AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS PARTICULARES SOBRE SAÚDE BUCAL

Patrícia Aleixo dos SANTOS*
Jonas de Almeida RODRIGUES*
Patrícia Petromilli Nordi Sasso GARCIA*

■ RESUMO: O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento relacionado à saúde bucal de professores de ensino fundamental de escolas particulares da cidade de Araraquara. 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 e fonte de informações sobre saúde bucal. Concluiu-se que o conhecimento odontológico apresentou limitações, sugerindo a necessidade da elaboração de programas educativos direcionados a essa população.

■ PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento; educação em saúde bucal.

Introdução

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.[17]

Para que esse contexto possa ser modificado, torna-se necessária a implementação de um conjunto de ações que atue modificando a mentalidade

* Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

curativa dos cirurgiões-dentistas e crie 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 autocuidados.[14]

A 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, criando 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 educados, os pacientes tornam-se receptivos e cooperadores com as medidas que lhes são prescritas.[5,13,18]

Contudo, segundo Blinkhorn,[3] na maioria das vezes, a mudança de hábito é muito difícil de ser atingida em virtude de influências sociais, culturais e governamentais que ocasionam uma verdadeira inversão de valores.

Portanto, para que o cirurgião-dentista supere essas 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,[2] caso contrário, de nada adiantarão os esforços iniciais, pois estes irão se perder com o tempo.

A continuidade de informações muitas vezes é dificultada, principalmente em programas educativo-preventivos no setor público, por causa do número restrito de profissionais disponíveis para atender a 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.[4,7]

De acordo com Lang & Woolfolk,[9] o trabalho educativo com crianças na fase escolar é mais produtivo, pois estas são mais receptivas, aprendem mais rapidamente, facilitando o ensino de hábitos adequados, principalmente aqueles relacionados à saúde bucal.

Dessa forma, a escola é o local ideal para o desenvolvimento de programas educativo-preventivos, pois permitem que todas as crianças tenham acesso a eles, incluindo aquelas que, por algum motivo, não têm acesso aos cuidados profissionais particulares.[11] Além disso, a figura do professor de ensino fundamental exerce grande influência sobre o comportamento dos alunos,[6] pelo contato diário durante longo tempo.

Os conhecimentos e atitudes dos professores de ensino fundamental, no que diz respeito à etiologia, evolução e prevenção da cárie dental e doença periodontal, devem ser cuidadosamente avaliados e, se necessário, revistos, para que esses educadores possam trabalhar em conjunto com o cirurgião-dentista, contribuindo para o sucesso de programas educativos.[4,11]

Baseado nas considerações iniciais e nos achados da literatura, o presente trabalho propôs-se a avaliar os conhecimentos de professores de ensino fundamental de escolas particulares da cidade de Araraquara – SP relacionados à etiologia, evolução e prevenção da cárie dental e doença periodontal.

Material e método

A população, objeto deste estudo, foi composta por 48 professores de ensino fundamental de ambos os sexos, pertencentes a escolas particulares da cidade de Araraquara – SP, que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa.

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 que estavam sendo avaliados se expressassem sinceramente, evitando o direcionamento das respostas.

O conteúdo do questionário visou observar variáveis como a idade, sexo, grau de escolaridade, questões relativas ao conhecimento da etiologia e prevenção da cárie dental e doença periodontal e fonte de informações sobre saúde bucal.

Após a coleta dos dados, estes foram armazenados em um banco de dados, utilizando-se para isso do programa EPI INFO 6.04 da Organização Mundial da Saúde.

A análise dos resultados foi feita de forma descritiva, mediante a elaboração de gráficos.

Vale ressaltar que, para as questões fechadas, o total de respostas sempre corresponderá ao tamanho da população estudada – igual a 48. No entanto, no que diz respeito às questões abertas, estas puderam ser enquadradas em mais de uma categoria de respostas, tornando possível que o total delas ultrapasse o número de indivíduos que responderam a elas. Nessa situação, o percentual das respostas em uma categoria foi obtido baseando-se no número total de professores que responderam a elas.

Resultado e discussão

Após a coleta dos dados, obtiveram-se os seguintes resultados.

Observou-se, neste estudo, que 91,67% dos professores avaliados haviam recebido informação a respeito dos cuidados de saúde bucal, e as fontes de informação podem ser vistas na Figura 1, a seguir.

Mediante a análise do gráfico da Figura 1, pode-se constatar que a principal fonte transmissora de conhecimentos foi o dentista (79,2%). No entanto, outras fontes também foram citadas, como a família (16,7%), leitura de panfletos, jornais e livros (16,7%), meios de comunicação como televisão e rádio (12,5%) e a escola (6,25%).

É importante ressaltar o papel da escola como fonte de informações sobre saúde bucal. No presente trabalho, apenas 6,25% dos professores citaram-na como fonte de informações. Isso é preocupante, pois é de interesse da escola que os professores tenham um conhecimento adequado sobre saúde bucal e possam transmiti-los às crianças, pois eles interagem diariamente com grande número de crianças, e o seu desconhecimento odontológico pode influenciar negativamente seus respectivos alunos.

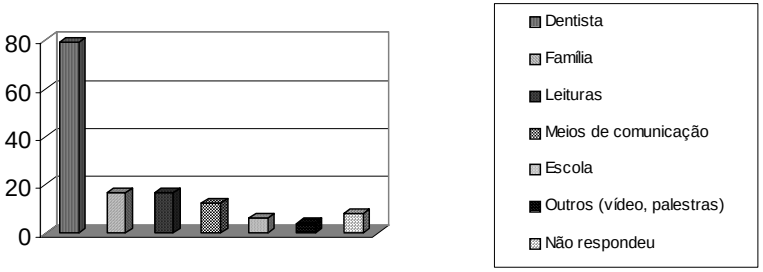

FIGURA 1 – Fonte de informações sobre saúde bucal.

Pesquisas realizadas por Al-Tamimi & Petersen,[1] Glasrud & Frazier,[6] Lang & Woolfolk,[9] Oliveira,[12] em diferentes países, também encontraram o dentista como principal fonte de informações, representando 57%, 90%, 82,3%, 35,9%, 78% e 39,3% da população estudada, respectivamente. Por sua vez, Petersen & Esheng[15] e Petersen et al.[16] encontraram a televisão como a mais citada, e o dentista surge na 6ª e 5ª colocações, respectivamente.

Verificou-se que 83,3% afirmaram saber o que é placa dental bacteriana, e, quando foram solicitados a descrevê-la, encontraram-se as mais variadas respostas. Na Figura 2, nota-se que 3,5% dos professores relacionaram-na com restos alimentares associados a bactérias depositadas sobre os dentes, 40% e 1% a restos alimentares e bactérias isoladamente, 1% referiram-se a ela como uma camada fina que fica nos dentes mal escovados, 5% como película invisível e 2,5% como causadora da cárie dental e doença periodontal. Brandão,[5] em 1997, observou que, dos indivíduos que consideraram saber o que é placa bacteriana, 85,4% relacionaram sua presença a restos alimentares e ou bactérias.

Observa-se que existe uma confusão entre os indivíduos quando estes procuram conceituar a placa bacteriana. Possivelmente, essa confusão seja de 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" à placa bacteriana. Como o próprio nome diz, a placa bacteriana é inicialmente formada por grupos de microorganismos que se aderem à superfície dental.[10] Se esta placa não for removida, com o tempo ela poderá estar associada a partículas alimentares. Porém, ela não é apenas restos de alimentos.

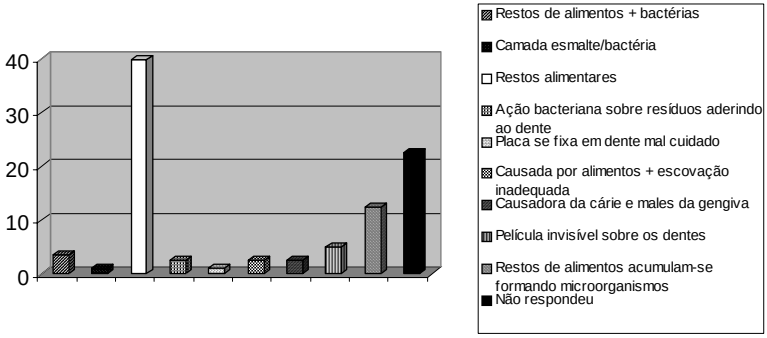

FIGURA 2 – Conhecimento sobre o conceito de placa bacteriana.

Quando questionados sobre a possibilidade de remoção da placa bacteriana, a grande maioria dos indivíduos (93,8%) respondeu que ela poderia ser removida. Destes, como pode ser constatado na Figura 3, 49,1% afirmaram que sua remoção ocorre por meio do tratamento dentário, ou seja, pelo dentista, 35,5% pela escovação e 20% pela raspagem. Apenas 8,9% respon-

deram que a placa bacteriana poderia ser removida pela escovação e utilização do fio dental e 8,9% pela higiene correta. Nota-se que os professores avaliados apresentaram-se confusos com relação à remoção da placa dental. O fato de 49,1% mencionarem o tratamento dentário para sua remoção sugere que os indivíduos estejam comparando ou mesmo confundindo a remoção de placa com a de tártaro, assim como também foi observado por Oliveira.[12]

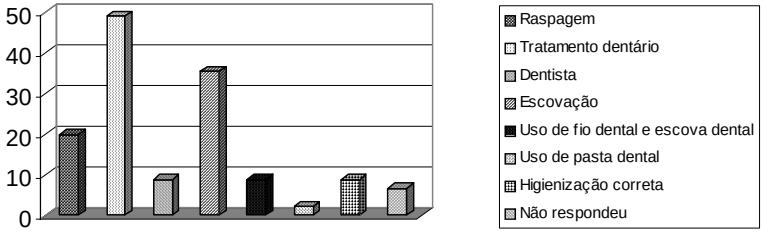

FIGURA 3 – Conhecimento sobre meios de remoção da placa bacteriana.

Quando questionados sobre a etiologia da cárie, 34,1% dos professores que responderam saber o porquê de sua ocorrência condicionaram seu aparecimento com a má higiene. Apenas 20,4% responderam adequadamente sobre a etiologia multifatorial da cárie, ou seja, interação entre dieta rica em açúcares, má higiene e bactérias. E ainda, 22,7% dos professores relacionaram a cárie dental com má escovação associada ao consumo excessivo de doces, e 9,1% citaram apenas as bactérias como fator etiológico da cárie dental, esquecendo-se de que a má escovação e a dieta rica em carboidratos também exercem papel fundamental para a instalação e desenvolvimento da doença.[5,8]

Pelo gráfico da Figura 5, observou-se que 44,7% dos professores associam a correta higienização bucal à preservação da saúde e conservação dos dentes e 42,5%, à prevenção da cárie dental. Apenas 14,9% relacionaram os corretos hábitos de higiene com a prevenção da doença periodontal. Isso demonstra que a maioria associa a correta higienização apenas com a prevenção da cárie dental e esquece, ou até mesmo não conhece, a patogenicidade da doença periodontal. Segundo Garcia et al.,[5] pode-se verificar que as maiores deficiências de educação relacionam-se à doença periodontal. Isso pode acontecer pela dificuldade do paciente em imaginar e entender um mecanismo tão complexo como a etiologia da doença periodontal, desde as suas fases iniciais até as mais avançadas.

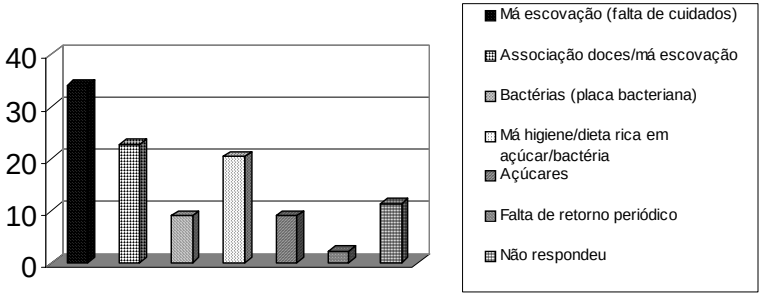

FIGURA 4 – Conhecimento sobre a etiologia da cárie dental.

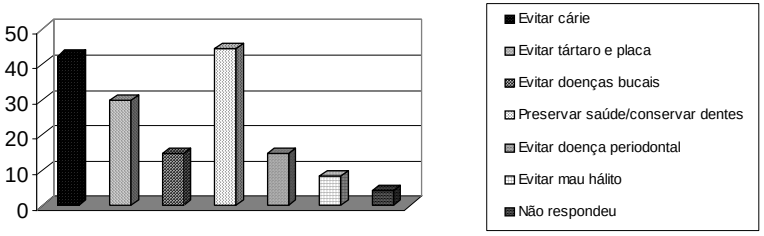

FIGURA 5 – Conhecimento sobre a importância da correta higienização bucal.

A grande maioria (88,4%) dos professores pesquisados indicou saber qual a função do flúor. Destes, como se pode notar na Figura 6, 74,4% mencionaram a prevenção de cáries e 18,6%, a proteção e fortalecimento do esmalte dental contra os ácidos das bactérias. Ambas as respostas estão corretas se formos considerar a função do flúor de maneira simplificada e abrangente, que é como a classe odontológica freqüentemente ensina: prevenir cáries. Porém, a questão é como o flúor age para preveni-las. E isso os professores de ensino fundamental precisam saber, pois são eles que atuam mais diretamente sobre as crianças que fazem os bochechos semanais de flúor nas escolas. Após o bochecho, seria instrutivo que os professores, na sala de aula, explicassem aos seus alunos o que acontece com seus dentes quando eles fazem o bochecho com flúor, bem como quais os cuidados que devem ser observados após a sua aplicação.

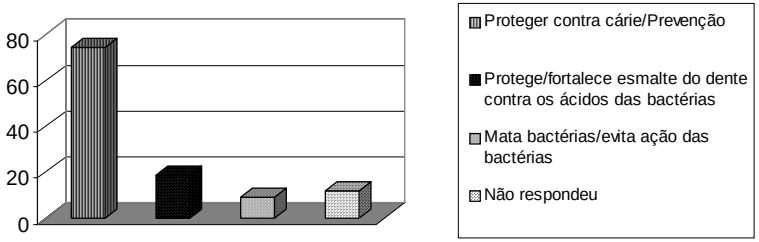

FIGURA 6 – Conhecimento sobre as funções do flúor.

Conclusão

Mediante a metodologia aplicada, pode-se concluir que:

1 De forma geral, o conhecimento da população estudada sobre saúde bucal foi limitado:

- 40% associaram a placa bacteriana a restos alimentares, e 49,1% afirmaram que ela pode ser removida pelo tratamento dentário;
- 20,4% dos indivíduos souberam relatar a multifatoriedade da cárie dental;
- 44,7% afirmaram que a correta higienização bucal é importante para preservar a saúde, 42,5% para evitar cárie e 14,9% doença periodontal;
- apenas 18,6% explicaram que o flúor fortalece o esmalte dental contra os ácidos das bactérias.

2 Programas educativos devem ser direcionados a essa população, visando ao aumento no nível de conhecimento odontológico desta, para que possa atuar como agente educativo junto aos escolares.

SANTOS, P. A. dos, RODRIGUES, J. de A., GARCIA, P. P. N. S. Evaluation of dental health knowledge of elementary schoolteachers of privative schools. *Rev. Odontol. UNESP* (*São Paulo*), v. 31, n. 2, p.205-214, 2002.

■ *ABSTRACT: The present study had the objective of evaluate the knowledge related to oral health of elementary schoolteachers of privative schools in Araraquara city, in Brazil. The analysis was based on a questionaire, composed of closed and*

open questions, concerning etiology, prevention and evolution of dental carie and periodontal disease and source of informations about oral health. It was concluded that, the Dentistry knowledgement of the studied population had presented limitations, suggesting the necessity of establishing educative programs directed at this especific population.

■ *KEYWORDS: Knowledge; health education dental.*

Referências bibliográficas

1 AL-TAMIMI, S., PETERSEN, P. E. Oral health of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int. Dent. J.* (*New York*), v.48, n.3, p.180-6, June 1998.

2 AXELSSON, P., LINDHE, J., NYSTRÖM, B. On the prevention of caries and periodontal disease: results of a 15-year longitudinal study in adults. *J. Clin. Periodontol.* (*Copenhagen*), v.18, n.3, p.182-9, Mar. 1991.

3 BLINKHORN, A. S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. *Int. Dent. J.* (*New York*), v.43, n.3 suppl. 1, p.294-8, June 1993.

4 CORONA, S. A. M. *Avaliação dos índices de placa bacteriana e gengival após orientação sobre higiene bucal, junto a escolares do primeiro grau.* Araraquara, 1999. 187p. Tese (Doutorado em Dentística Restauradora) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

5 GARCIA, P. P. N. S. et al. Saúde bucal: crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. *JAO – Jornal de Assessoria ao Odontologista* (*Curitiba*), v.3, n.22, p.36-41, 2000.

6 GLASRUD, P. H., FRAZIER, P. J. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J. Public Health Dent.* (*Richmond*), v.48, n.2, p.74-80, Spring 1988.

7 GOEL, P., SHETTY, V. Knowledge, attitude and practice of dental caries and periodontal disease prevention among primary schoolteachers in Udupi municipality. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* (*Chandigarh*), v.15, n.4, p.124-9, Dec. 1997.

8 KRASSE, B. *Risco de cárie*: um guia prático para avaliação e controle. São Paulo: Quintessence, 1988. 113p.

9 LANG, P., WOOLFOLK, M. W. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J. Public Health Dent.* (*Richmond*), v.49, n.1, p.44-50, Winter 1989.

10 LINDHE, J. Tratado de periodontologia clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p.58-60.

11 LOUPE, M. J., FRAZIER, P. J. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J. Am. Dent Assoc.* (*Chicago*), v.107, n.2, p.229-34, Aug. 1983.

12 OLIVEIRA, G. W. *Conhecimento e aplicação de métodos de prevenção e controle da cárie dentária e inflamação gengival por professores de 1º grau*. Araraquara, 1996. 64p. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

13 ÖSTBERG, A., HALLING, A., LINDBALD, U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol. Scand.* (*Oslo*), v.57, n.4, p.231-6, Aug. 1999.

14 PENG, B. et al. Changes in oral health knowledge and behavior 1987–95 among inhabitants of Wuhan City, PR China. *Int. Dent. J.* (*New York*), v.47, n.3, p.142-7, June 1997.

15 PETERSEN, P. E., ESHENG, Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *Int. Dent. J.* (*New York*), v.48, n.1, p.210-6, June 1998.

16 PETERSEN, P. E., DANILA, I., SAMOILA, A. Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. Acta Odontol. Scand. (*Oslo*), v.53, n.6, p.363-8, Dec. 1995.

17 PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In*:* KRIGER, L. (Coord.) *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.29-41.

18 VIGNARAJAH, S. Oral health knowledge and behaviors and barrier to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua. *Int. Dent. J.* (*New York*), v.47, n.3, p.167-72, June 1997.