

Programas educativos em saúde bucal para populações adultas

Dental health education programs for adults

Lucimara Magon Rota¹, Dagmar de Paula Queluz², Fábio Luiz Mialhe²

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar os aspectos relacionados ao perfil epidemiológico e a autopercepção das condições de saúde bucal, além dos métodos de educação em saúde voltados à população adulta, a fim de contribuir no planejamento de programas educativos para esta população. Com base na análise dos dados bibliográficos coletados, conclui-se que a educação em saúde bucal para adultos é uma importante ferramenta de manutenção da saúde bucal. Dentre elas destaca-se a cárie dentária, o câncer bucal e as doenças periodontais.

Descritores: Saúde bucal. Educação em odontologia.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal, integrante da saúde geral, representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Na fase adulta, seria definida como sendo um estado funcional saudável nos aspectos físico, social e psicológico, com ausência de dor¹.

A cavidade bucal, portanto, tem grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da auto-estima, auto-expressão, comunicação e estética facial².

Em nosso país, há um expressivo incremento das perdas dentárias com a idade, relacionadas com exodontias provocadas por doenças como a cárie e as doenças periodontais. Segundo os resultados do último levantamento epidemiológico nacional, a média de dentes cariados, perdidos e obturados é de 2,8 nas crianças de 12 anos, 6,2 nos adolescentes, chegando a 20,1 nos adultos na faixa etária de 35-44 anos. Além do mais, 28% dos adultos não apresentam dentes funcionais e menos de 22% apresentam gengivas saudáveis³.

Tal cenário deve-se, em parte, a extração dentária em massa, que se inicia a partir dos 30 anos, como solução mais prática e econômica para os problemas de saúde bucal, principalmente em regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos

profissionais. Este fato se dá em função dos reduzidos rendimentos da maioria da população e da estrutura eminentemente liberal da profissão, fazendo com que o tratamento da cárie seja realizado em estágio tardio, através da exodontias dos dentes afetados⁴⁻⁵. Portanto, grande parte da população adulta e trabalhadora é afetada pelo processo de prejuízos à saúde bucal devido à dificuldade de acesso a bens e serviços odontológicos⁵.

Assim sendo, é de extrema importância a elaboração de programas preventivos e educativos em saúde bucal direcionados a população adulta, contribuindo para a manutenção de sua qualidade de vida e sua força de trabalho⁵.

Além disso, partindo do princípio de que os adultos têm um papel-chave dentro da família quanto à questão de saúde, pois eles determinam muitos dos comportamentos que as crianças adotarão e, sabendo-se que os padrões de comportamentos apreendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes às mudanças, todos os conhecimentos transmitidos e reforçados às crianças pelos adultos promovem a saúde bucal das últimas, sendo um exercício positivo à formação de hábitos⁶.

Este artigo objetivou avaliar os aspectos relacionados ao perfil epidemiológico e a autopercepção das condições de saúde bucal, além dos métodos de educação em saúde voltados à população adulta.

¹Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontologia do Trabalho pela FO de Piracicaba-Unicamp

²Prof. do Dept. Odontologia Social, FO de Piracicaba-Unicamp.

Contato: dagmar@fop.unicamp.br

REVISÃO DA LITERATURA

Condições de saúde bucal da população adulta

A tradição de prioridade quase exclusiva em odontologia, para as crianças e em particular para alunos de escolas de 1º grau, não justifica a ausência ou escassez de programas estruturados de saúde pública para proteger a população adulta⁵.

Rihs *et al.*⁷ (2005) avaliaram a prevalência de lesões de cárie radicular em adultos e idosos da região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. Foram examinadas 1.475 pessoas dentadas, dos grupos etários de 35 a 44 e de 65 a 74 anos. Os autores verificaram que a prevalência de cárie radicular foi de 15,6% e 31,8%, respectivamente, para 35 a 44 e 65 a 74 anos. A média de raízes cariadas e/ou restauradas foi de 0,36 para os adultos, maior entre os homens ($p < 0,01$) e de 0,82 para os idosos, sem diferença no gênero. A média de raízes cariadas foi de 0,18 e 0,53, respectivamente, para adultos e idosos; em ambos os grupos os valores foram maiores entre os homens ($p < 0,01$).

Segundo dados do Estudo Epidemiológico de Saúde Bucal em Trabalhadores da Indústria, realizado pelo SESI, em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, numa amostra de 4,4 milhões de trabalhadores em 2002-2003, a saúde bucal dos trabalhadores da indústria brasileira é frágil, visto que o índice CPOD atinge em média 8,41 dentes dos trabalhadores com idade entre 20 e 24 anos e aumenta para a média de 22,6 dentes entre os trabalhadores na faixa etária de 45 a 54 anos. O estudo apontou também que apenas 35% são sadios em relação ao índice periodontal comunitário⁸.

Hopcraft e Morgan⁹ (2006) avaliaram o padrão de cárie em dentes e superfícies dentárias dependendo da idade e exposição à água fluoretada numa população de 973 adultos na faixa etária de 17-51 anos. A experiência de cárie encontrada para a população do estudo variou entre 3,21 até 24,35 para os indivíduos de 17-20 anos até 36-51, respectivamente. O primeiro molar permanente foi o dente mais atacado pela cárie e as superfícies oclusais apresentaram mais experiências de cárie que as proximais. Os indivíduos que apresentaram uma maior exposição à água fluoretada tiveram uma experiência de cárie significativamente menor do que aqueles não expostos.

Hábitos de higiene e autopercepção em saúde bucal em adultos

Abegg¹⁰ (1997) avaliou alguns hábitos de higiene bucal (escovação dentária, uso do palito e

uso do fio dental) em uma amostra de adultos constituída por 234 mulheres e 237 homens de duas categorias socioeconômicas, com idade entre 24 e 44 anos e também investigou o nível de placa bacteriana e sangramento gengival. A autora verificou que a frequência de escovação encontrada foi alta e apresentou associação com sexo e categoria socioeconômica. A maioria dos entrevistados (67,5%) declarou usar fio dental, estando seu uso associado com sexo e categoria socioeconômica. Usar palito foi descrito como um hábito comum para a maioria (54,6%) das pessoas entrevistadas. O uso do palito apresentou associação com sexo, idade e categoria socioeconômica. O nível de placa bacteriana foi moderado para a maioria das pessoas (62,6%), e estava associado com a categoria socioeconômica. Um quarto dos participantes do estudo não apresentou sangramento gengival, e este estava associado com a idade e a categoria socioeconômica.

Petry *et al.*¹¹ (2000) investigaram o efeito do conhecimento e atitudes pessoais, hábitos de higiene oral e uso de fluoretos sobre a total ausência de cárie. A amostra foi constituída por 126 casos e 252 controles, sendo a média de faixa etária similar entre os grupos (20,5 anos). A análise bruta por regressão logística condicional não demonstrou efeito para as variáveis relacionadas ao uso de fluoretos e hábitos de higiene oral ($p > 0,20$). Já o uso de fio dental apareceu como um fator de risco: os que afirmaram não usá-lo apresentaram “odds ratio” (OR) bruto de 0,70, e de 0,73 quando ajustado para visitas regulares ao dentista. O efeito para as visitas regulares ao dentista foi de risco. Pessoas com história de cárie visitavam mais os profissionais. Aqueles com história de cárie apresentaram um OR bruto de 1,55; após o ajuste para uso de fio dental o risco foi levemente superior (OR=1,67). Hábitos de higiene oral não demonstraram efeito protetor esperado. O uso de fluoretos não esteve significativamente associado à ausência de cáries. Os autores concluíram que permanece intrigante o fato de que algumas pessoas não desenvolvam cáries, mesmo não relatando cuidados considerados ideais à saúde bucal.

Silva¹² (2000) avaliou a percepção de condições de saúde bucal de uma população de 113 trabalhadores adultos que freqüentavam o Serviço de Saúde do Trabalhador do município de Diadema - SP, que também responderam a um formulário contendo perguntas de percepção e o índice GOHAI. Os indicadores objetivos revelaram um quadro epidemiológico com alta prevalência de cárie dentária e de agravos periodontais. Apesar disso, a percepção

das condições de saúde bucal foi eminentemente positiva e manteve algumas correlações com o índice GOHAI, visto que a maior parte dos indivíduos avaliou sua condição bucal como regular ou boa. Segundo os autores, as discrepâncias entre o quadro epidemiológico e a percepção apontam para a necessidade de facilitar o acesso da população adulta trabalhadora aos serviços de atenção à saúde bucal.

Lima-Costa *et al.*¹³ (2006) verificaram quais fatores de predisposição e facilitação, da condição de saúde bucal, de necessidade de tratamento e de comportamento estão associados à auto-avaliação da saúde bucal entre adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) residentes na região sudeste do Brasil. Fizeram parte deste trabalho 3.240 pessoas participantes do Projeto SB-Brasil/Região Sudeste. As características daqueles que avaliaram a sua saúde bucal como ótima ou boa foram comparadas às daqueles que avaliaram como regular, ruim ou péssima. No modelo final, as características independentemente associadas à melhor auto-avaliação da saúde bucal entre os adultos foram renda domiciliar per capita maior que R\$ 181,00 reais, não necessidade atual de tratamento odontológico, município de residência com mais de 50 mil habitantes e visita ao dentista há mais de 3 anos. Entre os idosos foram: renda domiciliar per capita maior que R\$ 181,00 reais, não necessidade atual de tratamento odontológico e possuir entre um a 19 dentes. Os resultados do estudo mostraram a existência de associações entre auto-avaliação e fatores de predisposição e facilitação, condição de saúde bucal, necessidade de tratamento e comportamento.

Nuto *et al.*¹⁴ (2007) analisaram as concepções, crenças, atitudes e modelos explicativos para a doença em portadores de periodontite crônica, visando colaborar na comunicação clínica entre cirurgiões-dentistas e pacientes, e contribuir para a adesão consciente ao tratamento. A amostra da pesquisa constou de vinte pacientes provenientes dos cursos de especialização em periodontia da Universidade de Fortaleza e da Associação Brasileira de Odontologia, em Fortaleza, Ceará, Brasil. A coleta de dados deu-se no período de outubro de 2004 a janeiro de 2005. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no intuito de obter relatos de “experiências vividas” dos doentes. A partir dos relatos examinados, foi possível analisar que os pacientes compreendem o processo saúde-doença periodontal por meio da intermediação do conhecimento popular e científico, do envolvimento das condições de vida e de trabalho e do acesso ao

serviço de qualidade, ou seja, eles não incorporam somente o discurso biomédico.

Programas de educação em saúde para adultos

Faulks e Hennequin¹⁵ (2000) realizaram uma experiência clínica com pessoas que cuidam de portadores de necessidades especiais. Técnicas modificadas e acessórias diferenciadas foram indicadas aos cuidadores que faziam a higiene bucal desses pacientes. Os pesquisadores observaram melhora na higiene dos pacientes e dos cuidadores, embora estes apresentassem um grau mais satisfatório de higienização, e sugeriram que instruções repetidas e motivação contínua são mais eficazes para a manutenção da saúde bucal do que o emprego de recursos sofisticados, como escovas de dentes adaptadas.

Queluz e Coelho¹⁶ (2000) demonstraram os diferentes níveis de conscientização da importância concernente aos aspectos preventivos e educativos sobre a saúde bucal em profissionais da área da saúde (dentistas, médicos e enfermeiros) e suas causas. Foram entrevistados 105 profissionais através de um questionário nas cidades de Campinas e Itatiba. Destaca-se a importância de uma interação entre os profissionais da área de saúde, sendo os mesmos um exemplo de boa qualidade de vida para a população adulta, transmitindo para todos conceitos preventivos básicos para que se atinja melhores condições de saúde. Uma minoria de profissionais, incluindo dentistas não recebem informações sobre prevenção em saúde bucal. Muitos dentistas entrevistados não aplicam a prevenção em sua rotina de trabalho. As causas dos diferentes níveis de conhecimento são: falta de interesse pelo tema, formação acadêmica deficiente e falta de uma visão global de saúde para que se consiga finalmente a qualidade de vida apropriada a todos.

Watson *et al.*¹⁷ (2001) descreveram um programa que enfocou a prevenção da cárie dentária pela transmissão de princípios de educação em saúde a gestantes e pais de pré-escolares, da cidade de Mount Pleasant. Foi constatado que a comunidade tem muitas prioridades, além da saúde bucal, como a redução do desemprego e da pobreza. No processo de avaliação, apesar de o componente educacional ter sido ressaltado positivamente, a falta de oferta de assistência odontológica para as pessoas carentes e a escassez de recursos financeiros para a continuação do programa foram apontadas como fatores limitantes.

Garcia *et al.*¹⁸ (2004) avaliaram os efeitos de um programa educativo sobre o conhecimento e

comportamento de higiene bucal em 50 adultos. 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.

Dutra e Ferreira¹⁹ (2005) analisaram a capacidade de dois projetos de Educação em Saúde Bucal, um individual e outro coletivo (grupo focal), de motivar práticas de autocuidados e modificações de comportamento em pacientes submetidos a manutenção periodontal. A amostra foi constituída de 50 pacientes que receberam tratamento periodontal e estiveram em tratamento no projeto de Terapia Periodontal de Suporte da FO-UFMG, no ano de 1999. O programa individual trabalhou com entrevistas estruturadas, pré-testadas num piloto, para levantar as dúvidas dos pacientes, e estas dúvidas foram trabalhadas por meio de material educativo (folders e cartilha). As sessões de educação em saúde ocorreram em intervalos mensais, durante 4 meses, quando foram, paralelamente, coletados o IHO-s (Índice de Higiene Oral-simplificado) e a PSSS (Porcentagem de Sangramento à Sondagem por Sítio) de cada paciente. Na última sessão, foi realizada outra entrevista para avaliar a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas. O programa coletivo trabalhou através de grupos focais com um

roteiro não estruturado, mas seguindo os mesmos conteúdos aplicados no individual, com os mesmos intervalos de tempo. Observou-se, na análise dos dados das PSSS, bem como na dos IHO-s, que a redução foi mais homogênea, maior e estatisticamente significativa ($p < 0,0005$) nos pacientes do programa coletivo em relação aos do programa individual. Concluiu-se que, para esses pacientes, o programa com metodologia coletiva foi mais efetivo na motivação para o autocuidado do que para os pacientes da metodologia individual.

DISCUSSÃO

O modelo hegemônico das práticas de educação em saúde baseia-se numa relação prescritiva entre profissionais e pacientes vislumbrando a adoção de novos comportamentos tais como escovar os dentes todos os dias, ingerir menos alimentos açucarados, entre outros. O pressuposto da utilização desta estratégia é que cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Dentro deste paradigma, desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente²⁰. As soluções medicalizantes ou comportamentais provenientes do exterior são, muitas vezes, totalmente descontextualizadas das suas reais condições.

Verifica-se, portanto, que o princípio de se educar para saúde geralmente parte da hipótese de que vários problemas, inclusive os bucais, são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas. Entretanto, há um consenso na literatura que programas de educação em saúde baseados exclusivamente na transmissão de informações não são efetivos para a transformação de saber instituído em comportamento preventivo²¹.

Entretanto, apesar da pedagogia da transmissão revelar-se inefetiva para a melhoria das condições de saúde bucal da população, verifica-se que a maioria dos programas educativos odontológicos ainda operacionaliza suas ações dentro desta vertente de trabalho²².

Ao abordar o tema “educação” não se pode deixar de citar as três áreas de domínio relacionadas: domínio cognitivo, afetivo e psicomotor. Há uma importância fundamental para o educador, em saúde coletiva, em saber o nível de conhecimento da clientela que está sendo o alvo das atenções, com o

objetivo de mudar o seu comportamento em direção ao uso permanente de hábitos que contribuam para a manutenção de sua saúde no decorrer do tempo⁶. Quando um programa educativo é bem planejado e tem apoio, embasamento científico forte e linguagem inteligível, adequada para o grupo que recebe a mensagem, certamente alcançará os resultados esperados⁶.

Há a necessidade, pois, de se projetar para a população conhecimentos elementares que sirvam para tornar a mensagem inteligível o suficiente para se alcançar o objetivo desejado, adaptando-se para o perfil educacional prévio de cada estrato populacional.

Entretanto, segundo Petry e Pretro²³ (2003), para que os pacientes saibam como manter a saúde não basta explicarmos bem as causas das doenças e como evitá-las. É necessário despertar a vontade de aprender, o interesse é que desencadeia a ação e estimula o desejo de atingir os resultados visados, através da motivação.

Kay *et al.*²⁴ (1991) afirmaram que a motivação consiste em habilidades apropriadas que o cirurgião-dentista deve desenvolver para ser capaz de persuadir os pacientes a alterarem seu comportamento e, assim, conseguir controlar as doenças da cavidade bucal. A alteração de hábitos é uma atividade complexa e requer esforço, prática e aproximação com cada indivíduo. Os autores descreveram cinco passos para se conseguir alterar o comportamento: definir o problema, analisar a frequência e os cuidados recebidos em casa, estimular o paciente a se cuidar e alterar e corrigir os problemas.

O processo de motivação é desencadeado pela interação de diferentes estágios: motivacional, no qual o indivíduo é estimulado a fim de satisfazer uma necessidade; comportamental, no qual a resposta é dada, e de redução da necessidade, no qual a resposta satisfaz. No processo de mudança comportamental, a utilização das forças motivadoras desempenha um papel fundamental.

Desta forma, segundo Chiapinotto *et al.*²⁵ (1998) é preciso que se ensine o paciente a gostar de limpar seus dentes, executando a tarefa com carinho e dedicação. Em vez da pressa com que se faz, como se a tarefa o “irritasse”, o dentista deve induzi-lo a sentir o sabor e aroma da limpeza, que gradativamente vão tomando conta da sua boca.

Segundo Bastos *et al.*⁶ (2003) o processo educativo deve ser ordenado e, para que seja desenvolvido adequadamente, é necessário:

- Identificação do problema: é preciso saber o que deve ser comunicado e a quem estará se

direcionando a comunicação, com a finalidade de delimitar especificamente quais os conhecimentos e as práticas a serem adotados pelos indivíduos e a escolha correta do meio mais adequado à comunicação da mensagem.

- Resultado visado: está intimamente relacionado ao item anterior, havendo necessidade da definição do que se espera alcançar caso o processo de comunicação se complete, o que torna possível uma avaliação do processo de comunicação e de adequação dos meios e métodos a serem utilizados.

- Adequação do conteúdo ao nível da população e dos meios utilizados: uma vez determinado o problema (o quê), a população (a quem), o resultado esperado bem como os meios disponíveis e selecionados para transmitir a mensagem, torna-se necessário adequar o conteúdo a todos os fatores, o que depende de aspectos técnicos, psicológicos e culturais que possam estar exercendo influência sobre o público em questão.

- Bloqueios à comunicação: a ocorrência de barreiras pode estar relacionada às crenças, às superstições, aos costumes e às tradições que podem levar os indivíduos a agir ou a pensar de maneira diferente do proposto ou simplesmente rejeitarem a mensagem transmitida. O conhecimento de tais aspectos, antes do início do processo educacional, é fundamental para não incorrer no risco de fracasso ou até mesmo de resultados opostos àqueles desejados.

- Avaliação: um programa educacional deve conter critérios para avaliar os resultados, determinado-se assim, o real, alcance dos objetivos estabelecidos como meta. A análise da eficiência e/ou de eventuais fracassos é um importante termômetro para determinar a necessidade de mudanças de estratégia no mesmo ou em futuros programas.

Para adultos, as reuniões em grupo devem ser encorajadas; as discussões de temas voltados para a saúde própria e de seus familiares podem ser importantes para a motivação relacionada à saúde; devem ser ressaltadas as qualidades dos indivíduos que demonstram grande responsabilidade individual e social tornando-os co-agentes participativos nos processos de mudanças comportamentais desejáveis para a manutenção do estado de saúde bucal².

De acordo com Ferreira *et al.*²⁶ (2001), para que programas educativos para adultos sejam eficientes, deve-se levar em consideração os seguintes cuidados: 1) a equipe de saúde bucal deve estar suficientemente motivada e envolvida no

processo educacional; 2) as atividades educativas devem, necessariamente, considerar os determinantes sociais das afecções bucais e apresentar uma visão dinâmica do processo saúde-doença, relacionando o autocuidado e a autonomia com a elevação da qualidade de vida; 3) os educadores devem estar conscientizados de que a motivação contínua dos educandos é mais efetiva do que a imposição de técnicas padronizadas e a prescrição de materiais dispendiosos para a higiene bucal; 4) o processo educativo deve acontecer de modo permanente, permanente, no decorrer do tratamento, e os profissionais podem conjugar a atenção individualizada às práticas em grupo; 5) as metas a serem alcançadas devem ser realistas para que não causem frustração aos profissionais e sensação de incapacidade aos educandos; 6) durante as atividades de educação para a saúde, é essencial que o profissional estabeleça um vínculo com o paciente e não haja fatores que deturpem a comunicação; 7) as formas de expressão devem ser claras e adequadas a cada pessoa ou grupo populacional.

CONCLUSÕES

Visto que os adultos exercem grande influência nos indivíduos mais jovens, tornando a vida dos mesmos mais saudáveis, refletindo numa maior expectativa de vida e conseqüentemente uma melhor qualidade de saúde bucal na velhice, é importante que programas educativos voltados a esta população sejam elaborados de forma crítica e baseados em critérios bem estabelecidos pela literatura científica, a fim de que os esforços voltados a promover a saúde bucal dos adultos apresentem uma relação custo-efetividade favorável.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate aspects related to the epidemiological profile, the self-perception of oral health conditions, and health education methods geared toward adults, in an attempt to contribute to the planning of health education programs for this age group. Based on the analysis of the bibliographical data collected, it could be concluded that oral health education for adults is an important tool for the maintenance of oral health, especially as regards dental caries, oral cancers, periodontal illnesses, among others.

Unitermos: Oral health. Education dental.

REFERÊNCIAS

1. Kiak HA. Psychological and social factors in the dental care of the elderly. *Int Dent J.* 1983; 33:281-91.
2. Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med.* 1992; 8:673-83.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde bucal. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SB Brasil 2003: resultados principais. 2004. Disponível em < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal> > Acesso em 17 abril 2006.
4. Frazão P, Antunes JL, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6:49-57.
5. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2001.
6. Bastos JR, Sales Peres SHC, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* São Paulo: Santos: 2003. P.117-39.
7. Rihs LB, Sousa ML, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21:311-6.
8. Pinto VG. Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003. Brasília: SESI/DN. 2006.
9. Hopcraft MS, Morgan MV. Pattern of dental caries experience on tooth surfaces in an adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34:174-83.
10. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Publica.* 1997; 31:586-93.
11. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Publica.* 2000; 16:145-53.
12. Silva DR. Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2000.
13. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11:941-50.

14. Nuto SA, Nations MK, Costa IC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:681-90.
15. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2000; 20:199-208.
16. Queluz DP, Coelho LC. Níveis de conscientização sobre prevenção de saúde bucal em profissionais da área da saúde. *JAO* 2000; 3:30-6.
17. Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. A community participatory oral health promotion program in an inner-city latino community. *J Public Health Dent*. 2001; 61:34-41.
18. Garcia PP, Campos FP, Santos PA, Rodrigues JA, Dovigo LN. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Ciênc Odontol Bras*. 2004; 7:30-9.
19. Dutra CM, Ferreira EF. A motivação de pacientes portadores de doença periodontal crônica sob manutenção periodontal: um estudo quantitativo. *Rev Odontol UNESP*. 2005; 34:5-10.
20. Smeke EL, Oliveira NL. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.
21. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Pena C. Educação e Saúde: conhecimentos, representações e experiência da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:110-6.
22. Lefreve AM, Lefreve F. *Promoção da saúde: a negação da negação*. São Paulo: Vieira e Lent; 2004.
23. Petry PC, Pretto SM. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: Kriger L. (Org.) *Promoção de Saúde Bucal*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.
24. Kay EJ, Millar K, Blinkhorn AS, Atkinson JM. The prevention of dental disease: changing your patient's behavior. *Dent Update*. 1991; 7:245-8.
25. Chiapinotto GA, Meller D, Santos FB. Meios mecânicos de limpeza dos dentes. *Rev Gauch Odontol*. 1998; 43:142-4.
26. Ferreira RI, Morano Jr M, Meneghim MC, Pereira AC. Dental health education for adult patients: report of an experience. *Rev Odontol UNESP*. 2004; 33:149-56.