

CIRCE FERREIRA FERREIRA

COMPORTAMENTO DE PROFESSORES E ACADEMICOS DE ODONTOLOGIA  
ACERCA DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE SAÚDE BUCAL. Florianópolis - SC

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Odontologia  
opção Odontopediatria do Centro de Ci  
ências da Saúde da Universidade Fed  
eral de Santa Catarina, para obtenção  
do título de Mestre em Ciências.

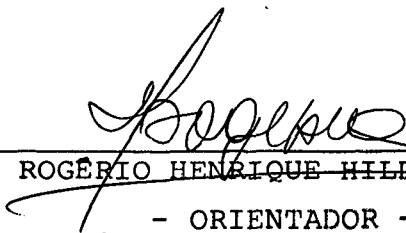
Orientador: Prof. Dr. ROGÉRIO HENRIQUE  
HILDEBRAND DA SILVA

Coorientador: Prof<sup>a</sup> MARIA DE LOURDES  
DE SOUZA

Florianópolis - SC

1981

ESTE TRABALHO FOI JULGADO ADEQUADO PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM CIÊNCIAS E APROVADO EM SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO.



PROFESSOR ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA


- ORIENTADOR -



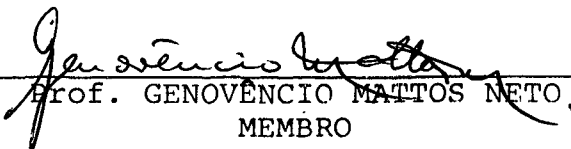
COORDENADOR DO CURSO  
Prof. TELMO TAVARES

Coordenador em Exercício

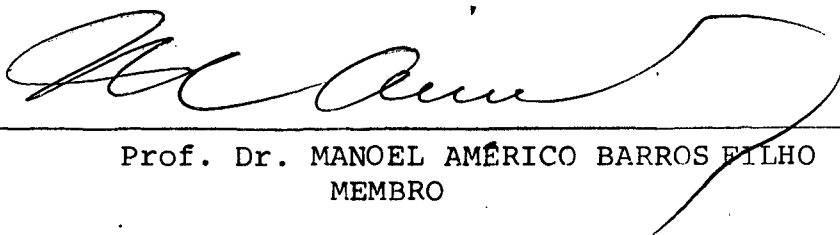
APRESENTADO PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA PELOS PROFESSORES:



Prof. ROGÉRIO H. H. DA SILVA  
PRESIDENTE



Prof. GENOVÊNCIO MATTOS NETO,  
MEMBRO



Prof. Dr. MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO  
MEMBRO

Ao companheiro e pai de meus  
filhos DALADIER

Aos amigos incondicionais  
MARIA DE LOURDES E CAETANO

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA, pela segura orientação neste trabalho.

À Professora MARIA DE LOURDES DE SOUZA, pela co-orientação firme e incentivadora .

Aos Professores e Acadêmicos do Curso de Odontologia que tão prontamente, colaboraram na pesquisa.

Ao Professor GENOVÊNCIO MATTOS NETO, incitador de nossa carreira.

Comadre LÍDIA IGNES ROSSI

Bibliotecária MAGDA LANGE RAMOS

Aos Professores do Departamento de Saúde Pública da UFSC em especial:

Professor ANDRÉ WENDHAUSEN PEREIRA FILHO

Professora CLEIDE PERON BÖEL

Professor JOÃO CARLOS CAETANO

Professor JOSÉ DALADIER DIAS FERREIRA

Professor DOUTOR MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO

Professora MARIA HELENA BITTENCOURT WESTRUPP

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho.

R E S U M O

R E S U M O

Com a finalidade de conhecer o comportamento de acadêmicos e docentes de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, acerca da adoção de práticas preventivas de saúde bucal, o autor pesquisou, utilizando-se de formulário, 56 professores e 133 alunos. Concluiu que os grupos estudados não apresentaram diferenciações marcantes no comportamento preventivo e que as diferenças observadas entre as diversas variáveis estudadas poderiam estar relacionadas a condições próprias de cada sub grupo e em conjunto se neutralizavam.

S U M M A R Y

## S U M M A R Y

With the purpose of known the behavior of teachers and students of Dentistry in the Universidade Federal de Santa Catarina about the adotion of bucal health preventive procedures the author, using forms, studied 56 teachers and 113 students and concluded that the studied groups did not show great differences in preventive behavior and the observed differences among the several studied aspects might be related to proper conditions of each group and neutralizes each other in general.



I N D I C E

1 - INTRODUÇÃO .....	p.	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA .....	p.	5
3 - PROPOSIÇÃO .....	p.	18
4 - MATERIAIS E MÉTODOS .....	p.	19
4.1 - Material .....	p.	19
4.1.1 - Caracterização histórica do Curso de Odontologia.....	p.	19
4.1.2 - População de estudo .....	p.	19
4.2 - Método .....	p.	20
4.2.1 - Instrumento de medida .....	p.	20
4.2.2 - Operacionalização das variáveis .....	p.	21
4.3 - Pré-teste .....	p.	22
4.4 - Operacionalização da coleta de dados .....	p.	22
4.5 - Apuração e apresentação de resultados .....	p.	22
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	p.	23
5.1 - Características gerais do grupo estudado.....	p.	23
5.2 - Comportamento das práticas preventivas de saúde bucal .....	p.	26
6 - CONCLUSÕES .....	p.	44
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	p.	47

ANEXO

1. I N T R O D U Ç Ã O

## I N T R O D U Ç Ã O

Não obstante o avanço tecnológico em que se encontra a Odontologia, de uma maneira geral e pouco significativa a repercussão dessa profissão na solução dos problemas de saúde bucal da comunidade. Isto é facilmente comprovado através das citações de COR DON & OLIVARES<sup>(13)</sup>, que relatam, para a América Latina, um percentual de 90% de lesões cariosas e que a população maior de 3 anos tem, em média, 5 dentes necessitando de atenção devida à cárie dental. Isto significa que, no Continente, devem existir 1.500 milhões de dentes por tratar. No Brasil, a realidade é equivalente, como podemos aquilatar através das informações de VIEGAS & VIEGAS<sup>(51)</sup>, que referem um CPOD de 2,77 para a idade de 7 anos, 6,09 aos 10 e 7,36 aos 12 anos, em Campinas no ano de 1961. TINOCO<sup>(47)</sup>, para o Rio Grande do Norte, registra para os 7 anos um CPOD de 1,73 e 3,81 aos 10 anos, no ano de 1966. Em estudo piloto realizado em 1969, no Distrito Federal, SOUZA e colaboradores<sup>(45)</sup> descrevem aos 7 anos um CPOD de 2,35 e 6,88 para 12 anos. E, São Paulo, FAGGIONI e Colaboradores<sup>(17)</sup> descrevem, para o Município de Garças, um CPOD de 3,09 aos 7 anos, 6,48 aos 10 e 8,99 aos 12 anos, com um CPOD médio de 5,82. Observa-se ainda, na literatura, um relato de SALIBA e colaboradores<sup>(42)</sup>, em que comparam os dados de suas cidades paulistas, Pereira Barreto, com 14 ppm de fluor na água de abastecimento e Araçatuba, sem fluoretação. A primeira cidade apresentou, para menores de 3 a 17 anos, CPOD médio igual a 5,69, enquanto que a outra, para a mesma faixa de idade, o CPO foi de 9,98. GRECCO<sup>(22)</sup> examinando escolares de cidades com ótimo teor de flúor e altos teores concluiu que: 21,88% dos primeiros estavam sem anormalidades de oclusão para 27,50% dos da segunda. Em Belo Horizonte, no ano de

de 1975, FERNANDES<sup>(20)</sup> refere que, em 10% da população, o CPDO aos 7 anos era 2,67, 4,90 aos 10 e 7,95 aos 12 anos.

Santa Catarina não foge a esta regra geral a exemplo do que demonstram OROFINO e colaboradores<sup>(39)</sup> num levantamento de 1956 em 2288 escolares, encontrando um CPOD aos 6 anos de 2,5 e aos 14 anos de 11,9; MATTOS NETO<sup>(33)</sup> em 1966, examinando 2077 escolares de 7 a 14 anos, encontrou 6,4 como CPOD médio. SILVA<sup>(44)</sup> em 1979, identificou um ceo para crianças de 7 anos igual a 9,64 e 4,94 aos 10 anos. POZZOBON<sup>(40)</sup>, trabalhando com crianças excepcionais negativas de 0 a 15 anos, identificou CPOD médio de 13,45. MAKOWIEC KY<sup>(34)</sup> em 1978, em escolares de 7 a 10 anos, obteve um CPOD médio de 4,54. MASCARANHAS<sup>(35)</sup> relata a frequência da mã-oclusão em escolares de 11 a 12 anos residentes em Palhoça, identificando 53,86% de oclusões normais e 46,13% de portadores de mã oclusão.

Dentre os fatores que poderiam explicar esta situação, ressaltamos a falta de utilização de pessoal auxiliar, a monopolização do conhecimento, o uso de tecnologia sofisticada e, sem dúvida o mais importante, a atitude curativista do profissional que se baseia no binômio diagnóstico X tratamento. Para MENENDEZ<sup>(36)</sup>, SILVA<sup>(43)</sup>, CORDON & OLIVARES<sup>(13)</sup> e outros autores, o caracter essencialmente curativo é estimulado durante o processo de formação profissional, porque a filosofia da maioria do corpo docente das escolas de Odontologia é essencialmente voltada para a clínica particular e para a sofisticação das técnicas e procedimento odontológicos. Além disso, não existe uma preocupação maior com a cobertura das necessidades da população. Quando maior for a sofisticação tecnológica maior será o custo do tratamento odontológico, menor será a parcela da população com possibilidades de acesso aos benefícios e maior o acúmulo das necessidades. Tal situação reflete um caráter estático e comodista dos cirurgiões dentistas, voltados para o aten

dimento de problemas já instalados de uma minoria privilegiada.

Acresce-se a isso as observações da HALLA e colab.<sup>(25)</sup>, a respeito de currículos quando citam Burket, "um grave defeito do atual sistema educativo é o isolamento acadêmico existente entre os departamentos". A fragmentação dos atuais currículos em grande número de disciplinas isoladas leva a uma aprendizagem fragmentada, onde caberá ao próprio aluno a incumbência de, quando do exercício profissional, correlacionar os vários fragmentos aprendidos para compor um todo integrado.

Face a impossibilidade de resolver os problemas odontológicos segundo esta sistemática, há que mudar-se esta situação, dando-se ênfase à prevenção. Isto pode ser explicado se compilarmos os raciocínios de PINTO e PEREIRA DOS SANTOS, referidos por VIEGAS<sup>(52)</sup>, sobre um único problema odontológico, ou seja a cárie dentária. Para o primeiro, "no Brasil de 7 a 60 anos, temos uma população de 81,6 milhões de habitantes os quais apresentam 531.150.850 dentes cariados e com extração indicada. Admitindo-se que o cirurgião-dentista trabalhasse 8 horas/dia, como na F.S.E.S.P., e que 80% de seu tempo útil fosse dedicado a trabalho na boca, trabalhando 11 meses/ano, ter-se-ia 1.408 horas disponíveis. Se a produtividade/hora fosse 1,55 unidades de trabalho, ela equivaleria a 2.182 restaurações ou extrações por ano. Se nós dividíssemos o total de necessidades por esse valor, poder-se-ia verificar qual o número de cirurgiões-dentistas necessários para atendê-las num ano, o qual corresponde a 243.424". O segundo autor verificou na "população brasileira de 7 anos ou mais, quais as necessidades atendidas e quais as necessidades a atender em relação a extrações e restaurações. Com respeito a restaurações, havia 94.193.405 necessidades atendidas e 420.450.286 necessidades por atender; no que tange as extrações: 408.055.786 correspondem as necessidades atendidas e 80.226.760 as necessidades por atender. Para atender essas necessidades, os ...

40.000 cirurgiões-dentistas do Brasil, na ocasião, precisariam trabalhar 4 anos, 1 mês e 6 dias, ressaltando-se que o ataque de cárie não ficaria inativo (crescendo em extensão e profundidade) e haveria, no período acima considerado, uma incidência de cárie equivalente a 59.929.348 dentes cariados, dos quais 9.366.357 já teriam extração indicada."

Além da impossibilidade de resolver os problemas de cárie, somar-se-iam os relativos a periodontopatias, má-oclusão, câncer oral, anomalias congênitas, processos inflamatórios-infecciosos de tecidos moles e duros, o que retrataria a extrema gravidade da situação odontológica.

Aceitando-se um fato concreto, qual seja a impossibilidade de resolver os problemas de saúde bucal com a atual prática odontológica, há necessidade de criar e desenvolver uma firme atitude profissional de valorização da epidemiologia e da prevenção. A incorporação dessa filosofia ao exercício profissional representa uma das maiores aspirações da moderna Odontologia. Numa abrangência menor, o autor pretende investigar a existência de atitudes preventivas do professor e acadêmico, na sua saúde bucal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

## REVISÃO DA LITERATURA

A prevenção dos problemas de saúde bucal tem se constituído em preocupação constante dos sanitaristas, em particular, e dos profissionais de Odontologia já sensibilizados pelos aspectos sociais da profissão.

Para BARROS<sup>(2)</sup>, "a prática preventiva é reconhecida por todas as pessoas, mesmo as leigas, como sendo a única capaz de fazer frente aos problemas de saúde da comunidade, muito embora tal reconhecimento e aceitação generalizadas ainda sejam tímidas em empregar a prevenção. Ao nível da clínica privada, então, quase nada é feito. Pregamos loas à prevenção e desenvolvemos uma odontologia exclusivamente curativa".

Segundo SILVA<sup>(43)</sup>, "se fosse feito um criterioso exame de consciência, verificaríamos que poucos dos cirurgiões dentistas obteriam um saldo positivo no que tangê à atividades preventivas. No seu entendimento, há uma preocupação excessiva do cirurgião dentista com seu próprio bem estar. "Estamos habituados a pensar que a Odontologia Social é missão exclusiva dos Serviços Públicos de assistência ou entidades beneficentes, esquecendo-nos que, nestes serviços e entidades, a assistência é prestada por nós e, também lá, cometemos as mesmas falhas e omissões, utilizando as mais variadas desculpas para nos justificar diante de nós mesmos".

BUSTAMANTE<sup>(6)</sup> pergunta "por que consumir incontáveis horas de atividades profissionais, por que provocar grandes despesas aos pacientes, instituições e ainda ao Estado, por que enfatizar-se tanto as técnicas e procedimentos terapêuticos altamente



sofisticados, quando mais lógico, econômico, ético e humano seria voltar todo este esforço em prevenir as enfermidades?" Ele mesmo responde que "este conceito é tão óbvio, mas requer para sua implementação, mudanças mentais muito profundas nos profissionais, nos pacientes, nos planos de estudo das escolas médicas e odontológicas e em geral de todos os organismos encarregados da prestação dos Serviços de Saúde".

Como diz KATZ<sup>(27)</sup>, "a prevenção não é uma técnica, mas uma filosofia de prática profissional e os objetivos desta filosofia podem ser sintetizados em quatro princípios, quais sejam: considerar o paciente como uma unidade total indivisível física e mentalmente; ter como um ideal para a vida uma boca sã; quando a enfermidade está presente deve-se deter seu progresso e reestabelecer a forma e a função e finalmente proporcionar aos pacientes conhecimentos para prevenir as enfermidades."

Dentro da área odontológica, as duas enfermidades mais prevalentes são a cárie dentária e a doença periodontal.

Para a OMS<sup>(38)</sup>, em seu relatório técnico nº 621 que trata da epidemiologia, etiologia e prevenção das doenças periodontais, a higiene bucal é, sem dúvida, o fator mais importante relacionado com as doenças periodontais. "Pesquisas epidemiológicas sobre a incidência e gravidade de doenças periodontais têm mostrado que diferenças de sexo, raça, área geográfica, classe sócio-econômica, etc. tendem a desaparecer quando os grupos são classificados de acordo com as diferenças no nível de higiene oral. Estes achados sugerem que as características demográficas (que são comumente usadas como variáveis antecedentes nos estudos epidemiológicos) dividem a população, primariamente, em grupos com diferentes níveis de higiene oral. O estado periodontal é, portanto, em primeiro lugar uma consequência do nível de higiene oral e só, secundariamente, uma consequência

das características demográficas, quando estas características afetam direta ou indiretamente o comportamento da higiene oral".

Especialmente na última década, sensível a esta situação, a classe odontológica vem procurando operacionalizar certos procedimentos clínicos de prevenção. As medidas preventivas deverão ser aplicadas como as preconizadas pela OMS <sup>(38)</sup>, através do Comitê Especializado na Educação em Saúde Dental, nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Com respeito à doença periodontal, para o referido Comitê, a prevenção primária envolve a promoção da saúde oral através de:

- " 1) educação sobre saúde para melhorar a higiene oral;"
- " 2) programas de nutrição para elevar os padrões de nutrição e dieta;"
- " 3) exames dentários periódicos para prevenir a investida da gengivite."

O papel principal dos que são responsáveis pelo cuidado dental neste nível deveria ser a educação sobre saúde, o diagnóstico e eliminação da placa e a restauração do dente, de maneira a evitar irregularidades dentárias e sobreexposição. A prevenção secundária envolve tratamento dos primeiros sinais e sintomas das doenças do periodonto de modo que previna a sua progressão. Isto inclui uma educação específica sobre saúde bucal dirigida à remoção da placa dental, à aplicação de flúor e agentes remineralizantes nas lesões iniciais de cárie e a detecção e remoção de fatores retentivos da placa, incluindo cálculo. Uma explicação sobre o assunto e exames sucessivos constituem a maior parte desta fase de prevenção, junto com a limpeza dos dentes e a provisão de tratamento para dentes cariados, por profissionais qualificados. A velocidade de progressão das doenças periodontais varia enormemente numa população e

explicações técnicas de proteção devem ser usadas para identificar os que são mais vulneráveis. A proteção deve incluir o uso de radiografias "bite-wing", a fim de detectar os primeiros sinais de perda óssea. É recomendado o uso de Raio-X após a erupção dos segundos molares. No Estabelecimento de um programa para re-chamada, uma consideração especial deve ser dada às diferenças individuais; a prática de exames periódicos habituais em intervalos de 6 meses deve ser modificada de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Este processo resultaria em grupos que necessitam exames entre 2 meses, 3 meses, 1 ano ou intervalos mais longos, de acordo com as necessidades manifestadas. Devido à necessidade do auxílio humano para desenvolver as atividades preventivas secundárias, é essencial que o planejamento de saúde providencie um número adequado de equipe de pessoal treinado atuando na aplicação do cuidado preventivo, conseqüentemente liberando os dentistas para a terapia no nível terciário. A intervenção cirúrgica, como parte de prevenção secundária, demanda um dentista para a remoção de bolsas e outro tipo de terapia que tornaria a placa acessível ao controle do próprio paciente. E a prevenção terciária envolve um tratamento direto ao controle de doenças periodontais estabelecidas, prevenindo sua progressão, prevenindo subseqüentes complicações e provendo instrumentos para restaurar função e aparência. Isto inclui uma educação para a manutenção de saúde oral.

Dentro da mesma linha de raciocínio proposta pela OMS, num programa dirigido ao problema cárie dentária, segundo CHAVES<sup>(11)</sup>, para o primeiro nível a prevenção primária teria, dentre outras, as seguintes recomendações:

"Nutrição adequada no período de formação do dente; trata-se de um método genérico para a saúde geral e para a saúde oral como parte desta. Dentes bem formados devem resistir melhor ao

ataque da cárie. Contudo, uma relação definida entre nutrição e cárie dentária já está bem estabelecida com relação a presença de um elemento: fluor em quantidade adequada durante o período formativo. A suplementação deste elemento, quando em falta, torna-se um método proteção específica, obtendo-se excelente resultado. As possibilidades que o flúor oferece são inúmeras e estão apenas parcialmente exploradas. Dois métodos que vem sendo utilizados a mais tempo tem eficácia comprovada: a fluoretação das águas de abastecimento e as aplicações tópicas com soluções fluoradas. Variações destes métodos tem sido experimentadas com vistas a adaptá-las a situações particulares, ou visando aplicação em larga escala. A fluoretação da água se constitui no melhor método de alcance coletivo para prevenção de cárie dentária."

A fluoretação de águas de abastecimento público, recomendada pela OMS em reunião no México em 1964, apresenta as vantagens abaixo especificadas, referidas por VIEGAS<sup>(49)</sup>;

- "1º - Adequado, porque beneficia a todas as crianças sem distinção de ordem econômica, social ou educacional, sem esforço das mesmas ou de seus pais, pois todos bebem água;"
- "2º - Eficiente, porque reduz a incidência da cárie em torno de 65% em média. No estudo piloto brasileiro, realizado na cidade de Baixo Guandu, E.S., pela F. SESP após 14 anos de observação foi verificada uma redução de 65% no grupo etário de 7 a 14 anos, sendo que 27% das crianças não tinham dente atacado pela cárie."
- "3º - Seguro, porque na proporção de 1 ppm, não produz o mínimo efeito tóxico. Esse método está aprovado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, é Lei Oficial na Rússia e também no Brasil através da Lei nº 6050 de 24 de maio de 1974, que

dispõe sobre a fluoretação em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. No Brasil, ainda está, regulamentado pelas Portarias nº 635 de 26 de dezembro de 1975 e 56/Bsb de 14 de março de 1977;"

- "4º - Econômico, porque seu custo é mínimo. No Brasil o maior custo é o da Cidade de Campinas que utiliza fluorsilicato de sódio e apresentava em 1978 custo de Cr\$ 2,35 por pessoa/ano. Numa família com 5 pessoas em média, o custo anual seria de ordem de Cr\$ 11,75, cobrado na taxa da água, corresponderia a Cr\$ 1,00 por Família/mês";
- "5º - Prático, porque a adição de fluoreto à água é similar aos outros procedimentos mecânicos empregados nos serviços de abastecimento de água;"
- "6º - Perene, porque seu efeito perdura durante toda a vida do indivíduo."

VIEGAS & VIEGAS<sup>(51)</sup> referem estudo da cidade de Campinas, S.P. realizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, onde a redução de cárie foi de 65%, sendo que a proporção de extrações para obturações foi modificada, do levantamento base para o final de 1 Ext./Rest. para 1 Ext./23 Rest. Esse fato evidencia a importância desse método pois pela diminuição do ataque de cárie há uma redução acentuada no número de dentes extraídos.

Confirmada a hipótese de que a suplementação de fluoros às águas de abastecimentos públicos reduz a cárie dentária, outras se apresentaram relativas a causas de morbidade e mortalidade serem diferenciada em populações que recebiam adições de fluoros. Assim, observa-se na literatura uma preocupação crescente com estudos relativos e efeitos biológicos do flúor na humanidade. Nas últimas décadas, vários estudos epidemiológicos foram efetuados, estudos estes voltados, não são para a relação flúor e profila

xia de cárie dentária, mas também visando esclarecer se haviam efeitos colaterais responsáveis por alterações orgânicas gerais.

VIEGAS<sup>(50)</sup>, ELWELL & EASLICH<sup>(16)</sup>, CHAVES<sup>(11)</sup>, KATZ<sup>(27)</sup>, DINIZ<sup>(15)</sup> e GRINPLASTCH<sup>(24)</sup> apresentam considerações históricas acerca da participação do flúor em prováveis alterações orgânicas. São unânimes em afirmar que alterações podem ocorrer, desde que não seja observado a concentração adequada, período de sobreexposição e susceptibilidade da população. Referem que há possibilidade de ocorrência de fluorose dentária, lesões renais ou influências desfavoráveis em relação a doenças renais pré-existentes, mas requerem grande tempo de exposição ao flúor sem observância da dosagem média de 1 ppm.

ELWELL & EASLICH<sup>(16)</sup> enfocam que as doses tóxicas para que tais fatos ocorram são, em média, 20 vezes superiores do que as empregadas na fluoretação das águas. Asseguram, ainda, não haver relação entre disfunção da tireoide e consumo da água que contém fluoretos naturais e que o crescimento e desenvolvimento, tanto somático quanto psíquico, são normais nas crianças que bebem água fluoretada.

VIEGAS<sup>(50)</sup> refere as observações de efeitos colaterais benéficos do flúor, como menor ocorrência de osteoporose, menor calcificação de aorta e diminuição de casos de surdez, em populações que consomem água fluoretada.

ELWELL & EASLICH<sup>(16)</sup> e VIEGAS<sup>(49)</sup> chamam a atenção que a susceptibilidade deve ser avaliada sequencialmente, para garantir uma margem de segurança suficiente no consumo de água com 1 ppm de flúor, livre dos efeitos colaterais não desejáveis.

Consideramos importante relatar o que refere FRIEDMANN<sup>(19)</sup> acerca de aspectos referentes a ingestão, absorção, armaze

hamento e escreção de flúor, por considerarmos que, até certo ponto, explicam as vantagens biológicas do flúor e as controvérsias dos efeitos colaterais. Segundo este autor, "a total penetração do flúor no organismo dependerá da quantidade do mesmo existente no alimento e na água ingerida, mas só parte do flúor é aproveitada, pois somente os íons do flúor são absorvidos no trato gastrointestinal. A maior parte do flúor absorvido é rapidamente excretada pelo rim, e pequena quantidade é eliminada na transpiração. A capacidade do rim em eliminar o excesso de íons de flúor, logo após a ingestão, é um importante fator na prevenção contra um dano ao organismo. Outro fator de segurança, é o armazenamento de pequenas quantidades de flúor que são depositadas na substância mineral dos ossos e dos dentes, pois flúor é um constituinte normal dos ossos e dos dentes. Quando um excesso de flúor é ingerido, alguma pequena porção não escretada, é depositada nos ossos, o que nos assegura que baixa concentração de flúor é mantida no sangue e nos tecidos moles. O armazenamento de flúor nos ossos é um processo reversível, pois a redução diária da entrada de flúor no organismo, provocará a eliminação da parte do flúor que ficou armazenado. A toxicidade do flúor, dependerá da quantidade que foi consumida. Dependendo da dosagem e da maneira de uso, uma simples substância poderá funcionar como alimento, medicamento ou veneno. Por exemplo, uma pequena mas definida quantidade de Vitamina D é essencial para a absorção de cálcio e para a calcificação dos ossos e dentes. Em tais condições, a ingestão da vitamina D, é um alimento. Em doses maiores, a Vitamina D é indicada para o tratamento do raquitismo; neste caso, a Vitamina D age como medicamento. Entretanto, doses excessivas agirão como tóxico, pois são venenosas causando condições patológicas, tais como calcificação anormal no tratamento do raquitis

mo. Outro exemplo, é o sal comum; em pequenas doses o sal é um alimento e em doses excessivas, provoca sinais de severa toxicidade." Foi verificado, através de pesquisas clínicas e experimentais, que é impossível ingerir-se doses letais ou doses capazes de produzir sintomas agudos de envenenamento quando se ingere água contendo 1 ppm de flúor. A dose letal seria a ingestão, em poucos minutos, de 550 a 1000 galões de água fluoretada.

Infelizmente, a fluoretação das águas de abastecimento não alcança no Brasil a dimensão esperada. No caso específico de Santa Catarina, que se constitui numa das maiores reservas de fluorita do País, segundo a FSESP <sup>\*</sup>, somente 11 dos 197 municípios possuem água fluoretada, a um custo de Cr\$ 15,60 família/ano. Esta situação nos leva a trabalhar com soluções alternativas de menor força, mas que não devem ser ignoradas, a exemplo de fluoretação nas escolas, administração de comprimidos fluoretados e fluoretação do sal. Os chamados métodos de auto aplicação representam adaptações ou simplificações do método tradicional de aplicação tópica, que surgem como alternativas promissoras e atraentes do ponto de vista de saúde pública.

Ainda como medida de prevenção primária, podemos citar o controle do açúcar que, para VIEGAS <sup>(52)</sup> e CHAVES <sup>(11)</sup>, é um método de grande força na prevenção da cárie dentária, mas de difícil aplicação. Não se sabe o quanto reduz a incidência de cárie dentária, porque nunca foi possível aplicá-lo em sua forma pura; é possível que a força do método esteja próxima dos 100%, se for aplicado com todo rigor técnico. As observações existentes sobre o valor do método, em grandes grupos de população, resultam de modificações no consumo de hidratos de carbono de forma independente da vontade individual, quais sejam durante a II Guerra Mundial, comunidades primitivas ou isoladas, diabéticos, indivíduos confinados e outras situações.

\* Entrevista pessoal.



tuações que requerem tais procedimentos. A relação entre açúcar e cárie não é pura e exclusivamente quantitativa, mas é influenciada por outros fatores, além da presença e quantidade de açúcar.

VIEGAS<sup>(49)</sup> e KATZ<sup>(27)</sup> referem o estudo clássico de Vipeholm, onde chegaram às seguintes conclusões:

- "1 - o consumo do açúcar pode aumentar a atividade de cárie;"
- "2 - o risco do açúcar aumentar a atividade da cárie é grande se for consumido numa forma, com forte tendência a ser retido sobre a superfície do dente;"
- "3 - o risco de aumentar a atividade de cárie será maior se consumido entre as refeições;
- "4 - o aumento na atividade de cárie devido a ingestão de alimentos ricos em açúcar desaparece quando da retirada de tais alimentos da dieta;"
- "5 - as lesões de cárie podem continuar a aparecer apesar de se evitar a ingestão de açúcar refinado, de realizar a máxima restrição de açúcar natural, bem como eliminando os açúcares totalmente na dieta."

Para CHAVES<sup>(11)</sup> "o controle de açúcar significaria a redução voluntária da quantidade e da frequência da ingestão de alimentos ricos em açúcar." Considera ainda, um fator importante a consistência do açúcar ingerido. Segundo o mesmo autor, a viabilidade da aplicação de um programa de controle de açúcares está amplamente relacionada com programas intensivos de educação para a saúde. "A informação que transmitimos sobre a relação açúcar e cárie dentária é apenas como base racional para a alteração que queremos introduzir na conduta do indivíduo. Na realidade só teremos educado o indivíduo se o tivermos motivado a abandonar os hábitos desfavoráveis e a adquirir os hábitos novos recomendados."

São relatados por CHAVES<sup>(11)</sup> como fatores a considerar ainda na prevenção primária da cárie, hábitos higiênicos (escovação), oclusão normal, selantes e também poderiam ser considerados os fatores genéticos, ainda que somente aplicáveis a nível teórico. Como prevenção secundária com relação ao problema cárie dentária, "disponemos de dois métodos que envolvem um trabalho restaurador de lesões produzidas pela cárie. O primeiro deles seria o tratamento de lesões em início, estendendo-se o limite da cavidade até as zonas da superfície dentária com resistência natural à cárie. O segundo, visa surpreender as lesões iniciais e para tanto tornam-se necessários exames periódicos a intervalos curtos, principalmente nas épocas de vida em que o ataque é mais intenso. Este método, diagnóstico e tratamento de lesões em início oferece inúmeras possibilidades para aquela parte do problema, que pela força insuficiente dos atuais métodos de prevenção primária não conseguimos prevenir." O autor continua, dizendo que "a prevenção terciária, praticamente é representada pelo que classicamente se chama Odontologia curativa. Dentre as atividades odontológicas deste nível, poderíamos relacionar: dentisteria operatória, endodontia, prótese fixa e móvel, extrações dentárias e dentaduras e, numa forma mais complexa, a reabilitação oral".

Entretanto, todas as medidas apresentadas a nível primário, secundário e terciário para saúde bucal, citadas para os problemas odontológicos, só terão êxito se forem acompanhadas de medidas educativas, pois há uma necessidade imperiosa no sentido de persuadir as pessoas a se preocuparem com práticas eficazes para manter sua saúde. Somente o encorajamento da responsabilidade individual conduzirá a uma melhoria acentuada de saúde da comunidade. Segundo a OMS<sup>(38)</sup>, "embora a maior parte dos indivíduos esteja ciente de que eles estão sujeitos a doenças bucais, a maioria não encara isto como um problema sério. Pelo fato dessas doenças não parecerem ser muito sérias, a maioria das pessoas não dá grande prioridade às ações para aliviar

problemas potenciais dentais, embora essa maioria saiba que a prevenção é possível. Até mesmo quando se sabe que uma pessoa está motivada a tomar atitudes para proteger sua saúde dental, não se pode prever que espécie de ação ela terá". Ainda segundo a OMS<sup>(38)</sup>, "a escolha do comportamento de uma pessoa depende da sua percepção de quais serviços são disponíveis e no que ela acredita ser mais benéfico em relação ao persistente problema dental. Estas percepções são todas altamente subjetivas, tanto que a ação desenvolvida pelo indivíduo pode não ser apropriada ou eficaz como a realizada pelo corpo do pessoal odontológico. Algumas atitudes, como ir ao dentista para exames, podem ser consideradas como desagradáveis, dolorosas, embaraçosas, custosas ou inconvenientes. Outras atitudes podem conflitar com padrões de comportamento sociais e culturais do indivíduo. Há uma evidência de que as pessoas que tem um comportamento preventivo dental tendem a praticar geralmente um comportamento, de prevenção em saúde."

A prática profissional dominante e o modelo prevalente de serviço podem interferir na prática de divisão de conhecimento que o cirurgião dentista tenha em relação a sua clientela. Pressupõe-se que seu conhecimento e sua experiência clínica favoreçam a adoção prática de medidas de auto assistência, recomendadas teoricamente, uma vez que é reconhecido que mudar o comportamento de outrem pode ser determinado por inúmeras variáveis, como credibilidade e condições sócio-econômico-culturais que propiciem a absorção e execução da teoria recomendada. Mas, no processo de auto educação se espera que, na medida em que o indivíduo de uma determinada área profissional reconheça o valor de determinado conhecimento, ele o introjete em si, como uma forma de tirar proveitos próprios destes conhecimentos. Algumas dúvidas se acercam em consideração às apreciações teóricas acima apresentadas, em especial, quando as relacio

namos com alguns estudos referenciados, a exemplo do de MOREINOS e Col<sup>(37)</sup>, que apresentam estudo do comportamento do estudante de Odontologia no uso das técnicas de profilaxia e fisioterapia bucais. Estes autores enfatizam que, 82% da população por eles estudada, não demonstrou possuir conhecimento de alguma técnica de escovação. Enfoam ainda, "não ter havido mudança de atitude dos alunos, acerca de incorporação de hábitos de higiene oral, depois de aulas ministradas sobre o assunto." Por outro lado, também observaram que "o referido grupo não era capaz de transmitir e levar seus pacientes a se motivarem, por não terem incorporado no conjunto de seus valores a importância das técnicas de higiene oral e de controle de placa bacteriana dental."

CARIDE e Colaboradores<sup>(8)</sup>, em estudo do comportamento do odontólogo de prática geral frente a sua saúde oral, descrevem que 84% deles utilizam pasta dental, e que 47,3% escovam os dentes 3 (três) vezes ao dia. Quando questionados acerca de utilização de elementos acessórios, 77,2% deles usavam o fio dental, e que dos que usavam substâncias reveladora de placa, 60,6% utilizaram fucsina.

CENTENO e Colaboradores<sup>(12)</sup>, em estudo sobre a atitude de estudante secundarista e de medicina com relação à saúde oral, referem que o hábito de limpeza periódica dos dentes é adotado por 2/3 dos estudantes secundaristas, tendo ocorrido com mais frequência no grupo feminino. Em relação à necessidade de ir ao dentista, concluem que foi mais manifestada pelos estudantes secundaristas do que pelos de medicina. Registram, ainda, que a maioria dos estudantes de medicina afirmaram escovar os dentes após o café (87,5%), o que ocorreu com somente 14,5% dos estudantes secundaristas.

3 - P R O P O S I Ç Ã O

### 3 - PROPOSIÇÃO:

Com a finalidade de conhecer o comportamento de acadêmicos e professores do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, com respeito a adoção, em si, de técnicas preventivas de saúde bucal, realizou-se o presente trabalho com o objetivo de:

- 3.1 - Verificar a utilização de flúor pela população de estudo;
- 3.2 - Verificar os métodos e técnicas de higiene bucal empregados pela população de estudo;
- 3.3 - Verificar como a população estudada classifica a sua alimentação quanto a cariogenicidade;
- 3.4 - Verificar a periodicidade com que a população estudada procura assistência odontológica.



## 4 - MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 - MATERIAL

#### 4.1.1 - Caracterização histórica do Curso de Odontologia:

O ensino de Odontologia no Estado de Santa Catarina tem seu início em 1917, quando foi criado o Instituto Polythécnico, instituição que funcionou até 1932. Mais tarde, em 1946, foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina, que iniciou suas atividades dois anos após, em 1948. Em 1962, com a federalização do ensino superior no Estado, foi o Curso de Odontologia desmembrado do de Farmácia, surgindo a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina que, com a implantação da Reforma Universitária ocorrida em 1970, desapareceu, dando lugar ao Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Atualmente, o Curso de Odontologia envolve quase uma centena de professores de várias áreas de conhecimento, tais como enfermagem, medicina, farmácia e bioquímica, educação e outras. Somente no Departamento de Estomatologia, o que desenvolve a grande maioria da carga horária do curso, há 69 professores, todos cirurgiões-dentistas. O Curso é distribuído em oito fases de um semestre cada, das quais três pertencem ao ciclo básico e cinco ao profissionalizante. São formados, anualmente, cerca de 100 novos profissionais. MADEIRA & ROSA<sup>(32)</sup>, CATÁLOGO GERAL DA UFSC<sup>(53)</sup>.

#### 4.1.2 - População de estudo

O estudo prendeu-se aos professores e acadêmicos do Curso de Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de San



ta Catarina. Os professores foram identificados, segundo uma relação fornecida pela secretaria do Curso de Odontologia; os acadêmicos foram os que, no 1º semestre de 1981, frequentam da quinta à oitava fase do Curso e que já cursaram ou estão frequentando disciplinas que lhe oferecem conteúdo relativo a métodos preventivos e de higiene bucal, em complexidade crescente por fase. Foi selecionada esta população porque, a priori, independente de quaisquer variáveis determinantes, espera-se que tenha características próprias de cuidados acerca de saúde bucal.

A população em estudo compõe-se de dois grupos, como abaixo segue:

Grupo I: Professores, representados por aqueles que desenvolvem atividades no Curso de Graduação, nas fases profissionalizantes, cujo exercício docente é na sede do próprio curso e que concordaram em responder ao instrumento da pesquisa.

Grupo II: É compreendido por acadêmicos da quinta, sexta, sétima e oitava fases do Curso de Graduação, presentes às aulas nos instantes determinados para a coleta de dados.

O tamanho da população é delimitado pela quantidade de formulários preenchidos e que perfizeram um total de 189, dos quais 56 são de professores e 133 de acadêmicos.

## 4.2 - MÉTODOS

### 4.2.1 - Instrumentos de medida

Para determinar o comportamento da população estudada em relação a métodos preventivos e de higiene bucal, fez-se necessário elaborar um formulário (anexo nº 1), aplicado a professo

res e acadêmicos. Este formulário constitui-se de duas partes, sendo que a primeira, refere-se à caracterização geral da população e a segunda parte à prática de uso de medidas preventivas e de higiene bucal.

#### 4.2.2 - Operacionalização das variáveis

Para alcançar os objetivos propostos, elegeram-se as seguintes variáveis:

4.2.2.1 - DEPENDENTES: Uso de medidas preventivas e de higiene bucal.

Entende-se por métodos preventivos preconizados - para a população, visando a prevenção das enfermidades bucais, tais como cárie e doenças periodontais.

A prática do uso das medidas preventivas e de higiene bucal foi classificada nos seguintes grupos:

- I - As relativas a utilização do flúor, tipo do composto, forma de administração;
- II - Frequência da escovação dental e momentos habituais;
- III - Utilização do fio e palito dental, número de vezes e momentos habituais;
- IV - Emprego de dentifrício, se é fluoretado ou não;
- V - Aplicação de revelador de placa bacteriana dental, segundo o tipo;
- VI - Referencial dado pela população acerca da dieta: se cariogênica, baixa cariogenicidade ou não cariogênica;
- VII - Tempo e procura de serviço odontológico para avaliação da saúde bucal.

#### 4.2.2.2. INDEPENDENTES;

I - Condição de Professor;

II - Condição de Acadêmico.

#### 4.3 - PRÉ-TESTE

Após elaborado, o formulário foi pré-testado em cirurgiões-dentistas com exercício profissional em clínicas particulares. Concluído o pré-teste, o formulário sofreu as reformulações necessárias.

#### 4.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS:

Na ocasião da entrega do formulário aos professores, eram dadas orientações sobre a forma de preenchimento e tempo disponível para respondê-lo. Transcorrido um prazo pré-determinado, os formulários eram recolhidos e arquivados em pastas, de forma a assegurar o sigilo das respostas e evitar perda das informações coletadas.

Os acadêmicos preenchiam os formulários em salas de aula, ocasião em que eram expostos os objetivos da pesquisa e a forma de preenchimento.

#### 4.5 - APURAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS:

Procedida a apuração manual dos dados, estes serão apresentados de forma tabular, com frequência absoluta e relativa. Todas as tabelas terão seus títulos simplificados, uma vez que os dados dizem respeito a professores e acadêmicos de Odontologia, em atividade no primeiro semestre de 1981.



## 5.1. - CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

TABELA 1

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O SEXO

SEXO \ POPULAÇÃO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	45	80	75	56	120	64
FEMININO	11	20	58	44	69	36
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Observa-se na Tabela 1, que 64% do total da população estudada pertencem ao sexo masculino e 36% ao feminino. Em conjunto, parece nítido que a maior concentração de pessoas que exercem ou estudam Odontologia pertencem ao sexo masculino. Observa-se, ainda, uma diferenciação entre a população de professores e acadêmicos, quanto ao sexo. No grupo de professores, 80% são do sexo masculino e 20% do feminino, enquanto que, entre os acadêmicos, encontramos 56% do sexo masculino e 44% do feminino. Ao estabelecer-se uma relação comparativa entre os percentuais alcançados no grupo de professores, em relação ao de acadêmicos, poderia apreender-se sinais de mudança, pois, o grupo de professores, com abrangência de 80%, assume características de exercício profissional concentrada na população masculina, enquanto que o grupo de acadêmicos apresenta um percentual duas vezes maior para o sexo feminino.

TABELA 2

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO IDADE

IDADE em anos	POPULAÇÃO		PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18  — 25	-	-	105	79	105	55		
25  — 32	11	20	15	11	26	14		
32  — 39	9	16	-	-	9	5		
39  — 46	15	27	-	-	15	8		
46 e mais	16	28	-	-	16	8		
não informa	5	9	13	10	18	10		
T O T A L	56	100	133	100	189	100		

Os dados da tabela 2 revelam que, do total da população estudada, 55% se encontram na faixa etária de 18 a 25 anos, seguindo-se 14% para aqueles de idade compreendida entre 25 e 32 anos. Vale a pena ressaltar que 79% dos acadêmicos se encontram na faixa etária de 18 a 25 anos, enquanto que 71% dos professores possuem idades iguais ou superiores a 32 anos. Estes percentuais, a priori, proporcionam uma visualização da população segundo a susceptibilidade aos dois problemas prioritários da Odontologia: cárie dentária e doenças periodontais.

TABELA 3

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO A SITUAÇÃO FAMILIAR

SITUAÇÃO FAMILIAR		POPULAÇÃO		PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COM CÔNJUGE	Sim	43	77	17	13	60	32		
	Não	5	9	113	84	118	62		
	Não informa	8	14	3	3	11	6		
SUB-TOTAL		56	100	133	100	189	100		
COM FILHOS	Sim	46	82	12	9	58	31		
	Não	8	14	121	91	129	68		
	Não informa	2	4	-	-	2	1		
SUB-TOTAL		56	100	133	100	189	100		

A situação familiar, expressa pelos dados da tabela 3, revela que 77% dos professores têm cônjuge e 82% tem filhos, enquanto que no grupo de acadêmicos, 13% têm cônjuge e 9% têm filhos. Esta observação poderia estar relacionada ao fato da população de professores já ter sua estabilidade econômica e apresentar maior concentração em faixa etária mais elevada, ao passo que a população de acadêmicos, além de ser essencialmente jovem (75% de 18 a 25 anos), ainda se encontra no processo de formação profissional.



5,2 - COMPORTAMENTO NAS PRÁTICAS PREVENTIVAS DE SAÚDE BUCAL

TABELA 4

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O USO DO FLUOR

POPULAÇÃO USA FLUOR	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	8	14	12	9	20	10
NÃO	45	80	121	91	166	88
NÃO INFORMA	3	6	-	-	3	2
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Pelos dados da tabela 4, percebe-se que apenas 10% da população utilizam ou utilizaram fluor em si próprio. Evidencia-se, nesta tabela, que o percentual de Professores que usaram fluor foi superior ao de acadêmicos, 14% e 9% respectivamente. Entretanto, ao analisar-se os dados em sua forma original no instrumento de coleta, identificou-se que 25% dos professores que usaram fluor o fizeram com o objetivo básico de fluoroterapia, para dessensibilização dentária. Além disso, os 75% restantes deste grupo que usou fluor eram do sexo feminino e o utilizaram durante a gravidez. No grupo de acadêmicos, somente 9% fizeram uso do fluor, o que deixamos de comentar por insuficiência de informações.

O conjunto destes dados nos leva a algumas considerações que nos parecem importantes já que, apesar dos efeitos preventivos do fluor na profilaxia da cárie dentária estarem exhaustivamente demonstrados na literatura especializada, o simples conhecimento técnico do assunto não determina, na população estudada, a utilização de fluoretos com finalidade preventiva. O fato do indivíduo ser acadêmico ou professor de Odontologia não representa por si só, um fator determinante na utilização do fluor, o que nos le

va a crer numa inconsistência de conhecimento. É bem provável que os hábitos familiares, antecedentes a situação de professor ou acadêmico, ainda persistam influenciando no comportamento do indivíduo.

TABELA 5

POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO A FORMA DE UTILIZAÇÃO DO FLÚOR

POPULAÇÃO FORMA DE USO	PROFESSORES		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COMPRIMIDOS	-	-	5	42	5	25
GOTAS	-	-	1	8	1	5
TÓPICO	2	25	6	50	8	40
NÃO INFORMA	6	75	-	-	6	30
T O T A L	8	100	12	100	20	100

Pela tabela 5 observa-se que 25% da população que utilizaram o flúor sob a forma de comprimidos, 40% fez uso tópico e 30% não informaram a forma de utilização. No grupo de professores, 25% utilizaram o flúor tópico, visando a dessensibilização dentinária. No grupo de acadêmicos, a maior proporção corresponde a da utilização tópica, com 50%, seguida de comprimidos, com 42% e gotas, com 8%.

Chama atenção o fato da aplicação tópica do flúor ter alcançado tão relevante percentual, quando se sabe que, através dela ocorre a formação de fluoreto de cálcio na zona mais superficial do esmalte e que esta reação química, sendo reversível, faz com que a concentração do ion flúor na camada mais externa, tenda a diminuir com o passar do tempo, exigindo reaplicações periódicas. Em contrapartida, sempre que o uso do flúor for por via sistêmica, a reação química que se processa (formação da fluorapatia) é irreversível.

TABELA 6

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO A FREQUÊNCIA DA ESCOVAÇÃO

FREQÜÊNCIA \ POPULAÇÃO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 VEZ	-	-	1	1	1	1
2 VEZES	6	11	2	2	8	4
3 VEZES	21	37	60	45	81	43
+ DE 3 VEZES	25	45	70	52	95	50
NÃO INFORMA	4	7	-	-	4	2
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Os dados da Tabela 6 revelam que 97% dos acadêmicos, escovam os dentes 3 ou mais de 3 vezes ao dia, enquanto que 82% dos professores o fazem em freqüência equivalente. Chama atenção, ainda, que 3% dos acadêmicos escovam de 1 a 2 vezes por dia, enquanto que, no grupo de professores, esta freqüência de escovação perfaz um percentual de 11%. Acrescente-se ainda que 7% deste grupo da população não informa a freqüência da escovação.

CARIDE<sup>(8)</sup>, Professor de Odontologia Integral da Faculdade de Odontologia de La Plata, Argentina, efetuou estudo sobre o comportamento de cirurgiões dentistas daquela cidade acerca de sua própria higiene bucal. Este estudo, revela que 42% dos profissionais escovam de 1 a 2 vezes ao dia, 47,3% escovam 3 vezes, 8% o fazem 4 vezes e 2,7% mais de 4 vezes ao dia.

Observa-se na literatura, uma preocupação não somente com a freqüência da escovação, mas também com o momento em que ela é efetuada, como o fazem VIEGAS<sup>(48)</sup>, BARROS<sup>(2)</sup>, ISSAO & PINTO<sup>(26)</sup>, LASCALA & MOUSSALLI<sup>(28)</sup> e LAZAR & MACEDO<sup>(29)</sup>.

TABELA 7

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O MOMENTO DA ESCOVAÇÃO

POPULAÇÃO MOMENTO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
ANTES DO CAFÉ	21	37	80	60	101	53
ANTES DO ALMOÇO	01	2	5	4	6	3
ANTES DO JANTAR	1	2	10	7	11	6
APÓS O CAFÉ	41	73	89	70	130	69
APÓS O ALMOÇO	48	85	67	50	115	61
APÓS O JANTAR	34	61	104	78	138	73
ANTES DE DORMIR	44	79	117	88	161	65
OUTRA OCASIÃO	3	5	20	15	23	12

\* Percentual calculado sobre o total de 189 pessoas entrevistadas, das quais 56 professores e 133 acadêmicos.

Praticamente, os dados expressos na Tabela 7 permitem apreender, com os da tabela anterior, a preocupação com a saúde bucal e a aplicação em si mesmo do conhecimento teórico disponível.

Do total da população estudada, expresso nesta tabela, as maiores percentagens são relativas à escovação após café, almoço e jantar, com 69%, 61% e 73%, respectivamente.

Este procedimento vai ao encontro do que se conhece a respeito do momento em que os dentes devem ser escovados. Para VIEGAS<sup>(48)</sup> e BARROS<sup>(2)</sup> a escovação deve ser realizada imediatamente

te após as refeições, já que 5 minutos após a ingestão de alimentos açucarados, a acidez produzida pelas bactérias que estão na placa dental atingem níveis muito altos, capazes de desmineralizar no esmalte dos dentes. Para ISSAO & PINTO<sup>(26)</sup>, a escovação deverá se processar no máximo, 10 minutos após a ingestão de alimentos. Chama a atenção o percentual de 53% da população estudada que escova os dentes antes do café da manhã. Isso pode ser um procedimento aceitável, desde que se torne a realizá-lo também após o desjejum. O fato de que 65% da população estudada realiza higienização antes de dormir é um procedimento altamente recomendável, pois do contrário, os restos alimentares presentes na boca farão com que os microorganismos da placa tenham melhores condições para se desenvolverem e produzirem além de ácido, polissacarídeos intra e extra-celulares. LASCALA & MOUSSALLI<sup>(28)</sup> acredita que essa última escovação, sendo perfeita, é suficiente para manter o periodonto em boas condições. Para que isto ocorra, estimula a utilização de substância reveladora de placa nesta ocasião.

Pela distribuição dos dados observados, duas relações básicas parecem importantes, uma com a faixa etária e a outra com a condição de professor e acadêmico. É provável que a condição de acadêmico, cujo maior percentual está na faixa etária de 18 a 25 (79%), se apresente como cerceante de medidas relativas a prevenção da cárie por escovação frequente e em momento oportuno, o que pode ser evidenciado pelo fato de somente 50% dos acadêmicos escovarem os dentes após o almoço. Em contrapartida, a condição de professor cuja concentração se situa em faixas etárias mais elevadas e, portanto mais susceptíveis a doenças periodontais, deveria apresentar maior percentual da população efetuando escovação antes de dormir.

TABELA 8

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O TIPO DE DENTIFRÍCIO

POPULAÇÃO TIPO DE DENTIFRÍCIO	PROFESSORES		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COM FLÚOR	31	55	96	72	127	68
SEM FLÚOR	13	23	31	23	44	23
NÃO INFORMA	12	22	-	-	12	6
NÃO USA	-	-	6	5	6	3
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Entre os professores, 55% estão utilizando dentifrícios fluoretados, em sua higiene bucal, enquanto que 72% dos acadêmicos também o utilizam. Coincidentemente, 23% de ambas as sub-populações não estão usando dentifrícios fluoretados. Observa-se, também que 22% dos professores não informam sobre a utilização de dentifrícios, quer fluoretados ou não, e que 5% dos acadêmicos não usam dentifrícios, sem informar porque não o fazem.

No estudo de CARIDE<sup>(8)</sup>, 84% dos cirurgiões dentistas entrevistados, usavam dentifrícios e, em nossos achados, 78% dos professores e 95% dos acadêmicos o usam. Do total da população, 9% é representada por aqueles que não usam dentifrício e não informam seu uso. LASCALA & MOUSSALLI<sup>(28)</sup> enfatiza que "embora não sejam essenciais para a remoção de placa, os dentifrícios são auxiliares úteis para a manutenção da higiene bucal."

Segundo BERCHC<sup>(5)</sup> " o uso de cremes dentais contendo fluor e a eficácia dos mesmos como medida preventiva é um assunto controverso. A utilização do monofluorofosfato de sódio em cremes dentais, segundo alguns pesquisadores, apresenta vantagens como: não causar manchas, possuir maior estabilidade e ter um pH próximo à neutralidade. Também o fluoreto estanhoso tem sido utilizado em dentifrícios. A sua eficácia é questionada em função da sua estabilidade, uma vez que ocorre a oxidação do produto, formando fluoreto estânico com perda do valor preventivo". Para o mesmo autor, com relação as autoaplicações de flúor através de dentifrício, há que se considerar o seguinte:

"- se os dentifrícios, de simples cosméticos passam à categoria de fármacos utilizáveis na prevenção da cárie dentária, deverão trazer na embalagem ou na bula, a sua fórmula, o tipo de fluor empregado, a concentração e a data de fabricação;"

"- além disso, deverão trazer na bula os cuidados que os consumidores deverão ter com os fármacos;"

"- existe o perigo de que o consumidor desinformado julgue o dentifrício como um substituto da escovação;"

"- a ação propagandística realizada sobre os produtos deverá sofrer o controle dos órgãos de saúde;"

"- os órgãos de saúde deverão realizar um controle sobre o produto em si, garantindo uma composição adequada e inalterada de fluor, que justifique o uso do mesmo como um fármaco preventivo da cárie dentária."

Recentemente, CURY e colaboradores<sup>(14)</sup>, numa análise acerca da concentração e formas químicas de fluoretos empregados em dentifrícios no Brasil, determinaram potenciometricamente as



concentrações de fluoreto iônico livre, fluoreto ligado ao fosfato e fluoreto insolúvel. Concluíram que a concentração total de fluoretos, na maioria dos dentifrícios, está próxima da indicada pelo fabricante. Todos os dentifrícios fluoretados comercializados no Brasil que foram analisados apresentaram, segundo os autores uma concentração de monofluorfosfato (MFP) suficiente para contribuir na profilaxia da cárie. No entanto, como o MFP se decompõe em função do tempo, "a estabilidade destes dentifrícios necessita ser comprovada para que o potencial de prevenção seja preservado."

TABELA 9

POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DE REVELADOR DE  
PLACA DENTAL

USO DE REVELADOR DE PLACA	POPULAÇÃO		ACADÊMICO		T O T A L	
	PROFESSOR		Nº	%	Nº	%
SIM	2	4	12	9	14	7
NÃO	52	92	120	90	172	91
NÃO INFORMA	2	4	1	1	3	2
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Observa-se que, do total da população estudada, 7% informaram usar revelador de placa. No sub-grupo de professores, 4% o fizeram e, no de acadêmicos, 9%. Em média, 90% da população estudada e de ambos os grupos não utilizaram revelador de placa dental. Todos os professores que utilizaram revelador eram do sexo masculino e a forma utilizada foi a de pastilhas.

CARIDE<sup>(8)</sup> observou que "17% dos envolvidos no estudo usaram reveladores, sendo que destes, 60,6% usaram fucsina, 24,2% usaram pastilhas e 15,2% outras substâncias." Os reveladores de placa tem sido mencionados na literatura por GJERMO<sup>(21)</sup>, LASCA LA & MOUSSALLI<sup>(28)</sup>, GREEM & SUOMI<sup>(23)</sup>, FINN<sup>(18)</sup>, KATZ<sup>(27)</sup>, ISSAO & PINTO<sup>(26)</sup> e outros, como uma das formas de visualizar os restos alimentares e a própria placa, o que facilita inclusive sua remoção. Para BARROS & PEGORARO<sup>(3)</sup>, "a ciência odontológica já identificou os microorganismos da placa dental como os fatores determinantes das duas afecções que mais incidem na raça humana: cárie dentária e doença periodontal. Por esse motivo, para LOURO<sup>(31)</sup> é tão importante que possa ser exercido o controle da placa, pois assim o fazendo, conseguiremos estacionar e/ou diminuir a incidência da cárie e da doença periodontal."

Entre as acepções da palavra "controle", o DICIONÁRIO de BUARQUE DE HOLANDA<sup>(7)</sup> apresenta "ato ou poder de controlar, domínio, governo." Nesta acepção, tem sido a palavra controlar empregado por inúmeros autores que, através de agentes químicos, antibióticos e enzimas, tem tentado dominar e controlar a placa.

Para BELLINI e colaboradores<sup>(4)</sup>, dentre os produtos químicos, a clorhexidina se apresenta como o mais promissor e, em forma de pasta, bochechos e aplicações tópicas, sempre tem demonstrado de maneira bastante significativa ser capaz de impedir ou diminuir a formação da placa, permitindo supor que em futuro breve se possa desenvolver seu controle, desde que eliminados os efeitos colaterais.

Entretanto, apesar dos inúmeros trabalhos mostrando a importância das medidas anteriormente apontadas no controle da placa, ainda se encontram trabalhos como os de MOREINOS e colaboradores<sup>(37)</sup>, que identificaram, em alunos de 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> série do curso de

graduação em Odontologia, que 100% apresentaram placa bacteriana dental, 86% apresentaram alguma forma de gengivite e 14% somente com total ausência de gengivite. Acrescentam ainda estes autores que 82% da população por eles pesquisada demonstraram, na prática, não possuir conhecimento correto de alguma técnica de escovação.

TABELA 10

POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O USO DE FIO DENTAL

USO DE FIO DENTAL \ POPULAÇÃO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	43	77	123	92	166	88
NÃO	13	23	10	8	23	12
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Observa-se na literatura técnica, uma preocupação em recomendar complementos para higienização bucal, como o fio dental e o palito, a exemplo do que referem BARROS<sup>(2)</sup>, CARRANZA & CARRARO<sup>(9)</sup>, VIEGAS<sup>(44)</sup>, STONE & KALS<sup>(46)</sup>, LASCALA & MOUSSALLI<sup>(28)</sup>, GJERMO<sup>(21)</sup>, KATZ<sup>(27)</sup>, já citados anteriormente.

Pelos dados da tabela 10, evidencia-se que 88% da população estudada usam fio dental. No sub grupo de professores, 77% deles fazem uso deste recurso auxiliar e, no de acadêmicos, 92%. Estes percentuais nos parecem bastante altos, em especial quando comparados com estudos equivalentes. MOREINOS e colaboradores<sup>(37)</sup> registram que 64% dos estudantes de Odontologia pesquisados não usavam fio dental; CARIDE<sup>(8)</sup> identificou que 44% de sua população de estudo utilizava recursos auxiliares de higienização bucal e destes, 77,2% preferiram usar fio dental.

TABELA 11

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O MOMENTO DO USO DO FIO DENTAL

MOMENTO USO FIO DENTAL	POPULAÇÃO		PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANTES DA ESCOVAÇÃO	18	42	53	43	71	43		
APÓS A ESCOVAÇÃO	23	53	57	46	80	48		
OUTRA OCASIÃO	2	5	13	11	15	9		
T O T A L	43	100	123	100	166	100		

Na tabela 11, dos que usam o fio dental, observa-se a utilização em maior proporção após a escovação dentária, apresentando 53% dos professores e 46% dos acadêmicos. Entretanto, um percentual bastante elevado da população, 42% professores e 43% acadêmicos fazem uso do fio dental antes da escovação. Partindo do princípio de que o uso do fio dental é um complemento para a escovação, ele deve ser utilizado após a escovação. Para BARROS<sup>(2)</sup>, VIEGAS<sup>(48)</sup> e STONE & KALS<sup>(46)</sup> o fio dental não é indicado apenas para remover restos alimentares mas, sobretudo, para remover a placa dental das interfaces proximais.

TABELA 12

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO USO DO PALITO

USO PALITO \ POPULAÇÃO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	21	38	60	45	81	43
NÃO	35	62	67	50	102	54
NÃO INFORMA	-	-	6	5	6	3
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Ainda como medida complementar da higienização bucal, observou-se a utilização de palito dental. Segundo BARROS<sup>(2)</sup>, "o uso do palito tem sido muito combatido socialmente porque a palitação se constitui numa atitude extremamente anti-estética e de pouco bom gosto. Mas isto não deve ser sinônimo de contra indicação, uma vez que é um bom meio de remoção, tanto dos resíduos mais grosseiros quanto da placa, que permanecem entre os dentes junto ao triângulo interdental. O momento de utilização é que costuma ser inadequado. Por que utilizá-lo à mesa quando se poderia utilizar imediatamente antes da escovação?" Os dados da Tabela 12 demonstram que 43% da população estudada utiliza palito dental, com percentual diferenciado entre os dois sub-grupos, onde o dos professores 38% e o dos acadêmicos 45%.

TABELA 13

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O MOMENTO DE USO DO PALITO

POPULAÇÃO MOMENTO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANTES DA ESCOVAÇÃO	12	57	38	63	50	62
APÓS A ESCOVAÇÃO	2	10	10	17	12	15
OUTRA OCASIÃO	7	33	12	20	19	23
T O T A L	21	100	60	100	81	100

Verificando-se os dados da Tabela 13, que refletem o momento de uso do palito dental, os percentuais observados para a utilização antes da escovação alcançam 62%, o que se relaciona com a citação de BARROS<sup>(2)</sup>, anteriormente mencionada. O que nos parece digno de nota é o percentual em que professores e acadêmicos referem fazer palitação em outras ocasiões, com 33% e 20%. Procurou-se esclarecer, no instrumento de coleta de dados, se havia alguma nota da população que complementasse esta informação e verificou-se que a maioria dos professores e acadêmicos informaram que as outras ocasiões de uso do palito eram aquelas em que faziam refeições em restaurantes ou em conagraçamentos sociais.

TABELA 14

## POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO ALIMENTAÇÃO INGERIDA

POPULAÇÃO ALIMENTAÇÃO	PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTAMENTE CARIOGÊNICA	10	18	30	23	40	21
POUCO CARIOGÊNICA	43	77	100	75	143	75
NÃO CARIOGÊNICA	3	5	-	-	3	2
NÃO INFORMA	-	-	3	2	3	2
T O T A L	56	100	133	100	189	100

Os dados da Tabela acima demonstram que 96% da população estudada reconhecem ser sua alimentação cariogênica. Dentre estes dados sobressaem, ainda, a equivalência de percentuais de alimentação considerada como pouco cariogênica entre professores (77%) e acadêmicos (75%). Parece-nos, entretanto, merecer uma menção especial o fato de que 18% dos professores e 23% dos acadêmicos ingerem dieta por eles considerada como altamente cariogênica. Supomos que, no que se refere aos fatores opção e econômico, a condição de professor seja mais propícia ao controle da dieta que a condição de acadêmico. Justificamos esta suposição através de um conhecimento empírico de que grande parte dos acadêmicos vive distante das famílias, sujeito a regimes circunstanciais que não lhes permite preocupar-se com a qualidade da alimentação, visando a saúde bucal. É provável ainda que, mesmo aqueles que residem com seus familiares, têm pouco poder decisório sobre o tipo de alimentação a ser preparada. Os professores, ao nosso ver, encontram-se em situação mais privilegiada, pois participam diretamente das decisões da família.

Para LEAVELL & CLARK<sup>(30)</sup>, "os padrões dietéticos são mencionados como os primeiros e mais positivos esforços para a prevenção das doenças e preservação da saúde. Este é, na verdade, o mais alto nível de prevenção. O estabelecimento de uma dieta adequada é um meio de prevenção, não apenas de doenças nutritivas mas também de muitas outras."

Há, na literatura, muitas informações sobre a qualidade de certos nutrientes que podem evitar a ocorrência de manifestações clínicas de carências ou desarranjos metabólicos, relacionados às carências específicas. Este tipo de informação tem sido cuidadosamente avaliado, levando ao estabelecimento de padrões dietéticos. O quadro de consumo alimentar de qualquer grupo humano pode ser condicionado por leis, regulamentos, hábitos e costumes sociais e, deste modo, a dieta seguida pelos indivíduos não é determinada somente pela disponibilidade de alimentos para troca, compra ou cultivo. Mais do que isto, ela é grandemente condicionada pelos costumes alimentares que prevalecem em uma dada sociedade. As reações provocadas por certos alimentos, os tabus e os métodos de preparação estão relacionados aos padrões dominantes no grupo familiar, nacional e tribal.

Para CHAVES<sup>(11)</sup>, "a consistência da dieta tem sido considerada importante para a promoção da saúde oral. Os alimentos duros e fibrosos fornecem o estímulo funcional necessário à manutenção do ligamento periodontal e osso alveolar."

Embora a ingestão de alimentos duros e fibrosos tenha sido algumas vezes recomendada como forma de promover a limpeza natural dos dentes, possivelmente ela só é eficaz na redução dos depósitos mais grosseiros da placa, situados em posição oclusal ou incisal. Depósitos de placa localizados no terço cervical dos dentes são pouco afetados por esse tipo de dieta. Não é especí



fica a proteção oferecida pela dieta contra cárie ou doença periodontal. Para BARROS<sup>(1)</sup> e VIEGAS<sup>(49)</sup>, a influência da dieta na prevenção da cárie dá-se através de sua composição química e propriedades físicas que alteram o microambiente local em torno dos dentes. O termo Dieta se refere a situação física com que os alimentos se apresentam ao serem veiculados pela cavidade oral. Segundo VIEGAS<sup>(49)</sup>, "desde que o esmalte dos dentes erupcionados não contém células, este tecido é incapaz de sofrer trocas metabólicas. Não é lógico, portanto, assumir que mudanças nutricionais sejam refletidas na estrutura do esmalte dentário durante a vida. Visto que as cáries da coroa dos dentes se originam no esmalte, parece ser difícil admitir que a nutrição por si só controla este processo." Entretanto, a dieta é um dos fatores que deve ser considerado em relação a formação dos dentes e seus anexos e a todos os agravos relativos à cárie e doenças periodontais. Como já referimos anteriormente, a placa dental tem relação com a qualidade e a quantidade do alimento, sua forma de ingestão e a frequência e hábitos higiênicos bucais do indivíduo. Portanto, as informações registradas na Tabela 14 se apresentam, a nosso ver, como um complemento da promoção da saúde do indivíduo e da saúde bucal como parte desta.

TABELA 15

POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O TEMPO DECORRIDO DO  
ÚLTIMO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

TEMPO EM MESES	POPULAÇÃO		PROFESSOR		ACADÊMICO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0  — 12 m	24	43	89	67	113	60		
12  — 24 m	23	41	36	27	59	31		
24 E MAIS	7	13	4	3	11	6		
NÃO INFORMA	2	3	4	3	6	3		
T O T A L	56	100	133	100	189	100		

Observa-se, nos dados da tabela 15, que 43% dos professores se submeteram a atendimento odontológico há menos de um ano e que 67% dos acadêmicos apresentaram o mesmo comportamento. Porém, 41% dos professores declararam que o último atendimento odontológico ocorreu entre 12 a 24 meses antes da data da coleta de dados, o que aconteceu com 27% dos acadêmicos, apesar das facilidades que o Curso de Odontologia oferece.

Segundo CHAVES<sup>(11)</sup>, "o tempo decorrido desde a última visita ao dentista é um indicador da provável periodicidade do tratamento odontológico. Revela-nos o último intervalo apenas, mas nada nos diz sobre os intervalos anteriores. É bem verdade que o último intervalo é mais importante do ponto de vista das necessidades presentes, porém os outros não deixam de ter importância relativa."

TABELA 16

POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O TIPO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO RECEBIDO

POPULAÇÃO TRATAMENTO	PROFESSOR		ACADÊMICO		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
PROFILÁTICO	24	42	46	34	70	37
DENTISTERIA	39	70	111	83	150	79
ORTODÔNTICO	-	-	8	6	8	4
ENDODÔNTICO	6	11	30	22	36	19
OUTROS	7	12	8	6	15	8

\* Percentual obtido do total de 56 professores, 133 acadêmicos e total de 189 pessoas entrevistadas.

Os dados da tabela 16 complementam as considerações anteriormente feitas. Nesta tabela, os percentuais mais elevados foram os relativos a procura de tratamento de dentisteria operatória, perfazendo 79% para o total da população, 83% para o grupo de acadêmicos e 70% para o de professores. Para CHAVES<sup>(11)</sup> "esta especialidade é o tipo de Odontologia recebida pouco a pouco, durante a vida, por quem vai periodicamente ao dentista."

O baixo percentual observado de procura de tratamento profilático, até certo ponto pode explicar os percentuais observados de procura de tratamento endodôntico, em especial, no grupo de acadêmicos, que atinge 22%.

6 - CONCLUSÕES

## 6 - CONCLUSÕES:

Elaborado o estudo de acordo com a metodologia descrita no capítulo 4, cujos resultados foram apresentados e discutidos no capítulo 5, consideram-se pertinentes as seguintes conclusões:

### 6.1 - Verificações acerca da utilização do fluor:

14% dos professores estudados utilizaram fluor em si; destes, 25% o fizeram para dessensibilização dentinária e 75%, representados pelo sexo feminino, utilizaram durante a gestação; Somente 9% dos acadêmicos fizeram uso do fluor; entre os professores que utilizaram fluor, 25% usaram-no topicamente e 75% não informaram a forma de uso; os 9% de acadêmicos utilizaram fluor, topicamente (50%), em comprimidos (42%) e em gotas (8%).

### 6.2 - Verificações acerca de métodos e técnicas de higiene bucal:

6.2.1 - 82% dos professores escovam os dentes 3 e mais vezes por dia, 11% deles de 1 a 2 vezes, sendo que os momentos com maior percentagem são após o almoço (85%), antes de dormir (79%), após o café (73%), após o jantar (61%) e antes do café (37%); 97% dos acadêmicos escovam seus dentes 3 e mais vezes ao dia, enquanto que somente 3% escovam 1 ou 2 vezes, nas seguintes ocasiões: antes de dormir (88%), após o jantar (78%), após o café (70%), antes do café (60%) e após o almoço (50%);

6.2.2 - 55% dos professores utilizam dentifrícios com

flúor, 23% sem flúor e 22% não informam a respeito, enquanto que 73% dos acadêmicos utilizam dentifrício fluoretados, 23% sem flúor e 5% não utilizam dentifrícios;

6.2.3 - 92% dos professores não fazem uso de revelador de placa dental, 4% usam algum tipo de revelador e 4% não informa; 90% dos acadêmicos não usam revelador, 9% responderam afirmativamente e 1% não informa:

6.2.4 - 77% dos professores fazem uso de fio dental e, destes, 53% o usam após a escovação, 42% antes da escovação, 5% em outra ocasião, enquanto que 23% não utilizam fio dental; 92% dos acadêmicos adotam este recurso complementar e, destes, 46% o aplicam após a escovação, 43% antes, 11% em outra ocasião, ao passo que 8% não usam fio dental;

6.2.5 - 62% dos professores não utilizam palito dental, enquanto 38% o fazem nas seguintes ocasiões: antes da escovação 57%, em outra ocasião 33% e após a escovação 10%; 50% dos acadêmicos não utilizam tal recurso, 5% não informam e 45% o usam nos seguintes momentos: antes da escovação 63%, em outra ocasião 20% e após a escovação 17%;

6.3 - Verificação da alimentação quanto a cariogenicidade:

77% dos professores classificaram sua alimentação como sendo pouco cariogênica, 18% como altamente cariogênica e 5% considerou a alimentação não cariogênica, ao passo que 75% dos acadêmicos informaram que sua alimentação era pouco cariogênica, 23% altamente cariogênica e 2% não informaram;

#### 6.4 - Verificação da periodicidade do atendimento odontológico:

O tempo decorrido entre o último atendimento odontológico e a data da pesquisa foi, para o grupo de professores, de 0 a 12 meses 43%, de 12 a 24 meses 41%, de 24 e mais meses 13% e 70% realizaram tratamento de dentisteria, 42% profilático, 11% endodôntico e 12% de outro tipo; entre os acadêmicos, o tempo decorrido foi de 0 a 12 meses 67%, 12 a 24 meses 27%, 24 e mais meses 3% e 83% realizaram tratamento de dentisteria, 34% profilático, 22% endodôntico, 6% ortodôntico e 6% de outro tipo.

O comportamento dos grupos estudados no presente trabalho acerca de práticas preventivas de saúde bucal não apresenta diferenciações marcantes. As diferenças observadas entre as diversas variáveis estudadas podem estar relacionadas a condições próprias de cada sub grupo e em conjunto se neutralizam. Os resultados do presente trabalho nos levam a crer que a condição de acadêmico ou de professor de Odontologia, embora permita acesso a um conhecimento técnico científico diferenciado, não condiciona a sua aplicabilidade prática. Isto vai ao encontro do que referem CANDEIAS & MARCONDES<sup>(10)</sup> "... na tomada de decisão, observa-se, muito frequentemente, uma inconsistência entre conhecimentos (o que se sabe), atitudes (o que se acha), e prática (o que se faz) em relação ao objeto da saúde pública."

É provável que os atuais sistemas de ensino e de prestação de serviços exerçam no indivíduo influência mais dominante do que o próprio conhecimento de medidas preventivas.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, E. R. C. de. Prevenção da cárie dental. (Apostilha do Departamento de Odontologia Preventiva e Social. UFRGS, 1970, Porto Alegre - mimeografado)..
2. ———. Fundamentos de higiene oral. Centro de pesquisa em odontologia social. Porto Alegre. UFRGS, 1976.
3. BARROS, E. R. C. & PEGORARO, M. T. Programa para o controle das doenças da placa. (Série Programática de Atendimentos em Consultório, vol. I, Trabalho nº 1, mimeografado).
4. BELLINI, H. T. et alii. Uso da Clorhexidina no controle da placa e da gengivite (Estudo comparativo da aplicação t<sub>ó</sub>pica e em forma de bochecho.) Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., 34 (4) : 276-82, jul/ag., 1980.
5. BERCHT, B. S. M. Notas de Aula da disciplina Odontologia social II, Departamento de Odontologia Preventiva e Social. UFRGS, 1980.
6. BUSTAMANTE, A. J. Prevencion en periodoncia. Rev. Assoc. Odonto. Arg. 68(5) : 337-40, setembro, 1980.
7. BUARQUE DE HOLANDA, A. F. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.
8. CARIDE, E. et alii. Comportamiento del odontologo de practica general frente a su higiene oral. Catedra de Odontologia Integral Facultad de Odontologia. Universidad Nacional de la Plata. Rev. de Ass. Odont. Argent. 68 (4) Jul/agosto 1980.

9. CARRANZA, F. A. & CARRARO, Y. A. Periodoncia; patologia y diagnóstico de las enfermedades periodontales. Argentina, Mundi, 1978, 476 p.
10. CANDEIRAS, N. M. F. & MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev. Saúde Pública. 13 : 63-8, 1979.
11. CHAVES, M. M. Odontologia social. Rio de Janeiro, do Brasil, 1977. p. 1-447.
12. CENTENO, M. L. et alii. Atitude do estudante secundarista com relação à saúde oral. (Trabalho Curricular - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, mimeografado) 1977.
13. CORDON, J. & OLIVARES, H. S. Notas sobre simplificación y desmonopolización en estomatología (mimeografado).
14. CURY, A. J. et alii. Análise de dentifrícios fluoretados. Conceituação e formas químicas de fluoretos encontrados em produtos brasileiros. Rev. Ass. paul. Cig. Dent., 35. (2) mar.-abr., 1981.
15. DINIZ, J. A utilização prática de alguns procedimentos de proteção específica contra a cárie. Rev. Serv. Especial Saúde Pública, 2: 67-91, Rio de Janeiro, 1971.
16. ELWELL, K. R. & EASLICK, K. A. Universidad de Michigan. Classificação e apreciação das objeções levantadas contra a fluoretação, Tradução CARIANI PEDRO- DAE. S. P., 1966.

17. FAGGIONI, P. & ZAINA, T. Resultado de 5 anos de fluoretação das águas de abastecimento público na cidade de Garça-S.P., Brasil, em 600 escolares de 7 a 12 anos de idade, de am bos os sexos. Rev. paul. Odont., (5) : 20-32, set./out. 1980.
18. FINN, S. B. Odontologia pediátrica. 4 ed. México, Interamericana, 1976, 613 p.
19. FRIEDMANN, M. C. D. O papel de flúor na prevenção da cárie dental no período de formação dos dentes. Rev. Ass. paul. cir. dent., 120-4, 20 (3) : 120-4, maio/jun., 1966.
20. FERNANDES, J. M. S. Considerações sobre a fluoretação em Be lo Horizonte. Ingenieria Sanitária, Rio de Janeiro (2 y 3): 228-229, oct. 1978/mar. 1.979.
21. GJERMO, P. Agentes Mecânicos y químicos en el control de la placa. Rev. Asoc. Odont. Arg., 68(5) : 311-15, setembro, 1980.
22. GRECCO, A. J. et alii. Prevalência de anormalidade de oclusão em escolares localizados em áreas urbanas com diferentes concentrações de flúor na água de abastecimento. Rev. Fac. Farm. Odont., 8 (2) : 151-155, jul/dez. 1974.
23. GREENE, J. C. & SUOMI, J. D. Cárie e doença periodontal. Aspectos epidemiológicos e de Saúde Pública. Rev. Bras. Odont. 4 : 31-6, Jul.ag., 1978.
24. GRINPLASTCH, B. S. Fluoretação de Águas do Brasil. Rev. Fund. SESP, 2 : 7-22, Rio de Janeiro, 1974.
25. HALLA, D. et alii. Um currículo de ensino integrado para curso de graduação em Odontologia. Rev. Cat. Odont., 1 (1) : 13 - 31, jul, dez., 1974

26. ISSAO, M. & PINTO, G. A. C. Manual de odontopediatria. e ed. São Paulo, Artes Médicas, 1978. p. 199-208.
27. KATZ, S. et alii. Odontologia preventiva en accion. Buenos Aires. Ed. médica Panamericana, 1975. p. 7-450.
28. LASCALA, T. N. & MOUSSALLI, H. N. Periodontia Clínica. São Paulo, Artes Médicas, 1980. p. 329-50.
29. LACAZ NETTO, R. & MACEDO, N. L. Manual de higienização bucal. Motivação dos pacientes. São Paulo, Medisa Editora, 1980.
30. LEAVELL, H. & CLARK, E. G. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro, Ed. Mac Grall Hiel do Brasil, 1977. 744 p.
31. LOURO Fº, P. P. Controle de placa dental. Rev. Fac. Odont. P. A. 15/16/17 : 69-80, 1974/75/76.
32. MADEIRA, A. A. & ROSA, G. E. O curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina. Rev. Cat. Odont., 6 (2) : 9-20, jul.-dez., 1979.
33. MATTOS NETO, G. Atualização do serviço de odontologia do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Imprensa Universitária, 29 p.
34. MAKOWIECKY, N. Prevalência de cárie dentária em 277 escolares, alunos novos da 1ª série do 1º grau de 7 a 10 anos de idade, ambos os sexos, de 35 escolas públicas localizadas na zona rural da região da grande Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 1978. Tese de Mestrado do Curso Pós-Graduação, opção Odontopediatria.
35. MASCARENHAS, S. C. Frequência da Má-oclusão em escolares de ambos os sexos, de 11 a 12 anos, residentes em Palhoça, San

ta Catarina. Florianópolis, 1975. Tese Mestrado, Curso de Pós-Graduação, opção Odontopediatria.

36. MENENZES, O. R. "Simplificación y transferencia de conocimiento y tecnologia em programas de salud bucal en America Latina (Trabalho apresentado no I Encontro de Saúde Escolar, Brasília, 1979, mimeografado, 24 p.)
37. MOREINOS, M. et alii. Estudo do comportamento do aluno estudante de odontologia no uso das técnicas de profilaxia e fisioterapia bucais. Rev. Bras. Odontologia, 31 (185) : 20-5, jan./fev., 1974.
38. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Epidemiologia, etiologia e prevenção das doenças periodontais. (Série Relatórios Técnicos nº 621, mimeografado, 41 p.)
39. OROFINO, M. E. N. et alii. Prevalência da cárie dentária em escolares de Florianópolis, Santa Catarina. Rev. Gaucha Odont., 5 (3) : 76-9, jul.-set. 1957.
40. POZZOBON, M. H. Índice CPO-D em crianças excepcionais negativas, de 9 a 15 anos, brancas, ambos os sexos, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, 1976. Tese mestrado do Curso de graduação em odontologia da UFSC
41. ROSA, G. E. & MADEIRA, Á. A. Participação da mulher na odontologia catarinense. Rev. Cat. Odont., 7 (1) : 19-25, jan.-jun., 1980.
42. SALIBA, N. A. et alii. Estudo comparativo de higiene oral e cárie dentária em regiões com e sem auto teor de flúor nas águas de abastecimento público, Rev. Paul. Odontol. março, 1981.

43. SILVA, R. H. H. da. Editorial. Rev. Cat. Odont. Jan.-jul.,  
7 (1) 1980.
44. ———. Prevalência de cárie dentária em dentes deci-  
duos de crianças de 7 a 10 anos, ambos os sexos, alunos no  
vos de 1<sup>a</sup> série do 1º grau de escolas públicas de zona ru-  
ral da região da grande Florianópolis, Estado de Santa Ca-  
tarina, 1979. Tese apresentada ao Departamento de Estoma-  
tologia do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, em concu-  
so a professor Titular.
45. SOUZA, Y. M. et alii. Prevalência da cárie dentária em Brasi-  
lia, Brasil. Rev. Saúde Pública, 3 (2) : 132-40, 1980.
46. STONES & KALS. P. Periodontologia, 1<sup>a</sup> ed. Interamerica.  
México, 1978. 149-164.
47. TINOCO, A. F. et alii. Baixa prevalência da cárie dentária na  
cidade de Areia Branca, Estado do Rio Grande do Norte. Im-  
prensa Universitária do Rio Grande do Norte, Natal, 1966.  
(Separata).
48. VIEGAS, A. R. Odontologia Sanitária. (Tomo IV), São Paulo,  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,  
p. 1-406.
49. ———. Odontologia preventiva; Aspectos preventivos da cárie  
dentária. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo,  
1961.
50. ———. Prevenção da cárie dental, in: 2º ENCONTRO DE SAÚDE  
PÚBLICA EM ODONTOLOGIA. Porto Alegre, agosto, 1971 (Pre-  
feitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de  
Saúde e Serviço Social, Divisão de Saúde e Serviço Social).

51. VIEGAS & VIEGAS, A. R. Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Campinas, S.P., Brasil, depois de dez anos de fluoração da água de abastecimento público. Rev. Saúde Públ. 8 : 399-409, 1974.
  
52. VIEGAS, A. R. Prevenção da cárie dentária, in :  
BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição (Relatório Final do Seminário sobre prevenção da cárie dental no Brasil. Documento Técnico - 20/78, Brasília, março 78, mimeografado).
  
53. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Catálogo Geral. Florianópolis. 1979.





## F O R M U L Á R I O

### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Professor - ( ) sim Citar especialidades.....  
( ) não

---

2. Acadêmico - ( ) sim Citar a fase.....  
( ) não

---

3. Sexo ( ) masculino ( ) idade em anos  
( ) feminino ( ) idade em anos

---

4. Cônjuge ( ) sim  
( ) não

Em caso positivo, especifique se é Cirurgião-Dentista ou Acadêmico de Odontologia:.....

---

5. Filhos ( ) sim  
( ) não

Em caso positivo, especifique o número segundo as idades:

- ( ) menores de 1 ano
- ( ) 1 |— 3 anos
- ( ) 3 |— 6 anos
- ( ) 6 |— 12 anos
- ( ) 12 e mais anos

### II - CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA:

1. Você utilizou ou utiliza fluor em si mesmo?  
( ) sim  
( ) não

Em caso positivo, especifique como, quando e com qual frequência:.....

2. Assinale a frequência habitual da escovação dental:

VOCE

- ( ) uma vez ao dia
- ( ) duas vezes ao dia
- ( ) três vezes ao dia
- ( ) mais de três vezes ao dia
- ( ) outra alternativa, especifique

.....

2.1 - Assinale os momentos habituais da escovação:

VOCE

- ( ) antes do café da manhã
- ( ) após o café da manhã
- ( ) antes do almoço
- ( ) após o almoço
- ( ) antes do jantar
- ( ) após o jantar
- ( ) antes de dormir
- ( ) outra ocasião, especificar

.....

3. Utiliza fio dental?

VOCE

- ( ) sim
- ( ) não
- ( ) não sabe

Em caso positivo, quando.....

VOCE

- ( ) antes da escovação
- ( ) após a escovação
- ( ) outra ocasião, especificar

.....

3.1 - Qual o número de vezes que utiliza fio dental?

VOCE

( )

4. Utiliza palitos dentais?

VOCE

( ) sim

( ) não

( ) não sabe

Em caso positivo, especifique quando:.....

VOCE

( ) antes da escovação

( ) após a escovação

( ) outra ocasião, especifique: .....

4.1 - Especifique o número de vezes de uso habitual do palito:

VOCE

( )

5. Utilização de dentifrícios:

VOCE

( ) com flúor

( ) sem fluor

( ) não sabe

( ) não utiliza dentifrício

6. Utilização de substância reveladora de placa bacteriana dental:

VOCE

( ) sim

( ) não

( ) não sabe

Em caso positivo, especifique o tipo: .....  
.....

7. Classifique a alimentação ingerida por:

VOCE

- altamente cariogênica
- pouco cariogênica
- não cariogênica
- não sabe

8. Assinale há quanto tempo realizou exame ou tratamento odontológico.

VOCE

- há menos de 12 meses
- de 12 a 24 meses
- mais de 24 meses
- não sabe

8,1 - Assinale o tratamento realizado por:

VOCE

- nenhum
- profilático
- dentisteria
- endodôntico
- ortodôntico
- não sabe

Outros, especificar.....

8.2 - Especifique se o tratamento foi realizado por:

VOCE

- clínico geral
- especialista

8.3 - Assinale a especialidade de quem realizou o tratamento:

VOCE

- ( ) Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais
- ( ) Dentística Restauradora
- ( ) Endodontia
- ( ) Odontologia Legal
- ( ) Odontologia Preventiva e Social
- ( ) Odontopediatria
- ( ) Ortodontia
- ( ) Patologia Bucal
- ( ) Periodontia
- ( ) Prótese Buco-Maxilo Facial
- ( ) Prótese Dental
- ( ) Radiologia