

Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos

Evaluation of the effects of the education and motivation on the buccal hygiene knowledge and behavior on adults

Patrícia Petromilli Nordi Sasso GARCIA

Professora Assistente Doutora - Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Flávia Pavan de CAMPOS

Cirurgiã-Dentista formada pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Jonas de Almeida RODRIGUES

Mestrando – Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Patrícia Aleixo dos SANTOS

Mestranda – Programa de Pós-Graduação em Dentística Restauradora – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

Lívia Nordi DOVIGO

Aluna de Graduação – Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

RESUMO

O presente trabalho avaliou os efeitos de um programa educativo sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. Para isso foram selecionados cinquenta pacientes. No programa aplicado, a educação e motivação foram realizadas através da orientação direta associada aos recursos audiovisuais e à escovação supervisionada. Para a análise do nível de conhecimento, foi aplicado um questionário em três fases, antes do programa, imediatamente após a sua aplicação e seis meses após a sua conclusão. A análise do comportamento de higiene bucal baseou-se na observação clínica dos procedimentos executados pelos pacientes, em duas fases, antes e seis meses após o programa. Os resultados mostram que houve considerável melhora no nível de conhecimento dos pacientes. O nível A passou de 12% antes do programa para 78% após o mesmo, o nível B diminuiu de 84% para 22% e o nível C caiu de 4% para zero. Observou-se também efeito positivo sobre o comportamento de higiene bucal. Antes do programa 36% dos pacientes utilizavam o fio dental de maneira correta e, seis meses após, 74% faziam-no adequadamente. Inicialmente a técnica de escovação de Stillman foi relatada por 40% e na avaliação final por 78%. Quanto à forma de execução da escovação, 28% e 70% realizaram-na corretamente, antes e após o programa, respectivamente. Os resultados obtidos permitem concluir 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.

UNITERMOS

Educação em odontologia; motivação; higiene bucal; saúde bucal

INTRODUÇÃO

Sabendo-se que o principal fator etiológico tanto da cárie dental quanto da doença periodontal é a placa bacteriana, a qualidade de higiene bucal realizada pelo paciente assume um papel ex-

tremamente importante. A remoção mecânica da placa, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais.⁷ Desta forma, programas preventivos que estimulem o controle

mecânico da placa bacteriana devem ser elaborados.¹⁹

Contudo, de acordo com (COUTO et al.¹⁰, 1994; BARKER⁴, 1999) uma das maiores dificuldades da Odontologia Preventiva é despertar o interesse e a cooperação do paciente para a prática e manutenção de adequada higiene bucal. Segundo (BERVIQUE & MEDEIROS⁵, 1983; GARCIA et al.¹⁷, 2000) o nível de conhecimento sobre higiene bucal dos pacientes, caracterizado por suas crenças, atitudes e conceitos, poderá determinar o seu comportamento frente às medidas de manutenção de saúde bucal. Por isso, ele deve ser cuidadosamente analisado, principalmente quando se quer propor mudança de hábitos.

Frente a isso, projetos baseados na educação e motivação do paciente têm sido reconhecidos como a parte mais importante no tratamento preventivo. Tais procedimentos estimularão a mudança de comportamento do indivíduo, tornando-o parte ativa e fundamental no sucesso do tratamento odontológico, ou seja, responsável pela sua própria saúde^{1,13}.

Contudo, para que os resultados almejados sejam alcançados, os programas educativos não devem ser realizados de maneira aleatória. De acordo com Gonçalves et al.¹⁹, 1998, existem métodos de motivação que os profissionais podem lançar mão, tais como a orientação direta, folhetos explicativos, filmes, *slides*, evidenciadores de placa e escovação supervisionada.

Além disto, deve haver continuidade na educação e motivação, pois caso contrário o paciente irá desanimar, e fatalmente interromperá sua cooperação^{2-3,8,11,14,15,29}

Ainda, no que diz respeito aos programas educativos, o tipo de estratégia utilizada deve ser adequada à faixa etária que se irá trabalhar. De acordo com Garcia et al.¹⁶, 2000, a educação de pacientes adultos é muito importante pois irá alertá-los a interromperem hábitos que aumentam o risco às doenças bucais e estimulá-los a adquirir bons hábitos.

Frente a isso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o efeito de um programa de educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal, em pacientes adultos.

MATERIAL E MÉTODO

Foram selecionados cinquenta indivíduos, de ambos os sexos, de vinte a trinta anos de idade,

que concordaram em participar espontaneamente da pesquisa.

A população estudada foi submetida individualmente a uma sessão educativa, com duração de aproximadamente 60 minutos. O método de motivação utilizado foi a orientação direta associada a recursos audiovisuais como macromodelos, folhetos explicativos e programa em microcomputador.

Nesta sessão cada paciente recebeu inicialmente noções básicas sobre etiologia e evolução da cárie dental e da doença periodontal, conceituação de placa bacteriana e importância da higiene bucal na manutenção da saúde.

Em seguida, os pacientes foram submetidos à escovação supervisionada com auxílio de pastilhas evidenciadoras de placa bacteriana. De posse da sua escova, pasta e fio dental, em frente a um espelho fixado próximo a pia utilizada para a realização da escovação, o paciente demonstrou sua higienização bucal. Sua conduta foi observada pelo pesquisador responsável, que informou ao paciente suas deficiências. Após isso, a evidenciação de placa foi realizada e com o auxílio de um espelho foi mostrada ao paciente a superfície dentária que, mesmo após a escovação, se mantiveram com placa bacteriana, devido a higienização incorreta. Depois, de posse de um modelo de escovação, técnicas de higiene bucal adequadas foram ensinadas, aperfeiçoando e corrigindo alguns detalhes.

Para o fio dental recomendou-se que os pacientes fizessem uso do mesmo diariamente, mas sem obrigar a adoção de uma frequência padrão. A cada um foi indicado que aumentasse seu uso pelo menos mais uma vez ao dia, além daquele que já estavam acostumados. Sugeriu-se que estes passassem o fio antes da escovação, que utilizassem-no num tamanho razoável (40cm ou mais) e que trocassem a porção de fio sujo à medida que fossem limpando cada face dentária. Quanto à técnica de uso foi ensinado que seguissem uma seqüência (dentes posteriores-anteriores-posteriores) e que o fio fosse passado formando um "C" sobre a superfície de cada dente, segundo sugerido por Schmid²⁸, 1980.

Para a escovação, os pacientes também foram aconselhados a aumentar sua execução pelo menos uma vez mais ao dia, sem descartar a escovação noturna. Foi ensinado que as escovas deveriam apresentar cabeça pequena e cerdas macias, e serem substituídas no máximo a cada três meses, considerando seu estado de conservação. A técnica prescrita foi a de Stillman lembrando aos paci-

entes a observação de uma seqüência, iniciando-se pela superfície lingual/palatina dos dentes, passando para vestibular e em seguida oclusal¹².

É importante ressaltar que os motivos e a importância de cada recomendação prescrita foram explicados a todos os participantes.

Após a primeira sessão educativa os pacientes foram submetidos a duas novas sessões de escovação supervisionada, com intervalo de uma semana entre elas.

Para a avaliação do conhecimento odontológico foi utilizado um questionário (Anexo 1), contendo 27 questões de múltipla escolha, adaptado de (BERVIQUE & MEDEIROS⁵ 1983) que foi respondido individualmente pelo próprio paciente, sendo que o mesmo questionário foi aplicado em três fases: antes, imediatamente após a primeira sessão educativa e decorridos seis meses da aplicação do programa.

Diferentemente do que vem sendo observado nos trabalhos da literatura, a análise do comportamento de higiene bucal dos pacientes baseou-se na avaliação clínica, sendo que os dados obtidos foram registrados em uma ficha, previamente elaborada, contendo questões relacionadas ao uso do fio dental e escovação.

No que diz respeito à utilização do fio dental foi observada a freqüência de utilização, ou seja, número de vezes por dia, o momento de uso, se antes ou depois da escovação, o tamanho, se igual ou maior a 40cm, a técnica executada, se correta ou incorreta, e se na limpeza de cada face do dente um novo pedaço de fio dental era utilizado. A técnica de uso foi considerada correta quando o paciente passava o fio dental suavemente entre os dentes, formando um “C” sobre a superfície de cada dente, deslizando-o entre o dente e a gengiva conforme descrito por Schmid²⁸, 1980.

Com relação à escovação, a freqüência de realização, técnica e forma de execução também foram avaliadas.

Ficou estabelecido que a técnica de escovação seria considerada correta quando o paciente reproduzisse a técnica de Stillman adequadamente, ou seja, colocando a escova entre a gengiva e o dente, formando um ângulo de 45°, e girando a escova, com pressão adequada, de cervical para incisal/oclusal. Observou-se a escovação na boca toda¹².

Para cada uma destas condições (fio dental e escovação) foram efetuadas duas avaliações. A primeira, denominada de inicial, foi realizada na pri-

meira sessão educativa, antes da instrução de higiene bucal. A segunda avaliação, denominada de final, foi realizada seis meses após a aplicação do programa.

RESULTADOS

Mediante a metodologia aplicada, obteve-se os seguintes resultados.

A classificação do nível de conhecimento dos pacientes baseou-se na classificação proposta por Bervique & Medeiros,⁵ 1983, utilizando como critério o número de acertos no questionário: nível A ou Superior para os pacientes que obtiveram de 22 a 27 acertos; nível B ou Médio para aqueles que tiveram de 14 a 21 acertos; e nível C ou Inferior para os que desenvolveram de 0 a 13 acertos.

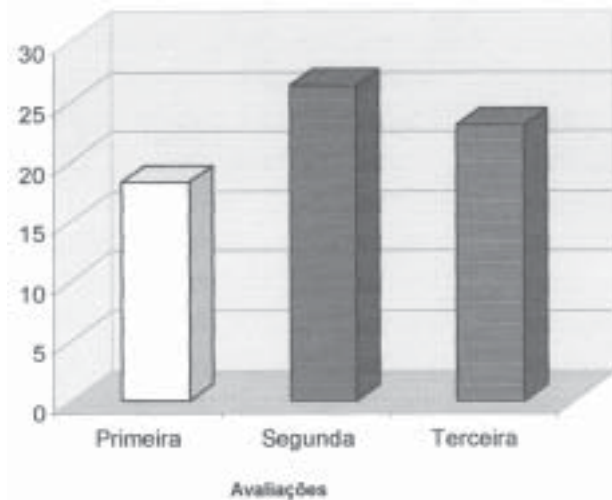


FIGURA 1 – Gráfico das médias de acertos, por avaliação. Mediante o número de acertos encontrados por questionário, pode-se também verificar o nível de conhecimento dos pacientes submetidos ao programa.

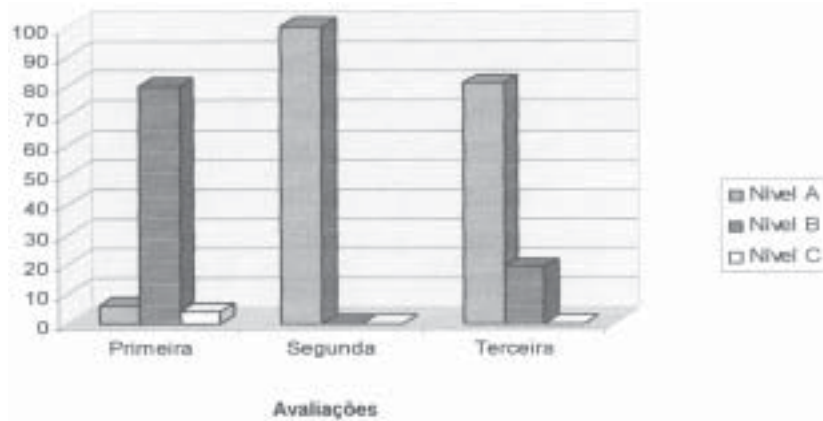


FIGURA 2 – Gráfico do nível de conhecimento, por avaliação.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos pacientes analisados segundo o comportamento de higiene bucal referente a utilização do fio dental, por avaliação. Araraquara, 2003

ITENS OBSERVADOS	Inicial	Final
Momento de utilização do fio dental		
Antes da escovação	80	98
Após a escovação	20	2
Tamanho do fio dental utilizado		
Correto	72	84
Incorreto	28	16
Técnica de utilização do fio dental		
Correta	36	74
Incorreta	64	26
Substituição do pedaço de fio dental usado a cada face dentária		
Sim	54	86
Não	46	14
TOTAL	100	100

Tabela 2 - Distribuição percentual dos pacientes analisados segundo o comportamento de higiene bucal referente a utilização à escovação, por avaliação. Araraquara, 2003

ITENS OBSERVADOS	Inicial	Final
Tempo de utilização da escova dental		
Nova	16	32
Até 3 meses	76	58
4 meses ou mais	8	10
Técnica de escovação desenvolvida		
Circular	24	2
Stillman	40	78
Bass	10	2
Nenhuma	26	18
Forma de execução da escovação		
Correta	28	70
Incorreta	72	30
TOTAL	100	100

DISCUSSÃO

Como pôde ser observado, no presente estudo, o nível de conhecimento dos pacientes, antes da aplicação do programa educativo era, na sua grande maioria (84%), médio, nível aceitável, porém incapaz de promover mudanças de comportamento. Pereira et al.²⁵, 1983, também fizeram esta constatação, ao verificarem que, apesar de ser razoável o grau de conhecimento odontológico dos pacientes pesquisados, estes não executavam sua higiene bucal de maneira adequada.

Analisando os níveis educacionais encontrados antes e seis meses após a aplicação do programa, nota-se que o perfil educacional da população estudada sofreu modificações, passando de B para A. Tal fato reforça a importância da educação e motivação do paciente no que diz respeito ao au-

mento de conhecimento e melhoria do comportamento do mesmo^{20,21},

De acordo com Pereira et al.²⁵⁻⁶(1993 e 1996) uma vez educado, o paciente torna-se receptivo e cooperador com as medidas que lhe são recomendadas. Desta forma, pode-se sugerir que a melhoria no perfil educacional dos pacientes analisados foi capaz de promover algumas modificações no seu comportamento de higiene bucal, tanto no que diz respeito ao uso do fio dental quanto com relação à escovação.

Embora as mudanças relacionadas ao momento de utilização do fio dental e ao tamanho selecionado não tenham sido grandes, por outro lado, verificou-se melhoria considerável em outros aspectos.

A porcentagem de indivíduos que não utilizavam fio dental passou de 22% para 6% com o pro-

grama. Houve aumento gradativo de indivíduos que começaram a fazer uso do fio dental duas vezes (de 22% para 32%), três vezes (de 10% para 24%) e quatro vezes ao dia (de 12% para 46%), demonstrando que os pacientes observaram as recomendações fornecidas durante o programa educativo, que sugeriam o aumento no uso do fio dental, de pelo menos uma vez ao dia, além do número de vezes que executavam anteriormente.

Também foram encontradas alterações satisfatórias com relação à técnica de passagem do fio dental de maneira correta (de 36% para 74%), o mesmo ocorrendo com a utilização de nova porção de fio dental para limpeza de cada face dentária (de 54% para 86%).

Quanto à escovação, não foram observadas melhorias no tempo de uso. Isto pode estar relacionado ao fator financeiro, pois a aquisição freqüente de novas escovas demanda gastos, que o paciente não está habituado a considerar como importante.

Por outro lado, observou-se resultados animadores na freqüência de escovação diária. Após seis meses do programa nenhum paciente relatou proceder à escovação uma ou duas vezes por dia, houve queda na freqüência de três vezes (de 34% para 24%) e aumento na de quatro vezes ao dia (de 56% para 76%). Com relação à técnica utilizada e à sua forma de execução, notou-se que a grande maioria dos pacientes (78%) passou a realizar a técnica de Stillman, e que 70% da amostra executou-a de maneira correta.

Tais dados mostram que, de forma geral, o programa aplicado trouxe resultados satisfatórios. O mesmo foi observado por Axelsson et al.³ (1999), Gomes et al.¹⁸ (1993), Navarro et al.²³ (1996), Pereira et al.²⁴ (1992) e Rosa et al.²⁷ (1992) que, realizando programas de controle da placa, verificaram que a associação de medidas como evidenciação de placa bacteriana, instrução de higiene bucal e escovação supervisionada são bons recursos de motivação pois resultaram em melhoria nos níveis de higiene bucal dos pacientes.

Além disso, o presente trabalho utilizou como método de motivação a orientação direta e individual, associada aos recursos audiovisuais como programas ilustrativos em microcomputador, folhetos explicativos, macromodelos e modelos de escovação, seguindo, portanto, as recomendações de Couto et al.⁹ (1992) Medeiros & Carvalho²² (1990) e Garcia et al.¹⁶ (2000).

Um outro fato que deve ser levado em consideração é que o comportamento de higiene bucal foi avaliado duas vezes, antes e seis meses após o programa. Não houve um período intermediário de avaliação, imediatamente após as sessões educativas, como foi feito com a análise do nível de conhecimento. Se essa avaliação tivesse ocorrido, talvez, poderia ter-se verificado, de imediato, grande melhora na higiene bucal dos pacientes, seguida de diminuição na sua performance, após 6 meses. De acordo com Buischi.⁶(1996) nos períodos iniciais, imediatamente após a aplicação de métodos de motivação, o paciente encontra-se altamente motivado, sendo capaz de executar corretamente sua higienização bucal segundo as recomendações que lhe foram prescritas. Porém, após um determinado período de tempo, que pode ser variável para cada pessoa, ocorre um descuido no rigor da sua higiene bucal. Tal fato foi observado com o conhecimento odontológico, no qual o nível A caiu de 100% (imediatamente após a sessão educativa) para 78% (decorridos seis meses). Embora os resultados obtidos tenham sido satisfatórios, mesmo seis meses após a aplicação do programa, observou-se uma queda de aproveitamento dos pacientes com o tempo, confirmando que a educação e motivação devem ser reforçadas periodicamente, como encontrado por Conrado et al.⁸ (1997) e Dimbarre & Wambier¹¹ (1996) que verificaram queda nos níveis de higiene bucal após a conclusão dos programas propostos.

Os resultados desta pesquisa sugerem que educação e motivação conduzem ao aumento no nível de conhecimento dos pacientes, estando intimamente relacionada com a mudança de comportamento de higiene bucal dos mesmos.

CONCLUSÃO

Por meio da metodologia aplicada, pode-se concluir que, de forma geral, o programa educativo proposto foi efetivo na melhoria do nível de conhecimento odontológico e comportamento de higiene bucal dos pacientes, uma vez que:

- O nível A de conhecimento passou de 12% da primeira avaliação (antes do programa) para 78% na avaliação final (após 6 meses), o nível B diminuiu de 84% para 22% e o nível C caiu de 4% para zero;
- A utilização do fio dental duas vezes ao dia aumentou de 22% na avaliação inicial para

32% na final, o uso 3 vezes ao dia de 10% para 24% e quatro vezes de 12% para 46%; inicialmente 36% passavam o fio dental corretamente, e avaliação final 74% o fizeram de maneira correta;

- A escovação quatro vezes ao dia aumentou de 56% na avaliação inicial para 76% na final; 78% passaram a utilizar a técnica de escovação proposta; e o seu desenvolvimento correto aumentou de 28% para 70%.

ABSTRACT

This research evaluated the effects of an education program concerning the knowledge and the buccal hygiene behavior of adults. fifty patients were selected. In this program applied the education and motivation was realized with the use of direct orientation through audiovisual resources and supervised brushing. For the analysis of the knowledge level of the patients a questionnaire was applied in three stages: before the program, right after the end of application and six months after the its conclusion. The analysis of the buccal hygiene behavior was based on the clinic observation of the procedures executed in two stages: before the program and six months after the its conclusion. The results showed that knowledge level of the patients increase significantly, level A increase from 12% before the program to 78% after program, level B dropped from 84% to 22% and level C dropped from 4% to zero. It was possible observe positive effects on the buccal hygiene behavior of the patients. Before the program, 36% of patients passed the dental floss correctly, and six months later, 74% of the patients used adequately the dental floss. In the beginning, the Stillman technique was used by 40%, and on the final evaluation, by 78%. 28% of the patients executed correctly the brushing technique in the beginning of this research, and 70% in the end. Through the obtained result it would be conclude that the purpose program was effective in the increase of knowledge dentistry level and on the buccal hygiene behavior of the patients, 6 months after the its conclusion

UNITERMS

Dental education; oral health, motivation knowledge, oral hygiene

REFERÊNCIAS

1. Arnett GM, Worley MC. The treatment motivation survey: defining patient motivation for treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 115:233-8.
2. 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; 18:182-9.
3. Axelsson P, Buischi YA, Barbosa MF, Karlsson R, Prado MC. The effect of a new oral hygiene training program on approximal caries in 12-15-year-old Brazilian children: results after three years. *Adv Dent Res* 1994; 8:278-84.
4. Barker T. Patient motivation. *Dent Update* 1999; 26:453-6.
5. Bervique JA, Medeiros EPG. Paciente educado cliente assegurado: uma proposta de educação odontológica do paciente. Bauru: Santos, 1983. 134p.
6. Buischi YAP. Aspectos básicos da promoção da saúde bucal. In: Todescan FF, Bottino MA. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1996. P. 613-25.
7. Chiapinotto GA, Meller D, Santos FB. Meios mecânicos de limpeza dos dentes: avaliação de indivíduos de uma clínica privada. *Rev Gaúcha Odontol* 1998; 46: 142-4.
8. Conrado CA, Bonzegno LG, Watanabe OA. Efeito de um programa educacional direto relacionado com a saúde bucal de escolares do município de Maringá-Pr. I: estudos preliminares. *Odontol Clin* 1997; 7:17-26.
9. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente: avaliação de recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. *Rev Gaúcha Odontol* 1992; 40:143-50.
10. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente em tratamento periodontal: avaliação clínica de um filme em vídeo-cassete. *Rev Gaúcha Odontol* 1994; 42:44-8.
11. Dimbarre DT, Wambier DS. A influência da motivação e supervisão profissional na redução de placa bacteriana em escolares. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1996; 10:169-73.
12. Dotto CA, Sendyk WR. Atlas de higienização bucal. São Paulo: Panamed, 1981. P. 47-60.
13. Freeman R. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Br Dent J* 1999; 187(6):307-12.
14. Garcia PPNS, Dinelli W, Loffredo LCM. Avaliação de cirurgiões-dentistas quanto aos métodos de motivação adotados para o retorno de pacientes ao consultório odontológico. *Rev Odontol UNESP* 1998; 27(1):11-23.
15. Garcia PPNS; Corona SAM, Valsecki JR. A. Educação e motivação: I - Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. *Ver Odontol UNESP* 1998; 27(2):393-403.
16. 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.
17. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra MC, Corona SAM. Saúde bucal: crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. *J Assoc Odontol* 2000; 3(22):36-41.
18. Gomes AS, Gianlupi EM, Abreu CB. A importância da conscientização e da prática preventiva em odontologia. *Rev Odontol Ciênc* 1993; 8:115-25.

19. Gonçalves PC, Vinholis AHC, Garcia PPNS, Corona SA., Pereira OL.. Considerações sobre programas de controle de placa. Rev Odontol Bras 1998; 7(23):36-9.
20. Hobson RS, Clark JD, Orth D. How UK orthodontics advise patients on oral hygiene. Br J Orthod 1998; 25:64-6.
21. Holloway PJ, Clarkson JE. Cost: benefit of prevention in practice. Int Dent J 1994; 44:317-22.
22. Medeiros UV, Carvalho JCC. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. Programa comunitário de atenção periodontal. Rev Assoc Paul Cir Dent 1990; 44:165-70.
23. Navarro RS, Esteves GV, Youssef MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. Rev Odontol Univ São Paulo 1996; 10:153-7.
24. Pereira OL, Loffredo LCM, Gonçalves JR, Moura LJ. Educação sobre higiene bucal e índice de placa. Avaliação de um programa de motivação em policiais militares de Araraquara/SP. Rev Gaúcha Odontol 1992; 40:421-2.
25. Pereira OL, Loffredo LCM, Gonçalves JR, Moura LJ. Conhecimentos e hábitos de higiene bucal. Avaliação em policiais militares de Araraquara/SP. Rev Gaúcha Odontol 1993; 41:91-4.
26. Pereira OL, Vertuan V, Sampaio JEC. Avaliação de conhecimentos sobre prevenção de doenças periodontais em universitários da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP - técnicas de escovação. Odontol Clin 1996; 6:29-34.
27. Rosa AGF, Martildes MLR, Narvai PC. Programa de reorientação do atendimento odontológico escolar com ênfase na prevenção. Rev Gaúcha Odontol 1992; 40: 110-4.
28. Schmid MO. The maintenance phase of dental therapy. Dent Clin North Am 1980; 24: 339-93.
29. Susin AH, Pereira OL. Atendimento preventivo em consultório e orientação continuada. Uma solução ao nosso alcance. Rev Odontol Bras Central 1993; 3:33-4.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO - PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E MOTIVAÇÃO

1 - Número ___ ___ 2 - Idade: _____ 3 - Sexo: _____

4 - A falta ou a má aparência dos dentes é vergonhosa no relacionamento com outras pessoas?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

5 - O dentista é o único responsável pela durabilidade do serviço odontológico?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

6 - A condição da boca pode refletir no estado de saúde geral de uma pessoa?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

7 - Quanto mais cedo se procura o dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

8 - A remoção de todos os dentes e o uso de dentadura resolvem problema de tratamento dentário?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

9 - Toda vez que fica grávida a mulher tem cáries?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

10 - Tomar leite melhora a calcificação dos dentes na idade adulta?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

11 - Quanto mais se frequenta o dentista, mais depressa se chega à dentadura?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

12 - Os dentes de leite não precisam ser tratados, pois vão ser substituídos pelos permanentes?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

13 - O primeiro molar permanente, conhecido também como molar dos 6 anos:

13.1. nasce atrás do último dente de leite ()

13.2. substitui um dente temporário ()

14 - A forma mais preventiva de saber que um dente está cariado é:

14.1. quando ele começa a doer ()

14.2. quando tem uma cavidade ()

15 - A cárie dentária é resultado:

15.1. de pouca escovação ()

15.2. da ação de microorganismos ()

15.3. da alimentação inadequada ()

16 - A remoção de tártaro:

16.1. é uma perda de tempo pois se formará novamente ()

16.2. evita a doença periodontal ()

17 - Deve-se visitar periodicamente o dentista para tratamento, diagnóstico ou manutenção.

17.1. semestralmente ()

17.2. anualmente ()

17.3. de 2 em 2 meses ()

17.4. não sei ()

18 - A cárie ocorre com mais frequência:

18.1. na região do dente que usamos para morder ()

18.2. nas superfícies lisas do dente ()

19 - A mobilidade dos dentes pode ser descrita como:

19.1. doença da gengiva ()

19.2. consequência da cárie ()

19.3. razões desconhecidas ()

20 - O tratamento restaurador do dente destina-se a:

20.1. remoção da cárie ()

20.2. permitir a colocação do material restaurador ()

20.3. ambas as situações ()

21 - Qual a função do flúor?

21.1. reduzir as cáries () 21.2. evitar o tártaro () 21.3. curar aftas ()

22 - É obrigação tanto do dentista como do paciente a boa atenção aos dentes para a manutenção da saúde bucal e geral?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

23 - A perda prematura dos dentes de leite e permanentes deixa-os desalinhados (tortos)?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

24 - Você sabia que sempre que se perde um dente permanente, deve-se substituí-lo por prótese?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

25 - Uma escova de dentes adequada tem cerdas duras e escova 3 ou 4 dentes de uma só vez?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

26 - A mobilidade de um dente decorre da perda de osso que o suporta?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

27 - A partir de 35 anos perdem-se mais dentes por doenças da gengiva do que por cárie?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

28 - Quando sua gengiva sangra, este fato geralmente é ocasionado pela ação da placa bacteriana que se forma entre a gengiva e o dente?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

29 - A cárie dentária é a mais comum das doenças bucais e pode ser evitada?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

30 - O consumo freqüente de doces estraga os dentes e aumenta o número de cáries?

(0) não () (1) sim () (9) ignora ()

Recebido em: 01/10/03

Aprovado em: 28/05/04

Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia
Rua Dona Alexandrina, 1779
Edifício Itapema – apto 21
CEP: 13560-290 – São Carlos – SP