

Avaliação do Conhecimento e Comportamento de Saúde Bucal de Professores de Ensino Fundamental da Cidade de Araraquara¹

Evaluation of the Knowledge and Behavior of Oral Health of Elementary Schoolteachers From Araraquara City, Brazil

Patrícia Aleixo dos Santos*
Jonas de Almeida Rodrigues*
Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia**

Santos PA dos, Rodrigues J de A, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(33):389-97.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da rede pública, da cidade de Araraquara, SP, Brasil, bem como seu comportamento de retorno. O instrumento de análise baseou-se em um questionário composto de questões fechadas e abertas relativas à etiologia, prevenção e evolução da cárie dental e doença periodontal, bem como ao comportamento de retorno. Concluiu-se que 85,5% da população estudada consideraram o Cirurgião-dentista principal fonte de informações e 10,4% afirmaram ser a escola; 46,9% associaram a placa bacteriana a restos alimentares; 9% dos indivíduos souberam relatar a multifatoriedade da cárie dental; apenas 25% souberam definir a doença periodontal adequadamente; 34% mencionaram a idade de 6 anos; 68,1% haviam procurado o Cirurgião-dentista num período de até 6 meses; 70,8% retornaram ao consultório odontológico da última vez para revisão periódica. Embora as atitudes relacionadas à saúde bucal da população estudada tenham se mostrado positivas, o conhecimento odontológico apresentou limitações, havendo, portanto, a necessidade de estabelecer programas educativos direcionados a esta população.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento; **INTRODUÇÃO** doenças periodontais.

Embora nos últimos anos tenham sido grandes os avanços da Odontologia no que diz respeito aos conhecimentos técnico-científicos e à prevenção, a cárie dentária e a doença periodontal continuam atingindo grande parcela da população.

Para que este contexto possa ser modificado, torna-se necessária a implementação de um conjunto de ações que atuem modificando a mentalidade curativa dos Cirurgiões-dentistas e criem novos modelos de prática odontológica, voltados ao atendimento preventivo, analisando o paciente como um todo e valorizando o papel da educação e motivação, principalmente com relação aos autotocuidados.

Educação e motivação são procedimentos extremamente importantes, pois desenvolvem

nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção da saúde, ou seja, cria-se uma disposição para a ação.

Em Odontologia, os procedimentos educativos apresentam uma finalidade básica, modificar o comportamento de saúde bucal dos indivíduos, pois, uma vez orientados, os pacientes tornam-se receptivos e cooperadores em relação às medidas que lhes são prescritas.

Contudo, segundo Blinkhorn (1993), na maioria das vezes, a mudança de hábito é muito difícil de ser atingida em virtude de influências sociais,

¹Trabalho de Iniciação Científica

*Alunos do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, Estagiários de Iniciação Científica do Departamento de Odontologia Social, Bolsistas da FAPESP

**Doutora em Dentística Restauradora pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, Professora Assistente Doutora da Disciplina de Orientação Profissional, do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP; Rua D. Alexandrina, 1779/21 - CEP 13560-290, São Carlos, SP; e-mail: pnsngarcia@linkway.com.br

culturais e governamentais, que ocasionam uma verdadeira inversão de valores.

Portanto, para que o Cirurgião-dentista supere estas dificuldades e consiga promover a educação e motivação, faz-se necessária a utilização de estratégias tais como linguagem específica de acordo com a faixa etária e nível socioeconômico, seleção de métodos adequados de motivação e, principalmente, reforço das informações.

A continuidade da motivação é que será responsável pela sedimentação dos conhecimentos (Axelsson *et al.*, 1991); caso contrário, de nada adiantarão os esforços iniciais, pois estes irão se perder com o tempo. Tal tarefa, muitas vezes, é dificultada, principalmente em programas educativo-preventivos, no setor público, devido ao número restrito de Cirurgiões-dentistas disponíveis para atender uma grande parcela da população.

Em decorrência disso, a utilização de agentes auxiliares de educação, como pais ou responsáveis e professores, deve ser cada vez mais estimulada (King, Loupe, 1974; Smith *et al.*, 1975; Kenney, 1979; Goel, Shetty, 1997; Peng *et al.*, 1997; Petersen, Mzee, 1998; Corona, 1999).

Neste contexto, a escola desempenha um papel fundamental, uma vez que o ambiente escolar, com seus aspectos físicos e elementos humanos, pode influenciar a saúde da criança, sendo ambiente propício para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos da cárie dental e da doença periodontal, pois permite que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que, por algum motivo, não tenham acesso aos cuidados profissionais particulares (Kenney, 1979; Loupe, Frazier, 1983). Além disso, a figura do professor de ensino fundamental exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos (Glasrud, Frazier, 1988), devido ao contato diário durante longo tempo.

No entanto, para que a execução desses programas obtenha êxito, o conhecimento odontológico e as atitudes dos professores de ensino fundamental devem ser revistos, para que estes possam auxiliar adequadamente o Cirurgião-dentista no difícil processo de educação da saúde bucal (Smith *et al.*, 1975; Loupe, Frazier, 1983; Oliveira, 1996; Corona, 1999).

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento e o comportamento de saúde bucal de professores do ensino fundamental de escolas públicas, na cidade de Araraquara, SP.

MATERIAL E MÉTODOS

Antes do início da pesquisa, a mesma foi

submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara e aprovada segundo o ofício CEP-FO/Car 60/00.

A população objeto deste estudo foi composta por 113 professores de ensino fundamental, representando o total de docentes pertencentes às escolas públicas da zona urbana da cidade de Araraquara, SP, Brasil.

O instrumento de análise utilizado foi um questionário composto por questões fechadas e abertas. A inclusão de questões abertas favoreceu a preservação da multiplicidade de informações, permitindo que os professores avaliados se expressassem sinceramente, evitando o direcionamento das respostas e a distorção da real situação.

O conteúdo do questionário visou a observar questões relativas ao conhecimento da etiologia e prevenção da cárie dental e doença periodontal, atitudes relacionadas ao comportamento de retorno e fonte de informações sobre saúde bucal.

Os dados foram inseridos no programa EPI Info 6.04 e foi realizada análise estatística descritiva com a confecção de tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra a distribuição das fontes de informações sobre saúde bucal citadas pelos professores.

Pode-se constatar que 93,8% dos professores haviam recebido informações a respeito dos cuidados de saúde bucal e, dentre eles, a principal fonte transmissora de conhecimentos foi o Cirurgião-dentista

TABELA 1: Distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relacionadas à fonte de informações sobre saúde bucal. Araraquara, 2001.

Questões/Respostas	n	%
Você recebeu informações a respeito dos cuidados de saúde bucal?		
Sim	106	93,8
De quem?		
Dentista	91	85,8
Família	3	2,8
Leituras (panfletos, revistas, jornais, livros)	18	17,0
Meios de Comunicação (televisão, rádio)	10	9,4
Escola	12	11,3
Outros	11	10,4
Não respondeu	1	0,9
Não	6	5,3
Não respondeu	1	0,9
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

(85,8%). No entanto, outras fontes também foram citadas, como a família (2,8%), leituras de panfletos, jornais e livros (17%), meios de comunicação, como televisão e rádio (9,4%), e a escola (10,4%).

Embora seja pequeno o número de professores (n = 6) que não haviam recebido informações sobre saúde bucal, este dado é preocupante, pois eles interagem diariamente com grande número de crianças e esse desconhecimento odontológico pode influenciar negativamente seus respectivos alunos.

Pesquisas realizadas por Glasrud, Frazier (1988), Lang *et al.* (1989), Petersen *et al.* (1990), Oliveira (1996), al-Tamimi, Petersen (1998) e Sgan-Cohen *et al.* (1999), em diferentes países, também encontraram o Cirurgião-dentista como principal fonte de informações, representando 57%, 90%, 82,3%, 35,9%, 78% e 39,3% da população estudada, respectivamente. Por outro lado, Petersen *et al.* (1995) e Petersen, Esheng (1998) encontraram a televisão como a fonte mais citada, sendo que o Cirurgião-dentista ficou na 6ª e 5ª colocação, respectivamente.

Em nosso estudo, pequena porcentagem de professores obteve informações sobre saúde bucal de livros, jornais, panfletos e revistas. No entanto, chama a atenção o fato de que o livro foi relacionado como fonte transmissora de conhecimentos, apresentando alta incidência de respostas em muitos trabalhos científicos (Glasrud, Frazier, 1988; Lang *et al.*, 1989; Petersen *et al.*, 1990; Petersen *et al.*, 1995; al-Tamimi, Petersen, 1998; Petersen, Esheng, 1998; Sgan-Cohen *et al.*, 1999).

Talvez seja possível que esses livros estejam se referindo aos livros didáticos utilizados em sala de aula.

TABELA 2: Distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relacionadas à placa bacteriana. Araraquara, 2001.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que é placa dental bacteriana?		
Sim	106	93,8
O que é?		
Restos alimentares + bactérias	22	20,7
Restos Alimentares	53	46,9
Bactérias	5	4,7
Camada que fica nos dentes mal-escovados	12	11,3
Película invisível	3	2,6
Causadora da cárie de doença periodontal	2	1,8
Não respondeu	11	10,4
Não	4	5,3
Não respondeu	3	0,9

Questões/Respostas	n	%
Você sabe quais as doenças bucais que a placa pode causar?		
Sim	97	85,8
Quais?		
Cárie	36	37,1
Doenças da gengiva	79	81,4
Tártaro	6	6,2
Perda de dentes	15	15,5
Mau hálito	7	7,2
Outras	12	12,4
Não respondeu	3	3,1
Não	11	9,7
Não respondeu	5	4,4
Você acha que a placa bacteriana pode ser removida?		
Sim	109	96,5
Como?		
Escovação	43	39,4
Escovação e fio dental	9	8,2
Higiene correta	3	2,7
Tratamento dentário	60	55,0
Raspagem	18	16,5
Não respondeu	6	5,5
Não	3	2,6
Não respondeu	1	0,9
Você sabe o que é tártaro?		
Sim	95	84,1
O que é?		
Resíduos alimentares solidificados	15	15,8
Crosta causada pelo acúmulo de placa	9	9,5
Depósito de impurezas (sujeiras)	13	13,7
Manchas	4	4,2
Placa que se calcifica em volta dos dentes	37	38,9
Não respondeu	17	17,9
Não	12	10,6
Não respondeu	6	5,3
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos professores avaliados de acordo com questões relacionadas à placa bacteriana.

Verifica-se que 93,8% afirmaram saber o que é placa dental bacteriana, sendo que quando foram solicitados a descrevê-la, houve as mais variadas respostas. Dentre as descrições realizadas pelos

professores, 20,7% relacionavam a placa com restos alimentares associados a bactérias depositadas sobre os dentes, 46,9% e 4,7% a restos alimentares e bactérias isoladamente, 11,3% referiram-se a ela como uma camada fina que fica nos dentes mal escovados, 0,9% como película invisível e 2,8% como causadora da cárie dental e doença periodontal. Também Brandão (1998) observou que, dos indivíduos que consideraram saber o que é placa bacteriana, 85,4% relacionaram sua presença a restos alimentares e/ou bactérias.

Verifica-se que existe uma confusão entre os indivíduos quando procuram conceituar a placa bacteriana. Possivelmente, esta confusão seja responsabilidade dos próprios Cirurgiões-dentistas que, para facilitarem a educação e a comunicação, acabam usando termos que criam conceitos inadequados entre os pacientes, como a relação "sujeira" ou "restos de alimentos" com a placa bacteriana. Como o próprio nome diz, a placa bacteriana é inicialmente formada por grupos de microorganismos que se aderem à superfície dental. Se esta placa não for removida, com o tempo ela poderá estar associada a partículas alimentares. Porém, ela não é apenas restos de alimentos.

Quanto às doenças bucais que a placa bacteriana pode causar, 85,8% responderam conhecê-las, e entre estes, a doença da gengiva foi a mais citada (81,4%) quando comparada com a cárie dental (37,1%). O tártaro, a perda dos dentes e o "mau hálito" também foram relacionados. Apenas a cárie dental e a doença da gengiva podem ser denominadas doenças bucais. Entretanto, o tártaro, a perda dos dentes e o mau hálito são enquadrados como sinais ou manifestações da doença. Confusões deste tipo, associando fator etiológico da doença com os sintomas da mesma, também foram observadas nos professores estudados por Oliveira (1996).

Quando questionados sobre a possibilidade de remoção da placa bacteriana, a grande maioria (96,5%) respondeu que ela poderia ser removida. Destes, 55% afirmaram que sua remoção ocorre por meio do tratamento dentário, ou seja, pelo Cirurgião-dentista, 39% pela escovação e 16,5% pela raspagem. Apenas 8,2% responderam que a placa bacteriana poderia ser removida pela escovação e utilização do fio dental, e 2,7%, pela higiene correta. Nota-se que os professores avaliados apresentaram-se confusos com relação à remoção da placa dental. O fato de 55% mencionarem o tratamento dentário para sua remoção sugere que os indivíduos estão comparando ou mesmo confundindo a remoção de placa com a remoção do tártaro, assim como também foi observado por Oliveira (1996).

Quanto ao tártaro dental, 10,6% desconhe-

ciam-no, e dentre os que sabiam a seu respeito, 38,9% relacionaram-no adequadamente à placa bacteriana que se calcifica em volta dos dentes. Porém, as demais respostas associaram-no a resíduos alimentares solidificados, à crosta causada pelo acúmulo de placa, depósito de impurezas e manchas.

Torna-se importante ressaltar que 17,9% dos indivíduos que responderam ter conhecimento sobre o tártaro nada escreveram a seu respeito.

Verifica-se que, apesar da ampla divulgação a respeito da placa bacteriana, efeitos e formas de remoção, e do tártaro, tanto pelos profissionais quanto pelos mais diversos meios de divulgação, este assunto não está adequadamente esclarecido. Uma prova disso é que pequeno número de professores respondeu adequadamente de que forma a placa bacteriana poderia ser removida (8,2%) e 17,9%, embora tivessem respondido que conheciam o tártaro, não souberam descrevê-lo, sendo que apenas 38,9% o fizeram adequadamente.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relacionadas à cárie dental.

Observa-se que 97,3% responderam saber o que é cárie dentária. Dentre esses indivíduos, 36% relacionaram-na a resíduos acumulados no

TABELA 3: Distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relacionadas à cárie dental. Araraquara, 2001.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que é cárie ?		
Sim	110	97,3
O que é?		
Relacionada à presença de bactérias	17	15,4
Relacionada a alterações físicas	51	46,4
Descalcificação/decomposição esmalte/dentina	45	40,9
Resíduos acumulados	4	3,6
Doenças infecto-contagiosas	2	1,8
Não respondeu	10	9,1
Não	1	0,9
Não respondeu	2	1,8
Você sabe o que provoca a cárie dental?		
Sim	111	98,2
O quê?		
Má higiene	44	39,6
Açúcares	5	4,5
Açúcares e má higiene	46	41,4
Açúcares + má higiene		
+ bactérias	10	9,0
Falta de retorno periódico	9	8,1
Bactérias	7	6,3
Não respondeu	7	6,3
Não	0	0
Não respondeu	2	1,8
Você sabe em que região a cárie ocorre com mais freqüência?		
Sim	88	77,9
Qual?		
Onde a escovação é difícil	11	12,5
Entre os dentes	35	39,8

Questões/Respostas	n	%
Falta de retorno periódico	9	8,1
Bactérias	7	6,3
Não respondeu	7	6,3
Não	0	0
Não respondeu	2	1,8
Você sabe em que região a cárie ocorre com mais frequência?		
Sim	88	77,9
Qual?		
Onde a escovação é difícil	11	12,5
Entre os dentes	35	39,8
Em cima dos dentes	11	12,5
No esmalte	6	6,8
Nos molares	13	14,8
Outros	13	14,8
Não respondeu	2	2,3
Não	22	19,5
Não respondeu	3	2,6
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

dente. Outros (46,4%), ainda associaram-na a alterações físicas no dente, ou seja, a seus sinais, como buraco, perfuração e desgaste. Um grupo de professores (15,4%) referiu-se à presença de bactérias, sem, contudo, explicar o papel destas no processo da doença. Por outro lado, 40,9% dos entrevistados relacionaram-na com a descalcificação e decomposição do esmalte e dentina em virtude da ação dos ácidos das bactérias. Em pesquisa realizada por Unfer, Saliba (2000), os quais observaram conhecimentos sobre saúde bucal de usuários de serviço público, verificaram que 27,5% da população estudada referiram-se à cárie dental como alteração física no dente, 23,1% à bactéria e 22,6% à falta de higiene. Tal fato mostra que, embora existam algumas deficiências, os indivíduos da presente pesquisa tinham maiores conhecimentos sobre a cárie dental.

Quando questionados sobre a etiologia da cárie, 39,6% dos professores que responderam saber o porquê de sua ocorrência condicionaram seu aparecimento à má higiene. Apenas 9% responderam adequadamente sobre a etiologia multifatorial da cárie, ou seja, interação entre dieta rica em açúcares, má higiene e bactérias.

Quanto à região do dente com maior frequência da cárie dental, 19,5% não tinham conhecimento a esse respeito. Dos que responderam saber sobre o assunto, 39,8% mencionaram que era a região entre os dentes, e apenas 12,5% em cima dos dentes, na região de fóssulas e fissuras. Sabe-se, porém,

que as superfícies lisas dos dentes são as menos suscetíveis à cárie dental, ao passo que as regiões de sulcos e reentrâncias, como no caso das fóssulas e fissuras, são mais suscetíveis, pois são áreas às quais a escova dental não tem fácil acesso.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à distribuição dos professores de ensino fundamental de acordo com questões relacionadas à doença periodontal.

De acordo com os resultados, dos 102 professores que responderam saber o que acontece com a gengiva quando a placa bacteriana não é

TABELA 4: Distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relacionadas à doença periodontal. Araraquara, 2001.

Questões/Respostas	n	%
Você sabe o que acontece com a sua gengiva quando a placa não é removida ?		
Sim	102	90,3
O quê?		
Doenças bucais	5	4,9
Inflama, fica vermelha, incha e sangra	97	95,1
Dente fica fraco	2	1,9
Dente amolece e cai	9	8,8
Retração e inflamação	9	8,8
Não respondeu	5	4,9
Não	7	6,2
Não respondeu	4	3,5
Você sabe o que é doença periodontal?		
Sim	56	49,6
O que é?		
Parte externa do dente	1	1,8
Aquela que amolece os dentes e eles caem	1	1,8
Inflamação da gengiva	28	50
Doença que ataca gengiva e atinge osso (suporte)	14	25
Não respondeu	13	23,2
Não	46	40,7
Não respondeu	11	9,7
Você sabe como a doença periodontal se manifesta?		
Sim	41	36,3
Como?		
Gengiva sangra, fica vermelha, incha (inflama)	10	24,4
Mobilidade dos dentes	10	24,4
Perda óssea	1	2,4
Tártaro	1	2,4
Dor	3	7,3
Outros	12	29,3
Não respondeu	7	17,1
Não	58	51,3
Não respondeu	14	12,4
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

Questões/Respostas	n	%
Tártaro	1	2,4
Dor	3	7,3
Outros	12	29,3
Não respondeu	7	17,1
Não	58	51,3
Não respondeu	14	12,4
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

removida, 95,1% mencionaram que ela inflama, fica vermelha, incha e sangra.

Apenas 49,6% afirmaram saber o que é doença periodontal, e destes, 50% fizeram associação da doença com a inflamação da gengiva e 21,4% relacionaram-na à doença que ataca a gengiva e atinge o osso, ou seja, "suporte do dente".

No que diz respeito à manifestação da doença periodontal, 36,3% consideraram conhecê-la. Dentre eles, 24,4% referiram-se ao sangramento e inflamação da gengiva e 24,4% à mobilidade dos dentes.

Com relação à saúde periodontal, tem-se que os professores tiveram mais sucesso ao explicar o que acontece com a gengiva quando a placa bacteriana não é removida, do que a respeito da doença periodontal e suas manifestações.

A relação da placa bacteriana com o sangramento gengival é fácil de ser entendida, pois são ocorrências freqüentemente relacionadas na cavidade bucal (Lang *et al.*, 1989; Petersen *et al.*, 1990; Nyandindi *et al.*, 1994; al-Tamimi, Petersen, 1998; Petersen, Esheng, 1998). Entretanto, o entendimento da relação entre a placa bacteriana e a perda de tecido ósseo de suporte torna-se mais difícil, uma vez que esse processo não pode ser visualizado pelo paciente. Lang *et al.* (1989) verificaram que os professores estudados sabiam da relação entre doença periodontal e perda dental, e 84,1% explicaram que a doença periodontal associa-se à perda de osso de suporte do dente. No entanto, este é o estágio mais avançado da doença, e isso não foi mencionado.

Por outro lado, Oliveira (1996) encontrou que apenas 21,0% dos professores analisados apresentaram resposta afirmativa à progressão da doença periodontal, provocando a perda de osso. Glasrud, Frazier (1988) encontraram valores superiores: 94% da população estudada referiram-se à doença periodontal como sendo de caráter progressivo, resultando na perda do osso e, conseqüentemente, do dente. Estes mesmos autores encontraram 55% de indivíduos mencionando o sangramento gengival como manifestação da doença periodontal; 49,4% dos entrevistados por Lang *et al.* (1989) souberam explicar sua manifestação de forma mais adequada: disseram que o sangramento é o

primeiro sinal desta doença.

Na Tabela 5 tem-se a distribuição dos dados avaliados de acordo com questões relativas aos dentes decíduos e permanentes.

Dentre os professores questionados, 92% acreditam que os dentes decíduos devem receber os mesmos tratamentos que os permanentes. Dos motivos enumerados para tal afirmativa, ressalta-se a prevenção de problemas de posicionamento

TABELA 5: Distribuição dos professores de ensino fundamental avaliados de acordo com questões relativas aos dentes decíduos e permanentes. Araraquara, 2001.

Questões/Respostas	n	%
Você acha que os dentes de leite devem receber o mesmo tratamento que os permanentes?		
Sim	104	92,0
Se sim, por quê?		
Evita perda prematura dos dentes	14	13,5
Para cultivar hábitos de higiene bucal	13	12,5
Para evitar problemas na dentição quanto ao posicionamento	39	37,5
Porque exercem a mesma função e merecem a mesma atenção	14	13,5
Outros	16	15,4
Não respondeu	8	7,7
Não	1	0,9
Se não, por quê?		
Não respondeu	1	100,0
Não sei	6	5,3
Não respondeu	2	1,8
Você sabe quando o primeiro molar permanente nasce?		
Sim	47	41,6
Quando?		
Aos 6 anos	16	34,0
De 6 a 8 anos	19	40,4
De 8 a 10 anos	4	8,5
De 10 a 12 anos	7	14,9
A partir dos 18 anos	1	2,1
Não respondeu	2	4,2
Não	47	41,6
Não respondeu	19	16,8
TOTAL DE PROFESSORES	113	100,0

dos dentes na segunda dentição (37,5%) e da perda prematura dos dentes (13,5%). Também Petersen, Esheng (1998) encontraram grande número de professores (72%) afirmando que os dentes decíduos devem receber os mesmos cuidados

que os dentes permanentes e, em virtude disso, as crianças devem ser examinadas regularmente pelo Cirurgião-dentista.

No que diz respeito à cronologia de erupção do primeiro molar permanente, 41,6% responderam não ter conhecimento sobre isso. Dos indivíduos que acreditavam saber, 40,4% citaram o período de 6 a 8 anos de idade, 34% aos 6 anos e 14,9% de 10 a 12 anos, sendo os mesmos valores encontrados por Garcia *et al.* (2000).

Chama a atenção o desconhecimento observado no que diz respeito à época de erupção do primeiro molar permanente. Este desconhecimento pode desencadear sérios problemas, pois, com a falta de conhecimento a respeito da época e local adequados para a erupção deste dente, muitos pais chegam a confundir-lo com um dente decíduo, negligenciando o seu tratamento e evitando que atenção preventiva seja dada ao mesmo.

Desta forma, o professor de ensino fundamental, principalmente aquele que leciona para o 1º segmento do ensino fundamental (antigo ciclo básico) deve ter conhecimento adequado sobre isso, para poder observar as crianças e informar os pais, quando necessário, esclarecendo possíveis crenças inadequadas.

O Gráfico 1 mostra a distribuição percentual dos professores de ensino fundamental de acordo com o tempo da última visita ao Cirurgião-dentista.

De acordo com o Gráfico 1, a maioria dos professores (39,8%) relatou ter ido ao consultório odontológico pela última vez há apenas 3 meses e 28,3% responderam ter ido num período de 4 a 6 meses.

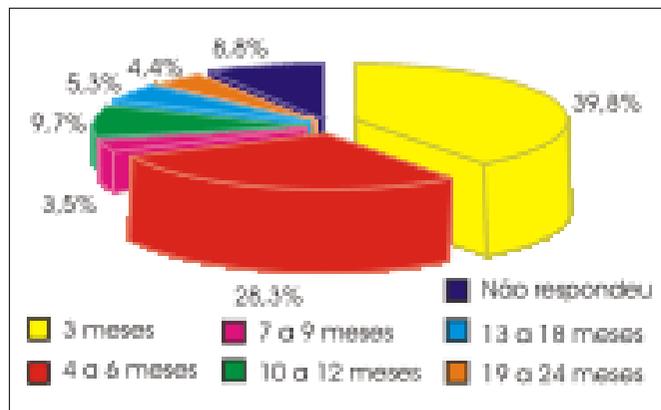


GRÁFICO 1: Tempo da última visita ao Cirurgião-dentista.

meses. O menor índice encontrado (3,5%) foi para o intervalo de 7 a 9 meses da última visita ao Cirurgião-dentista; no entanto, uma grande parcela não respondeu a esta pergunta (8,8%).

No Gráfico 2, a seguir, tem-se a distribuição dos professores avaliados em função do motivo da última visita ao Cirurgião-dentista.

De acordo com os resultados expostos no Grá-

fico 2, o motivo que mais levou os professores a realizarem uma consulta com o Cirurgião-dentista foi a limpeza de seus dentes (42,5%). Em seguida, foi citada a revisão periódica (28,3%) como

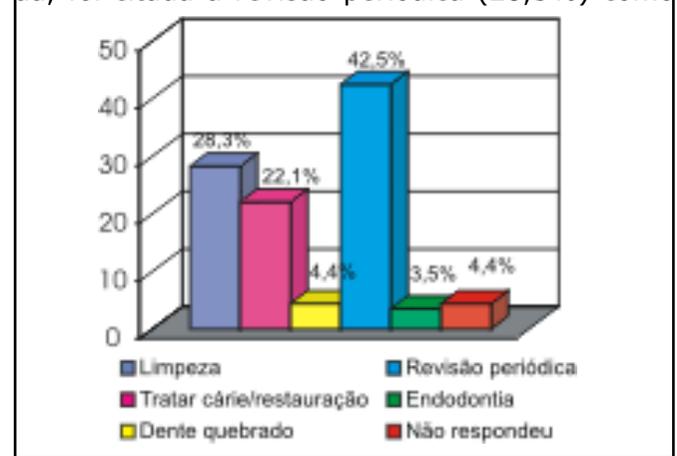


GRÁFICO 2: Motivo da última visita.

medida de prevenção ou mesmo manutenção do tratamento; outro motivo foi o tratamento de cárie ou restauração (22,1%) e, por fim, a endodontia e a quebra de um dente foram citadas em menores proporções, 3,5% e 4,4% respectivamente.

Analisando-se a população estudada, com relação à saúde bucal quanto às visitas ao dentista, verifica-se que mais da metade dos indivíduos (68,1%) haviam procurado seus respectivos Cirurgiões-dentistas pela última vez num período de até 6 meses, demonstrando a preocupação com a manutenção da sua saúde bucal.

A mesma preocupação foi observada por Glasrud, Frazier (1988), Chikte *et al.* (1990) e Stenberg *et al.* (2000), que encontraram grande porcentagem de indivíduos retornando ao consultório odontológico pelo menos uma vez ao ano. Ao analisar-se o motivo da última visita, comprova-se mais uma vez a atitude preventiva dos professores analisados. A maioria (70,8%) retornou ao consultório para limpeza dos dentes e revisão periódica, assim como observado por Glasrud, Frazier (1988) e Oliveira (1996). Por outro lado, Chikte *et al.* (1990) observaram que 56% dos professores procuraram seus respectivos Cirurgiões-dentistas por razões sintomáticas, sendo que o mesmo motivo foi constatado por Petersen *et al.* (2000) em 83% da população pesquisada.

O retorno ao consultório por razões sintomáticas expressa um comportamento odontológico com mentalidade curativa, na qual os pacientes procuram o Cirurgião-dentista apenas quando estão frente a um problema, sendo, na maioria dos casos, tarde demais.

O professor de ensino fundamental não deve possuir tal mentalidade. Se, ao contrário, apresentar um comportamento preventivo, irá estimular

seus alunos e respectivos pais a agirem da mesma maneira, trazendo inúmeros benefícios para ambos dentre eles a manutenção da saúde bucal.

Além do retorno periódico, a realização de hábitos de higiene bucal corretos também contribuirá para a manutenção de dentes e gengivas saudáveis.

CONCLUSÃO

Mediante a metodologia aplicada, pode-se concluir que:

1) De forma geral, o conhecimento odontológico da população estudada foi limitado:

- 85,5% haviam recebido informações a respeito dos cuidados de saúde bucal do Cirurgião-dentista e apenas 10,4% afirmaram ser a escola a principal fonte transmissora de conhecimento;
- 46,9% associaram a placa bacteriana a restos alimentares e 55% afirmaram que ela pode ser removida pelo tratamento dentário;
- 9% dos indivíduos souberam relatar a mul-

tifatoriedade da cárie dental;

- 49,6% dos professores analisados responderam que sabiam o que é a doença periodontal, e destes, apenas 25% explicaram-na adequadamente;

- 41,6% da população total estudada responderam ter conhecimento sobre a época de erupção do 1º molar permanente e destes, 34% mencionaram a idade de 6 anos.

2) As atitudes relacionadas com a saúde bucal mostraram-se positivas:

- 68,1% haviam procurado seus respectivos Cirurgiões-dentistas num período de até 6 meses.

- 70,8% retornaram ao consultório odontológico, da última vez, para fazer limpeza dos dentes ou revisão periódica.

Santos PA dos, Rodrigues J de A, Garcia PPNS. Evaluation of the knowledge and behavior of oral health of elementary schoolteachers from Araraquara city, Brazil. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(33):389-97.

The objective of this study was to evaluate the knowledge and attitudes related to dental caries and periodontal disease of elementary schoolteachers of public schools in Araraquara, Brazil. The analysis was based on a questionnaire, containing multiple choice and open questions, concerning the etiology, prevention and evolution of dental caries and periodontal disease; attitudes related to behavior of oral hygiene, and sources of information about oral health. It was concluded that 85.5% of these teachers considered the Dentist as the main source of information about oral health and 10.4% affirmed being the school; 46.9% associated dental plaque to food accumulation; 9% of the individuals related all factors associated to dental caries; only 25% knew how to define periodontal disease appropriately; 34% mentioned the age of 6 years as the period of eruption of the first permanent molar; 68.1% had dental appointments within a 6 month-range previously to this study; 70.8% returned to dental office, at the last time, to make a periodic revision. Although the attitudes related to oral health of the studied population was shown to be positive, their dental knowledge was unsatisfactory, suggesting the need of establishing educative programs directed to this population.

KEYWORDS: Knowledge; Dental caries; Periodontal diseases.

REFERÊNCIAS

- al-Tamimi S, Petersen PE. Oral health of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J* 1998; 48(3):180-6.
- Arnlsson RS, Liedhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease: results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol* 1991; 18(3):182-9.
- Blinkhorn R. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. *Int Dent J* 1993; 43(3):294-8.
- Brandão IMG. Avaliação do conhecimento e de atitudes relacionados à saúde bucal: gestantes dos Centros Municipais de Saúde de Araraquara – SP. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1998.
- Chikte UM, Brand AA, Lewis HA, Rudolph MJ. Suitability of nurses and schoolteachers as oral health educators in Gazankulu – a pilot study. *J Dent Assoc South Afr* 1990; 45(10):425-7.
- Corona SAM. Avaliação dos índices de placa bacteriana e gengival após orientação sobre higiene bucal, junto a escolares do primeiro grau [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1999.
- Garcia PPNS. Saúde bucal: crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. *J Assess Odontol* 2000; 3(22):36-41.
- Glasrud PH, Frazier PJ. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent* 1988; 48(2):74-80.
- Goel P, Shetty V. Knowledge, attitude and practice of dental caries and periodontal disease prevention among primary schoolteachers in Udipi municipality. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1997; 15(4):124-9.
- Kenney JB. The role and responsibility of school in affecting Dental Health Status. A potential yet unrealized. *J Public Health Dent* 1979; 39(4):262-7.
- King MJ, Loupe MJ. Teachers' perceptions of responsibility in Oral Health Promotion [abstract n. 446]. *J Dent Res* 1974; 53(Suppl):166.
- Lang P, Woolfolk MW, Faja BW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J Public Health Dent* 1989; 49(1):44-50.
- Loupe MJ, Frazier PJ. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J Am Dent Assoc* 1983; 107(2):229-34.
- Nyandindi U, Palin-Palokas T, Milen A, Robison V, Kombe N, Mwakasagule S. Participation, willingness and abilities of schoolteachers in oral health education in Tanzania. *Community Dent Health* 1994; 11(2):101-4.
- Oliveira GW. Conhecimento e aplicação de métodos de prevenção e controle da cárie dentária e inflamação gengival por professores de 1º Grau [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1996.
- Peng B, Petersen PE, Fan MW, Tai BJ. Oral health status and oral health behavior of 12-years-old urban schoolchildren in the People's Republic of China. *Community Dent Health* 1997; 14(4):238-44.
- Petersen PE, Hadi R, al-Zaabi FS, Hussein JM, Behbehani JM, Skougaard MR, Vigild M. Dental knowledge, attitudes and behavior among Kuwait mothers and schoolteachers. *J Pedod* 1990; 14(3):158-64.
- Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand*

1995; 53(6):363-8.

Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behavior situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *Int Dent J* 1998; 48(3):210-6.

Petersen PE, Mzee MO. Oral health profile of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Zanzibar. *Community Dent Health* 1998; 15(4):256-62.

Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksen HM, Kalo I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand* 2000; 58(6):243-8.

Sgan-Cohen HD, Saadi S, Weissman A. Dental knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israel. *Int Dent J* 1999; 49(5):269-74.

Smith LM, Evans RI, Suomi JD, Friedman LA. Teachers as models in programs for school dental health: an evaluation of the "toothkeeper". *J Public Health Dent* 1975; 35(2):75-80.

Stenberg P, Hakansson J, Akerman S. Attitudes to dental health and care among 20 to 25-year-old Swedes: results from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 2000; 58(3):102-6.

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):190-5.

Recebido para publicação em: 15/03/2002

Enviado para reformulação em: 23/04/2002

Aceito para publicação em: 06/12/2002