveis por sua saúde, prevenindo a cárie dental e outras doenças bucais. É, portanto, um dos componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias de promoção de saúde, para que haja a ampliação o conhecimento dos indivíduos e reformulação de hábitos¹². Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos, as percepções, os comportamentos relacionados à saúde bucal dos pacientes atendidos na clínica escola da Faculdade Leão Sampaio.

Métodos

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Leão Sampaio-CE (947.061/2015). A população alvo da pesquisa foram os pacientes em atendimento na Clínica Escola da Faculdade Leão Sampaio – Campus Clínica Escola em Jua-

Tabela 1. Distribuição de frequência segundo gênero, idade, renda familiar e grau de escolaridade dos pacientes e instrução de higiene oral pelo dentista. Juazeiro do Norte, 2015

Instrução de higiene bucal	Gênero		Receberam IHO	Não Receberam IHO	Total	p-valor
	F	M				
Gênero						
Feminino	143 (70%)	61 (30%)	83 (41%)	60 (29%)	143 (70%)	0,97
Masculino			36 (18%)	25 (12%)	61 (30%)	
Idade						
abaixo de 20 anos	12 (6%)	8 (4%)	12 (6%)	8 (4%)	20 (10%)	0,035
20 a 39 anos	69 (34%)	25 (12%)	59 (29%)	35 (17%)	94 (46%)	
40 a 59 anos	46 (23%)	23 (11%)	42 (21%)	27 (13%)	69 (34%)	
acima de 60 anos	16 (8%)	5 (2%)	6 (3%)	15 (7%)	21 (10%)	
Renda Familiar						
0 a 1 salário Mínimo	69 (34%)	22(11%)	54 (26%)	37 (18%)	91 (45%)	0,470
1 a 3 salários mínimos	51 (25%)	26 (13%)	45 (22%)	32 (16%)	77 (38%)	
Mais de 3 salários mínimos	7 (3%)	7 (3%)	10 (5%)	4 (2%)	14 (7%)	
Prefiro não responder	16 (8%)	6 (3%)	10 (5%)	12 (6%)	22 (11%)	
Grau Escolaridade						
Não estudou	5 (2%)	1 (0%)	5 (2%)	1 (0%)	6 (3%)	0,001
Ensino fundamental incompleto	41 (20%)	23 (11%)	25 (12%)	39 (19%)	64 (31%)	
Ensino fundamental completo	24 (12%)	13 (6%)	19 (9%)	18 (9%)	37 (18%)	
Ensino médio incompleto	12 (6%)	5 (2%)	12 (6%)	5 (2%)	17 (8%)	
Ensino médio completo	38 (19%)	12 (12%)	34 (17%)	16 (8%)	50 (25%)	
Ensino superior	23 (11%)	7 (3%)	24 (12%)	6 (3%)	30 (15%)	
Total	143 (70%)	61 (30%)	119 (58%)	85 (42%)	204 (100%)	

zeiro do Norte/CE. O estudo foi do tipo transversal de caráter observacional, sendo uma amostra de conveniência (não probabilística) composta por 204 pacientes, com idade a partir de 18 anos. Para este estudo descritivo transversal foram distribuídos questionários auto-aplicáveis aos pacientes, com questões a respeito de saúde bucal, além de aspectos sócios econômicos e educacionais.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2015 e tiveram como critérios de inclusão, os pacientes presentes na Clínica Escola pesquisada no momento da aplicação do questionário e que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado composto por duas partes. A primeira parte foi composta por identificação pessoal (como gênero e idade) e a segunda parte composta por questões como compreensão e percepção sobre a saúde bucal, etiologia e prevenção da cárie dentária, utilização de flúor, além da autopercepção das condições de saúde bucal e cuidados a serem observados para que os dentes permaneçam na cavidade bucal por toda a vida, além de renda e escolaridade.

Para análise dos dados foram realizadas associações entre os mesmos, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Para tais análises foi utilizado o programa estatístico SPSS 17.0.

Resultados

Dos 204 participantes, 143 (70%) eram do gênero feminino e 61 (30%) do gênero masculino, com faixas

etárias predominantes situadas em 21 até 39 anos (46%) e de 40 até 59 anos (34%). Em relação à renda mensal familiar, houve predominância da faixa salarial de até um salário-mínimo, composto por 91 dos entrevistados (Tabela 1).

O desfecho escolhido, no presente estudo, foi se os pacientes já tinham recebido previamente Instrução de Higiene Oral (IHO) por algum profissional cirurgião dentista ou se nunca receberam qualquer IHO. Assim dos 204 entrevistados 119 (58%) disseram ter recebido IHO e 85 (42%) não receberam. Em relação à renda mensal familiar, 26% das pessoas que responderam receber até um salário-mínimo receberam IHO, enquanto 77 dos entrevistados que se situaram na faixa salarial entre um e três salários mínimos, 45 receberam IHO, sem diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, 64, ou seja, 31% não têm o ensino fundamental completo sendo que destes 39 não receberam IHO. Dos 50 pacientes que tem o ensino médio completo apenas 6 não receberam IHO. Observou-se que os entrevistados com maior escolaridade também receberam mais instruções sobre higiene bucal, sendo encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Na Tabela 2 verificam-se as respostas sobre os hábitos de saúde bucal em relação ao recebimento de instruções de higiene oral (IHO) ao longo da vida. Assim dos 119 (58%) pacientes que receberam IHO, 80 (39%) escovam os dentes 3 a 4 vezes ao dia e estiveram sobre tratamento odontológico a menos de 1 ano, sendo encontrado diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 2. Distribuição das respostas sobre hábitos de higiene bucal, autocuidado, frequência de consulta ao dentista em relação a instrução de higiene oral pelo dentista

Práticas de saúde bucal	Receberam IHO	Não Receberam IHO	Total	p-valor
Recebeu de algum dentista instruções sobre qual tipo de escova dentária usar?				
Sim	73 (36%)	11 (5%)	84 (41%)	0,000
Não	46 (23%)	74 (36%)	120 (59%)	
Qual a quantidade ideal de creme dental para a escovação?				
Tamanho de um grão de ervilha	62 (30%)	28 (14%)	90 (44%)	0,059
Cobrir toda a escova	29 (14%)	28 (14%)	57 (28%)	
Produção de espuma	13 (6%)	13 (6%)	26 (12%)	
Não sei	15 (7%)	16 (8%)	31 (15%)	
Quantas vezes escova os dentes por dia?				
Não escova	7 (3%)	3 (1%)	10 (4%)	0,007
Escova 1 a 2 vezes	26 (13%)	38 (19%)	64 (33%)	
Escova 3 a 4	80 (39%)	40 (20%)	120 (59%)	
Mais de 4	6 (2,5%)	4 (1,5%)	10 (4%)	
Qual foi a última vez que foi ao dentista?				
Menos de 1 ano	90 (44%)	40 (20%)	130 (64%)	0,000
Mais de 1 ano	15 (7%)	20 (10%)	35 (17%)	
Mais de 2 anos	7 (3%)	11 (5%)	18 (9%)	
Não se lembra	7 (3%)	14 (7%)	21 (10%)	
O que é mais importante na escovação dental?				
A força que você aplica sobre os dentes	8 (4%)	11 (5%)	19 (9%)	0,000
A quantidade de creme dental	6 (3%)	10 (5%)	16 (8%)	
A técnica utilizada	101 (50%)	50 (25%)	151 (74%)	
Não sei	4 (2%)	14 (7%)	18 (9%)	

Qual a frequência ideal para o uso do fio dental?				
Uma vez ao dia, de preferência a noite	29 (14%)	14 (7%)	43 (21%)	0,023
Quando existem alimentos entre os dentes	70 (34%)	43 (21%)	113 (55%)	
Raramente uso fio dental	20 (10%)	28 (14%)	48 (24%)	
Você usa o flúor?				
Sim	47 (23%)	22 (11%)	69 (34%)	0,057
Não	62 (30%)	49 (24%)	111 (54%)	
Não sabe	10 (5%)	14 (7%)	24 (12%)	
Como você usa o flúor?				
Pasta de dente	47 (23%)	24 (12%)	71 (35%)	0,205
Enxaguatórios, bochechos	25 (12%)	23 (11%)	48 (24%)	
Água	3 (1%)	0 (0%)	3 (1%)	
Dentista	22 (11%)	14 (7%)	36 (18%)	
Não sabe	22 (11%)	24 (12%)	46 (23%)	
Para que serve o flúor?				
Evitar, prevenir as cáries e combater as bactérias	60 (29%)	17 (8%)	77 (38%)	0,000
Proteger, fortalecer e limpar os dentes	31 (15%)	26 (13%)	57 (28%)	
Para mal hálito	3 (1%)	10 (5%)	13 (6%)	
Para fazer bochechos	0 (0%)	4 (2%)	4 (2%)	
Tratar os dentes	11 (5%)	15 (7%)	26 (13%)	
Não sabe	14 (7%)	13 (6%)	27 (13%)	
O que é cárie?				
Dente estragado, buraco no dente	47 (23%)	30 (15%)	77 (38%)	0,891
Bicho no dente, bactéria, germes	20 (10%)	16 (8%)	36 (18%)	
Falta de higiene, escovação	40 (20%)	29 (14%)	69 (34%)	
Dor no dente	4 (2%)	5 (2%)	9 (4%)	
Não sabe	8 (4%)	5 (2%)	13 (6%)	
A cárie é uma doença transmissível?				
Sim, é transmissível	24 (12%)	23 (11%)	47 (23%)	0,272
Não, é transmissível	68 (33%)	39 (19%)	107 (52%)	
Não sei	27 (13%)	23 (11%)	50 (25%)	
Você tem cárie dental?				
Sim	49 (24%)	35 (17%)	84 (41%)	0,997
Não	35 (17%)	24 (12%)	59 (29%)	
Não sabe	35 (17%)	26 (13%)	61 (30%)	
O que fazer para não ter cárie?				
Escovar os dentes, usar o fio dental e usar enxaguatório, bochechos	91 (45%)	48 (24%)	139 (68%)	0,043
Ir ao dentista	10 (5%)	10 (5%)	20 (10%)	
Usar flúor	5 (2%)	7 (3%)	12 (6%)	
Não comer muito doces	7 (3%)	12 (6%)	19 (9%)	
Não sabe	6 (3%)	8 (4%)	14 (7%)	
A dieta alimentar influência na saúde dos dentes?				
Sim	87 (43%)	56 (27%)	143 (70%)	0,340
Não	16 (8%)	18 (9%)	34 (17%)	
Não sabe	16 (8%)	11 (5%)	27 (13%)	
Como deve ser o consumo de doces?				
Totalmente restrito	44 (22%)	39 (19%)	83 (41%)	0,065
Em qualquer momento	12 (6%)	16 (8%)	28 (14%)	
Após as refeições principais	46 (23%)	23 (11%)	69 (34%)	
Não sei	17 (8%)	7 (3%)	24 (12%)	
O que é placa bacteriana?				
Massa composta por restos de alimentos e bactérias	73 (36%)	51 (25%)	124 (61%)	0,089
Apenas resto de alimentos	8 (4%)	9 (4%)	17 (7%)	
Início de cárie	17 (8%)	4 (2%)	21 (10%)	
Não sei	21 (10%)	21 (10%)	42 (21%)	
De que maneira, principalmente, a placa bacteriana pode ser removida?				
Apenas pelo dentista	52 (25%)	38 (19%)	90 (44%)	0,707
Em casa, através da escovação e uso do fio dental	40 (20%)	23 (11%)	63 (31%)	
Com uso do flúor	8 (4%)	8 (4%)	16 (8%)	
Não sei	19 (9%)	16 (8%)	35 (17%)	

Dos pacientes que receberam IHO, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os itens analisados: técnica utilizada para escovação como sendo o item mais importante escolhido na escovação dental; frequência de uso do fio dental, ou seja, quando existem alimentos entre os dentes; o que fazer para não ter cárie, que a resposta mais prevalente foi escovar os dentes, usar o fio dental e usar enxaguatório, bochechos; para que serve o flúor sendo a resposta mais prevalente evitar, prevenir as cáries e combater as bactérias.

Contudo, observa-se que itens como quantidade ideal de creme dental (dentifrício) na escova dental, itens sobre o uso de fluoretos (se utiliza e como utiliza), o que é cárie, se a cárie é transmissível, se a pessoa acha que tem cárie, se a dieta influencia na saúde dos dentes, como deve ser o consumo de doces, o que é placa bacteriana e como ela deve ser removida, as respostas não deram estatisticamente significantes.

Sobre o conhecimento de cárie dental, 77 (38%) a associaram a um buraco no dente ou dente estragado, 36 (18%) as bactérias, 69 (34%) a falta de higiene e escovação. A maioria dos participantes não reconheceu a cárie como doença transmissível e mesmo afirmando visitar o dentista regularmente, 84 (41%) afirmou ter cárie.

Os participantes que receberam IHO e os que não receberam IHO reconheceram que o meio para não se ter cárie, seria através da escovação e uso de fio dental, sendo que a dieta alimentar influencia na saúde dos dentes. Entretanto, apenas 34% respondeu ter orientação recomendada sobre o consumo de bactérias.

Cerca de 61% (124) dos participantes soube o que era placa dental, associando-a as bactérias, contudo 90 (44%) afirmou que a placa pode ser removida apenas pelo dentista e 63 (31%) através da escovação. E, mesmo aqueles que receberam IHO (119) 52 disseram que apenas o dentista removeria a placa e 19 não souberam.

Em relação ao motivo da procura pelo tratamento odontológico, observou-se que 31% está relacionada apenas a dor e somente 24% a prevenção (Tabela 3).

Discussão

O processo de educação em saúde é considerado uma ferramenta transformadora, sendo a Instrução em Higiene Oral considerada como meio efetivo para me-

lhorar na qualidade da saúde bucal. Assim, o presente estudo optou-se por dicotomizar as variáveis estudadas de acordo com os indivíduos que alegaram que receberam Instrução em Higiene Oral (IHO) e aqueles que alegaram não terem recebido IHO.

Diante das variáveis associadas, observou-se que a maioria dos pacientes atendidos na clínica escola, eram do gênero feminino, na faixa etária entre 20 a 39 anos de idade. A predominância da mulher em serviços de saúde foi registrada também por outros pesquisadores, os quais verificaram que as mulheres usam os serviços de saúde mais frequentemente que os homens, sendo mais adeptas a hábitos adequados de saúde bucal e cuidados preventivos^{3-4,12,18}. Para alguns autores, o fator sociocultural mostra-se influente no estímulo a práticas constantes de higiene; onde, na sociedade, as mulheres são estimuladas a serem símbolos de perfeição em beleza, exigindo-se uma maior prevalência desses hábitos^{8,18}.

A prática de higiene bucal é um dos hábitos que, uma vez incorporados ao estilo de vida dos pacientes podem favorecer a manutenção de uma boa condição de saúde bucal¹³. Existem evidências que a higiene está associada a fatores como gênero, idade, nível socioeconômico, autopercepção de saúde, estilo e qualidade de vida^{3-4,12,14-17}. Os pacientes entrevistados apresentaram bons hábitos de higiene bucal em seu cotidiano, corroborando com os resultados de estudos prévios¹⁴⁻¹⁷.

No presente estudo, constatou-se que a maior parte da população analisada possui uma renda de até 1 salário mínimo (34%), contudo este fato não implicou em relatos de hábitos de higiene bucal inadequados, visto que os pacientes entrevistados relataram ter hábitos de higiene bucal satisfatórios com práticas regulares destes hábitos, semelhantes a resultados de outros estudos^{8,14-16}.

Segundo Abegg¹⁹, pessoas com baixo nível socioeconômico apresentaram nível de biofilme dental mais alto, apesar da frequência de higiene não ser estatisticamente diferente da apresentada por pessoas de melhores condições. Isto pode indicar que a alta frequência de higiene não implica necessariamente em melhor limpeza. No presente estudo as informações seriam mais esclarecedoras se fossem complementados por avaliações clínicas a respeito da condição de higiene dos pacientes, uma vez que os resultados não permitiram verificar se os hábitos adequados estão associados

Tabela 3. Distribuição das respostas sobre o motivo da procura pelo tratamento odontológico

Motivo da consulta?	Receberam IHO		Não Receberam IHO		Total	P valor
	F	M	F	M		
Prevenção	20 (10%)	9 (4%)	13 (6%)	6 (3%)	48 (24%)	0,78
Prevenção e dor	8 (4%)	1 (0%)	3 (1%)	2 (1%)	14 (7%)	0,5*
Prevenção, dor e estética	21 (10%)	7 (3%)	9 (4%)	1 (0%)	38 (19%)	0,58*
Prevenção e estética	5 (2%)	3 (1%)	4 (2%)	3 (1%)	15 (7%)	0,75*
Dor	16 (8%)	13 (6%)	25 (14%)	9 (45%)	63 (31%)	0,2
Dor e Estética	2 (1%)	0 (0%)	4 (2%)	2 (1%)	8 (4%)	1*
Estética	11 (5%)	3 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	18 (9%)	0,6*
Total	83 (41%)	36 (18%)	60 (29%)	25 (12%)	204 (100%)	

a uma boa condição de higiene bucal, sendo uma limitação do mesmo.

Neste estudo os pacientes com maior grau de escolaridade relataram ter acesso a mais instruções de higiene bucal feita por dentistas, isto muito provável pelo maior acesso aos serviços de saúde públicos e particulares ou por ações educativas nas escolas, dados semelhantes são encontrados na literatura^{17,20-21}. No estudo realizado em Porto Alegre, o dentista foi a principal pessoa a ensinar o uso do fio dental especificamente, sendo evidenciado que a importância dos dentistas estava no reforço e no aperfeiçoamento da técnica de escovação que os participantes haviam aprendido previamente²².

A maioria dos pacientes entrevistados escovava seus dentes de 3 a 4 vezes ao dia, frequentavam regularmente o dentista e reconhecem a importância da técnica aplicada na prática da escovação, sendo significante estatisticamente para aqueles que tiveram acesso a informações sobre higiene bucal^{8,14-16}. Alguns estudos ressaltaram a alta frequência de escovação relatada por pacientes, sendo encontrado 90,6% em Porto Alegre-RS²² e 74,7% em Canoas-RS¹⁴.

Segundo Soares *et al.*¹³, é comum a afirmação de que a população brasileira menos favorecida economicamente não escova os dentes, e esta crença tem historicamente favorecido a grande ênfase dada as atividades educativas em saúde bucal quanto à orientação de higiene bucal. Mesmo que a não escovação dos dentes possa ser verdadeiramente um fato associado ao baixo poder aquisitivo da maioria da população – que pode limitar o acesso aos recursos de higiene, poucos estudos têm sido realizados com o objetivo de investigar esta hipótese¹³.

A confirmação de hábitos satisfatórios e regulares de higiene bucal mesmo daqueles que afirmaram não ter recebido instrução de higiene bucal pelos dentistas reflete o acesso às informações em saúde, cuja explicação se dá pela ação dos meios de comunicação social na veiculação das mensagens publicitárias de produtos dirigidos à higiene bucal, principalmente nos dias de hoje, com recomendação da limpeza dos dentes três vezes ao dia.

Ainda relacionado a esta questão, mesmo a maioria dos participantes terem relatado que receberam instrução de higiene bucal e relataram ter visitado o dentista em menos de um ano, menos da metade não foi orientada sobre o tipo de escova ideal nem sobre a quantidade recomendada de creme dental durante a escovação evidenciando uma lacuna a ser preenchida pelo cirurgião-dentista que não apenas deve dar orientações de higiene oral como também sobre o tipo de escova a ser selecionada e uso correta dos dentífricos²⁰⁻²².

No presente estudo, o uso diário de fio dental foi inferior a um terço dos participantes, sendo que a maioria só o utiliza na presença de alimentos entre os dentes, porém os participantes que receberam instrução de higiene bucal (IHO) relataram utilizá-lo com frequência diária dos que não receberam IHO. Estes resultados foram semelhantes a outros estudos^{14,23}, afinal apesar da

grande variedade de fios dentais disponíveis no mercado e da ampla recomendação de seu uso na complementação da higiene bucal, esta prática nem sempre é incorporada pelos pacientes. As diferenças encontradas para o uso do fio dental, possivelmente, estão relacionadas às diferenças de condicionantes demográficos e socioculturais entre as comunidades cujas amostras foram estudadas, pois mesmo com o crescimento da divulgação do uso do fio dental nos últimos anos, sua prática não é comum entre a população brasileira^{14,23}.

Em um estudo de Abegg¹⁹ observou-se que 67,5% dos entrevistados declararam usar fio dental diariamente, com associação direta a uma situação socioeconômica mais elevada¹⁹. Uma boa higiene bucal é parte fundamental para o alcance e estabelecimento da saúde geral, uma vez que pessoas com estilos de vida mais saudáveis, mais frequentemente, escovam seus dentes e usam o fio dental¹⁴.

Em relação à cárie dentária, a maioria das pessoas entrevistadas relatou que a maneira mais comum de evitá-la foi por meio do autocuidado, principalmente através da escovação, e de visitas ao cirurgião-dentista. Esta resposta deixa em evidência que a doença cárie e a busca pela saúde são de responsabilidade do indivíduo, fato constatado também em outros estudos³.

No presente estudo, verificou-se que apenas 23% das pessoas relataram que a cárie é uma doença transmissível associada a presença de bactéria. Esta foi reconhecida em estágio avançado quando mencionaram ser um “buraco no dente ou dentes estragado”, no qual 41% dos entrevistados relatou ter cárie mesmo frequentando o dentista regularmente, corroborando com estudos prévios^{3,12}.

Embora a maioria das pessoas que participaram deste estudo reconheça a placa bacteriana (61%), os resultados indicam o desconhecimento relacionado à remoção da placa. Afinal, grande parte dos entrevistados responderam que a placa bacteriana somente pode ser removida pelo dentista, o que permite constatar uma discrepância entre conhecimento e prática.

Nesse contexto se entende que a doença cárie dentária é somente percebida pelos sinais de lesão quando há presença de dor. Assim, o conhecimento isolado de como preveni-la não é suficiente para seu controle se não houver o esclarecimento sobre a complexidade do processo saúde-doença bucal. Afinal a percepção de risco de adoecimento, no caso da cárie dentária, em que o aparecimento da doença ocorre antes dos sinais visíveis de lesão ou de sintomatologia dolorosa, pode-se salientar a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde, os quais poderiam evitar ou minimizar tratamentos restauradores e reabilitadores.

Um dos importantes fatores para o desenvolvimento da doença cárie é a dieta alimentar¹². No presente estudo, verificou-se que 70% dos pacientes consideraram que a dieta alimentar influencia a saúde bucal, indicando a ingestão de doces como fator causador^{3,12}.

O consumo de alimentos açucarados é considerado

um fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária, sendo seguramente associada à dieta. Indivíduos que mantêm uma dieta com baixa quantidade e frequência de consumo de doces têm menor chance de desenvolverem a lesão²³. Segundo, Unfer & Saliba³ o consumo de alimentos adoçados é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, e provavelmente, a associação entre a ingestão de açúcar e cárie esteja relacionada com aspectos culturais, uma vez que os doces são socialmente aceitáveis e estão ligados a demonstrações de afeto, fatos que dificultam e competem com as mensagens educacionais relacionadas ao consumo de açúcar e saúde bucal.

Em relação à prevenção da cárie dentária, a utilização do flúor é reconhecidamente o método mais recomendado e utilizado pelos profissionais da área odontológica³. Verificou-se que 38% dos pacientes reconheceram no uso do flúor uma medida para controlar a doença, sendo os dentifrícios a fonte mais citada de flúor (35%), indicando o desconhecimento da presença do flúor no creme dental semelhante a outros estudos^{3,12}.

Com relação ao motivo da procura pelo tratamento odontológico, a presença de dor foi o motivo mais citado para procura por tratamento odontológico, seguido por prevenção. Resultados semelhantes ao estudo de Lisboa & Abbeg¹⁹ que identificaram que quase a metade da população estudada visita o dentista em situação de dor, exclusivamente. Um estudo realizado em Santa Catarina verificou que 87,7% dos participantes tinham como queixa principal, dor de origem dental como motivo da última consulta odontológica, sendo esta situação atribuída às condições sociais de uma amostra representada, mais significativamente, por indivíduos com menor grau de escolaridade²⁶. Contudo alguns estudos revelaram a procura aos serviços por motivos preventivos^{18,24}.

É possível notar que mesmo os participantes apresentando um nível de compreensão sobre a doença cárie e seu controle, visitando regularmente o dentista, recebendo instrução de higiene bucal, tendo hábitos de escovação com frequência de 3 vezes ao dia e restringindo o consumo de doces, ainda há uma nível elevado de pessoas que afirmaram ter a doença cárie ou o dentista sendo o responsável por remover a placa bacteriana, o que nos mostra uma desigualdade entre conhecimento desses pacientes e suas práticas. Este fato evidencia que provavelmente a maioria desses pacientes que receberam instrução de higiene oral tem uma baixa compreensão do processo da doença cárie e de como preveni-la.

A informação e a educação são processos distintos, sendo a informação o recebimento passivo de dados e a educação um processo em que interagem a prática e a teoria, o saber o que fazer, e como fazer para a construção de um conceito que possa ser incorporado na prática diária.

Como a higiene oral é essencial para a saúde bucal, é importante fornecer à população orientações adequadas sobre o comportamento relacionado à saúde bucal dos pacientes e sua relação com as cáries dentárias, lembrando que os hábitos e conhecimento dos

pais sobre saúde bucal parecem influenciar o estado da mesma de seus familiares e filhos. De Castilho *et al.* (2013) evidenciaram que as crianças com maus hábitos são mais propensas a desenvolver cáries dentárias em comparação às que possuem hábitos favoráveis²⁷.

O cirurgião dentista também exerce um papel importante enquanto principal fonte de informações sobre saúde bucal, tendo uma especial participação no desenvolvimento de medidas preventivas e de promoção de saúde. Um exemplo importante é a coparticipação entre dentistas e professores na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para as crianças, tornando-se uma ação educativa de grande valia, uma vez que a figura do professor exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos, pelo contato diário durante longo tempo²⁷.

O ambiente escolar é considerado um lugar propício para se iniciar um programa de educação em saúde bucal e prevenção de cárie dental, porque mais de 1 bilhão de crianças estão presentes nas escolas pelo mundo inteiro, além dos professores, funcionários das escolas, pais de alunos e comunidade envolvida.

Programas de prevenção e promoção de saúde podem reforçar, durante toda a vida escolar das crianças, noções básicas de saúde visando melhorar a autoestima, comportamentos sociais e habilidades para a vida. Ao mesmo tempo, estes programas podem humanizar o ambiente escolar e implementar políticas e práticas que oferecem múltiplas oportunidades para a saúde²⁸⁻²⁹.

Desta forma, ressalta-se a importância do conhecimento sobre saúde bucal e os fatores que podem influenciá-la, uma vez que são essenciais para promover mudanças de comportamento que levem a atitudes positivas em relação aos cuidados com a mesma, por meio de escolhas mais saudáveis de vida que fortaleçam a autoestima e o autocuidado. Entretanto, vale ressaltar que para que as mudanças comportamentais de hábitos bucais ocorram, o cirurgião dentista deve despertar e conscientizar os pacientes por meio de orientação sistemática e contínua para que haja a assimilação efetiva do conhecimento^{3,30}.

Conclusão

Diante das limitações do estudo, observou-se que os pacientes entrevistados apresentaram bons hábitos de higiene bucal, contudo apresentaram um limitado conhecimento sobre a etiologia da cárie e a forma mais adequada para preveni-la, mesmo aqueles que receberam instrução de higiene bucal. Assim, conclui-se que é importante o esclarecimento dos pacientes sobre o processo saúde-doença bucal, enfatizando a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Porto VMC. Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS [dissertação de mestrado] Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2002.

2. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4. ed. São Paulo: Santos; 2000.
3. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2005; 34(2):190-5.
4. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):131-44.
5. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. *In: Pereira AC, editor. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):129-39.
7. Sheiham A & Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. *In: Buisch. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
8. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):606-14.
9. Gomes PR *et al*. Paulínea, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação a metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública*; 2004;20(3):866-70.
10. Peres SHCS *et al*. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2008;13(2):2155-62.
11. Ditterich RG *et al*. Higiene bucal e motivação no controle do biofilme dental. *Odontol Clín Cientif*. 2007;6(2):123-8.
12. Lawder JAC *et al*. Conhecimento e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. *Clín Integr*. 2008; 8(3):321-6. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2008;8(3):321-6.
13. Soares EF, Novais TO, Freire MCM. *Oral hygiene habits and associated factors in brazilian adults from low socioeconomic status*. *Rev Odontol UNESP*. 2009;38(4):228-34.
14. 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.
15. Silva TA, Paixão HH, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionados à higiene bucal em adolescentes. *Arq Odontol*. 1997;33(1):5-14.
16. Garcia PPNS, Rodrigues JA, Santos PA, Dinelli W. Avaliação clínica do comportamento de higiene bucal em adultos. *Rev Odontol UNESP*. 2001;30:161-71.
17. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10:606-14.
18. Abegg C. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. *In: Bönecker M, Sheiham A, organizadores. Promovendo a saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. Porto Alegre: Editora Santos; 2004.
19. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:586-593.
20. Granville-Garcia AF, Sobrinho JEL, Araujo JC; Menezes VA; Costa EMMB. Influência do Fator Socioeconômico no Comportamento dos Adolescentes em Relação à Saúde Bucal. *Rev Odontol*. 2008;16(31):53-61.
21. Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1155-66.
22. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):743-52.
23. Davoglio R, Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):1991-2000.
24. 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.
25. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenis W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):453-8.
26. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*. 2013;89:116-23.
27. Arcieri RM *et al*. Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil. *Educ Rev*. 2013;47:301-14.
28. Moyses ST, Moyses SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int*. 2003;18(3):209-18.
29. Garbin CAS, Rovida TAS, Peruchini LFD, Martins RJ. Conhecimento sobre saúde bucal e práticas desenvolvidas por professores do ensino fundamental e médio. *RFO*. 2013;18(3):321-7.
30. Cavalcante PS, Matosa MS, Cabral MBBS. O cirurgião-dentista na visão das crianças: estudo exploratório em centros municipais de educação infantil de Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38(2):387-403.

Endereço para correspondência:

Simone Scanduzzi Francisco
 Rua Maria Letícia Leite Pereira, s/nº – Lagoa Seca
 Juazeiro do Norte-CE, CEP 63040-405
 Brasil

E-mail: simonescan@gmail.com

Recebido em 30 de junho de 2015
 Aceito em 30 de junho de 2015