

Conhecimento sobre Cárie e Doença Periodontal: Avaliação de Adolescentes Pertencentes à Rede Privada de Ensino

Luciana de Rezende PINTO^a, Roberta Ferreti BONAN^b,

Patrícia Petromilli Nordi Sasso GARCIA^c

^aCirurgiã-dentista, 17011-570 Bauru - SP

^bCirurgiã-dentista, 14801-903 Araraquara - SP

*^cDepartamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNESP
14801-903 Araraquara - SP*

Pinto LR, Bonan RF, Garcia PPNS. Awareness of caries and periodontal disease: evaluation of adolescents from the private school system. Rev Odontol UNESP. 2004; 33 (3): 137-42

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento de adolescentes pertencentes à uma escola da rede privada de ensino sobre cárie dental e doença periodontal. Por isso foram selecionados 263 indivíduos, de ambos os sexos, de 10 a 14 anos de idade, matriculados nas 5^a a 8^a séries em uma escola particular da cidade de Araraquara-SP. O instrumento de análise selecionado foi um questionário aplicado em sala de aula por um cirurgião-dentista devidamente treinado. Observou-se que o cirurgião-dentista foi a principal fonte de informações sobre a cárie dental e doença periodontal (69,2%), tendo a família (4,9%) e a escola (6,8%) também sido mencionadas. Com relação à cárie dental, 19,1% dos adolescentes avaliados responderam não possuir conhecimento a seu respeito, 55,5% referiram-se inadequadamente à cárie como sendo bactérias ou microorganismos e apenas 3,8% souberam explicá-la adequadamente. Quanto à doença periodontal, 69,6% não souberam defini-la, e apenas 7,2% o fizeram de maneira correta. De acordo com a metodologia aplicada, conclui-se que, embora os adolescentes tenham como fonte de transmissão de conhecimentos o cirurgião-dentista, o seu conhecimento sobre cárie dental e doença periodontal é deficiente, sugerindo que também esse público deva ser alvo de campanhas educativas.

Palavras-chave: *Conhecimento; cárie dentária; higiene oral.*

Abstract: This study evaluated the dental awareness of 263 girls and boys (aged 10 to 14) attending a private school in Araraquara, SP, Brazil. The analytical tool was a questionnaire given to the adolescents to fill out in the classroom under the supervision of a trained dentist. It was found that dentists are the main source of information about dental caries and periodontal disease (69.2%), although the family (4.9%) and school (6.8%) were also cited as sources. With regard to dental caries, 19.1% of the adolescents who answered the questionnaire stated they knew nothing about the subject, while 55.5% displayed incorrect knowledge, believing caries involve bacteria and microorganisms, and only 3% were able to give a correct explanation about caries. As for periodontal disease, 69.6% of the students could not give a definition and only 7.2% defined it correctly. Based on these findings, it was concluded that, although the main source of oral health information for children attending private schools is the dentist, their knowledge about oral health is poor, suggesting that this public should also be a target of educational campaigns.

Keywords: *Knowledge; dental caries; oral hygiene.*

Introdução

Por muito tempo a Odontologia esteve preocupada apenas em eliminar os sintomas da doença cárie por meio de procedimentos restauradores. Os primeiros serviços de saúde bucal para crianças buscavam o alívio da dor mediante a extração do elemento dental comprometido. Em virtude dos avanços ocorridos em relação ao conhecimento e desenvolvimento da cárie dental, estratégias mais conservadoras foram implementadas; assim, a Odontologia curativa cedeu seu lugar à preventiva e à promoção de saúde¹⁹.

Embora esteja comprovado o declínio da cárie dental em adolescentes de países industrializados¹⁷, o crescimento da doença entre os estudantes ainda é um entrave para os países em desenvolvimento, sendo a sua etiologia fortemente ligada à condição socioeconômica da população²¹.

No Brasil, apesar do grande número de faculdades de Odontologia e da imensa quantidade de profissionais lançados no mercado a cada ano, os índices de cárie dental e doença periodontal continuam sendo motivos de preocupação. Portanto, a implantação de políticas de promoção de saúde, com o intuito de educar os indivíduos quanto à existência de doenças bucais, bem como a maneira de preveni-las, faz-se necessária.

O intuito da implementação de programas educativos relaciona-se não somente à transmissão de novos conhecimentos, mas também ao reforço para a manutenção de comportamentos de saúde a fim de promover a saúde individual de grupos ou comunidade²³.

Contudo, antes da elaboração de qualquer programa educativo-preventivo, deve-se promover a observação do conhecimento da população alvo para que procedimentos adequados sejam implementados, pois os programas de saúde que visam mudança de comportamentos obtêm sucesso somente se a população compreender bem a importância de modificá-los¹⁸.

De maneira geral, no Brasil, observa-se a aplicação de programas educativo-preventivos de saúde bucal em estabelecimentos públicos de ensino, principalmente pré-escolas e escolas do ensino fundamental, em sua maioria freqüentados por alunos de poder aquisitivo menor¹³. Os adolescentes que estão matriculados na rede privada de ensino, por possivelmente possuírem melhor nível socioeconômico e poderem usufruir de atendimento odontológico particular, não costumam ser consideradas como população alvo das campanhas educativas governamentais.

Ante essa problemática, o presente trabalho objetivou avaliar o conhecimento de adolescentes com idades entre 10 e 14 anos, pertencentes a uma escola da rede privada de ensino, sobre a cárie dental e a doença periodontal.

Material e método

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comi-

tê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, sob o protocolo no. 14/01.

A população objeto deste estudo foi composta por 263 adolescentes, de ambos os sexos, de 10 a 14 anos de idade, matriculados nas 5ª a 8ª séries do ensino fundamental em uma escola particular de Araraquara. Esse número de indivíduos corresponde à totalidade de alunos da escola, no perfil citado, que estavam presentes em sala de aula nos dias em que a pesquisa foi efetuada.

O instrumento de análise utilizado foi um questionário contendo 17 questões subjetivas e 7 objetivas relativas à fonte de informações sobre a cárie dental, a doença periodontal e medidas de higiene bucal, bem como ao conhecimento sobre a ocorrência e o desenvolvimento da cárie dental e da doença periodontal.

Vale ressaltar que não foi realizada nenhuma atividade educativa prévia à aplicação do questionário visando obter dados que refletissem o conhecimento sobre a saúde bucal de cada aluno antes da aplicação de qualquer programa educativo.

A coleta dos dados foi realizada por um único examinador devidamente treinado para a aplicação do instrumento. Os questionários foram respondidos individualmente pelos alunos, em sala de aula, na presença do pesquisador, para que este pudesse fornecer instruções sobre o seu preenchimento e esclarecer eventuais dúvidas, sem, contudo, influenciar o conteúdo das respostas.

As respostas foram analisadas quanto ao seu conteúdo e agrupadas em escores para a análise estatística de distribuição de frequências. Em função disso, após a coleta dos dados, estes foram transportados para um questionário de enquadramento e, em seguida, foram armazenados em um banco de dados do programa EPI INFO 6.04. Foi utilizada para análise a estatística descritiva com a confecção de figuras.

Resultado e discussão

De acordo com a metodologia aplicada, obtiveram-se os resultados apresentados a seguir.

Mediante análise da Figura 1, observa-se que 69,2% dos adolescentes analisados relataram ser o cirurgião-dentista a principal fonte de informações sobre cárie dental e doença periodontal, 6,8% citaram a escola, 4,9% os familiares, 2,2% afirmaram nunca ter recebido informações e, ainda, 16,9% não responderam a questão.

Nota-se na Figura 2 que, novamente, o cirurgião-dentista foi citado pela maioria dos adolescentes (85,5%) como principal fonte de informações sobre medidas de higiene bucal, assim como observado por outros autores^{1,8,11,16,20}. Isso indica a conscientização dos profissionais em relação à responsabilidade de educar seus pacientes para a saúde bucal.

De acordo com Garcia et al.^{5,6}, a função de educador do

cirurgião-dentista se faz tão importante quanto o domínio das técnicas curativas. A odontologia dos tempos modernos, baseada em atitudes e tratamentos preventivos, deve permitir que o profissional esteja apto a motivar e educar o paciente para a prevenção de cáries e doença periodontal.

A escola, também citada pelos escolares, tem papel fundamental na transmissão dos variados tipos de conhecimento^{9,12}, projetando-se portanto, como o local ideal para educação em saúde bucal por atingir indivíduos de diferentes idades, etnias e classes sociais¹⁴.

Com relação ao conhecimento sobre cárie dental, verifica-se que mais da metade dos estudantes, 55,5% (Figura 3), definiu a cárie como sendo uma bactéria ou microorganismo, 3% como uma doença, 3,8% como uma cavidade ou descalcificação, 19% não souberam defini-la e, ainda, 18,6% não

responderam essa questão.

Como se pode observar neste estudo, 55,5% dos adolescentes definiram a cárie dental como sendo microorganismos, sendo esta uma resposta inadequada. Segundo Bonan et al.² (2003), possivelmente essa confusão de definição esteja relacionada com as próprias informações transmitidas pelos cirurgiões-dentistas às crianças, os quais, em muitos casos, para facilitar o entendimento, referem-se à cárie dental como um “bichinho que come o dente”.

Pesquisas realizadas por D’Almeida et al.³, Garcia et al.⁷, Ostberg et al.¹⁵ e Vignavajah²³ também observaram um elevado número de indivíduos que não souberam definir a cárie adequadamente, indicando desconhecimento em relação à doença.

Quanto à etiologia da cárie (Figura 4), pôde-se constatar

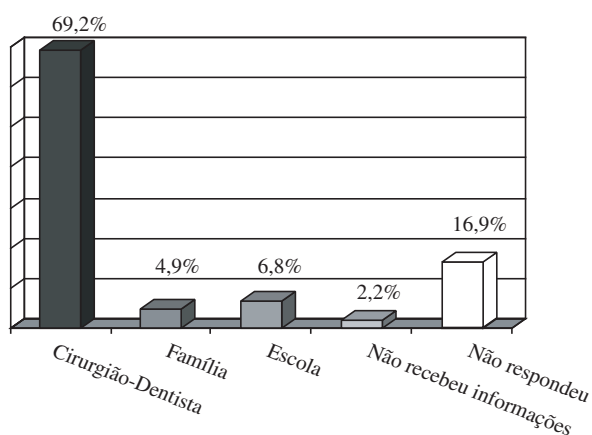


Figura 1. Distribuição dos escolares, segundo a fonte de informações sobre cárie dentária e doença periodontal.

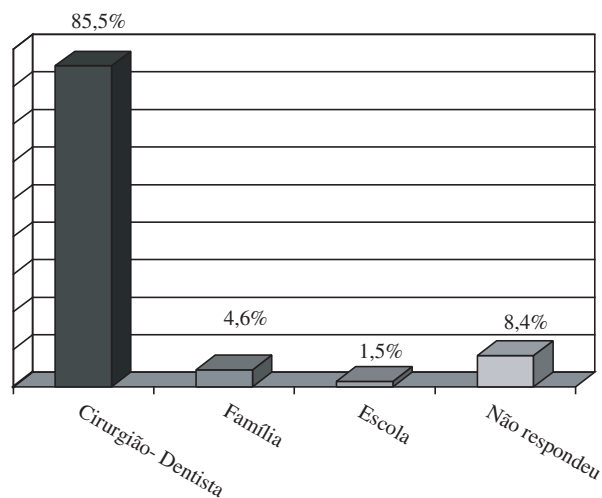


Figura 2. Distribuição dos escolares, segundo a fonte de informações sobre medidas de higiene bucal.

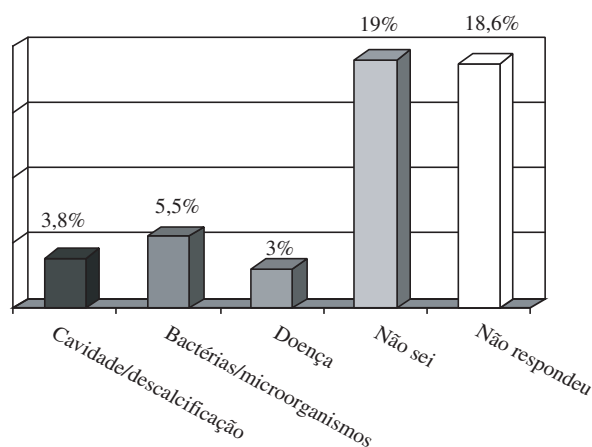


Figura 3. Distribuição dos escolares, segundo o conhecimento sobre cárie dental.

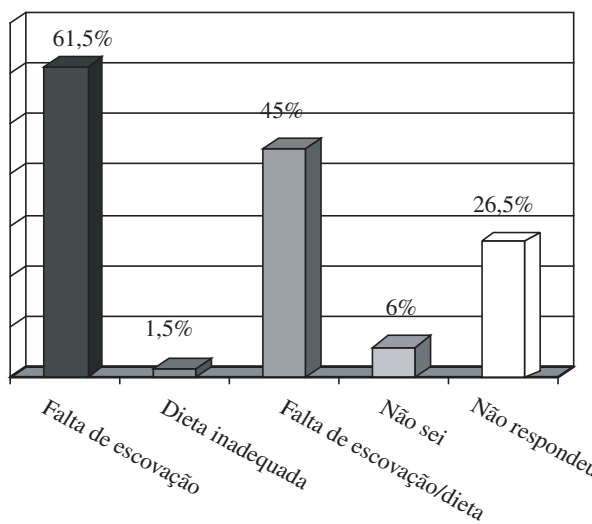


Figura 4. Distribuição dos escolares, segundo o conhecimento sobre etiologia da cárie dental.

que: para a maior parte dos estudantes (61,5%), ela está relacionada à falta de escovação, 45% vincularam-na à associação entre dieta e falta de escovação, 1,5% afirmaram ser apenas a dieta o principal fator etiológico e 6% não souberam responder. Observou-se também que nenhum aluno relacionou como fator etiológico da cárie dental a associação entre a dieta e a higiene. Possivelmente isso possa ser explicado pela crença dos alunos de que escovação e higiene bucal são a mesma coisa.

Pôde-se observar nesta pesquisa uma falta de conhecimento sobre a etiologia multifatorial da cárie dental, bem como de informações sobre a influência da dieta no desenvolvimento da moléstia. Tal desconhecimento também foi observado por Wong et al.²², os quais encontraram que 82% dos entrevistados consideraram a dieta como principal fator etiológico da cárie. Portanto, maior ênfase deve ser dada para a influência da dieta sobre a cárie, lembrada por apenas 1,5% dos estudantes.

Sabe-se que vários fatores estão envolvidos na etiologia da cárie dental, como microbiota, dieta inadequada, hospedeiro suscetível e tempo. Segundo Fernandes, Guedes Pinto⁴, esses fatores, chamados “fatores primários da cárie dentária”, são responsáveis pela doença, que, na ausência de um deles, não se desenvolve. Sendo assim, a população deve ser esclarecida a respeito dessa multifatorialidade da cárie dental, ou seja, da influência da associação dos fatores etiológicos no desenvolvimento da cárie dental. Com esses conhecimentos, possivelmente torna-se mais fácil a prevenção da doença.

Com relação à doença periodontal (Figura 5), nota-se que mais da metade dos entrevistados (69,6%), não soube defini-la e 15,9% não responderam à questão. Apenas 7,2% o fizeram de maneira correta, definindo-a como inflamação gengival, e 2,3% definiram-na incorretamente como placa bacteriana e tártaro.

Tal constatação é digna de nota e gera grande preocupação, pois as reações inflamatórias e imunológicas à placa bacteriana representam as características predominantes da gengivite e da periodontite^{10,11}. Desta forma, o conhecimento sobre a doença periodontal é importante para que ela seja prevenida e para que o paciente saiba identificar seus sinais e sintomas a fim de procurar tratamento odontológico o mais precocemente possível⁷.

Quanto ao aspecto manifestação da doença periodontal (Figura 6), verifica-se que apenas 6,5% dos escolares consideraram o sangramento, a vermelhidão e o inchaço gengival como sinais da afecção, ou seja, explicaram-na corretamente. Gengiva escurecida ou machucada foi citada por 1,9% dos adolescentes; 9,1% não sabia a resposta e 82,5% não responderam, provavelmente por desconhecimento das formas de manifestação da doença periodontal. Nenhum aluno analisado fez menção à mobilidade dental causada pela perda do osso de suporte, que é um estágio avançado da doença periodontal. Resultados superiores aos encontrados

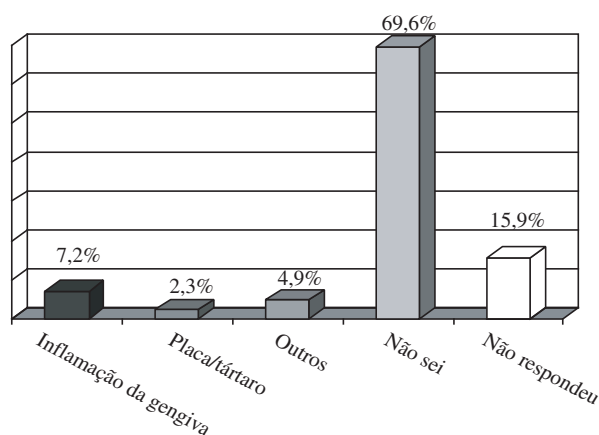


Figura 5. Distribuição dos escolares, segundo o conhecimento sobre doença periodontal.

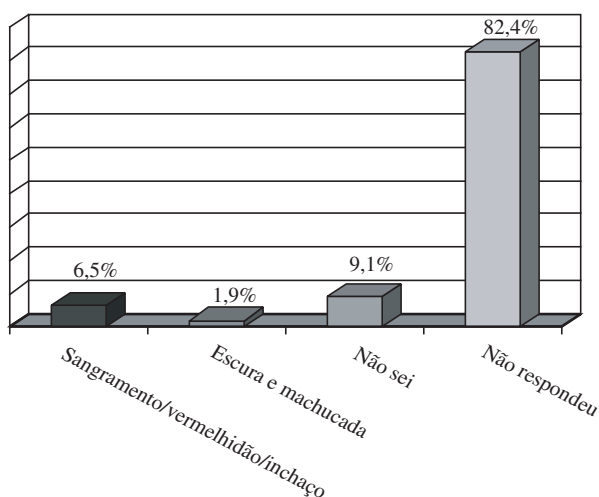


Figura 6. Distribuição dos escolares, segundo o conhecimento sobre manifestação da doença periodontal.

neste estudo foram observados por Oliveira et al.¹⁴, os quais verificaram que 21% da população analisada relacionou a progressão da doença periodontal à perda de osso.

Glassrud, Frazier⁸ também observaram resultados superiores, porém entre professores do ensino fundamental, encontrando que 94% da população referiram-se à doença periodontal como sendo de caráter progressivo, resultando na perda do osso e conseqüentemente do dente. Esses mesmos autores encontraram 55% dos entrevistados mencionando sangramento gengival como manifestação da doença.

Em outro estudo, 49,4% dos adolescentes pesquisados souberam explicar a manifestação da doença de forma mais adequada: disseram que o sangramento é o primeiro sinal¹¹.

Embora o presente trabalho apresente limitações principalmente sob o ponto de vista do número de indivíduos

estudados, os resultados por ele obtidos permite crer que a opção por estudar o conhecimento de estudante de escolas particulares foi acertada pois pôde-se constatar, com este trabalho, que o conhecimento sobre cárie dental e doença periodontal dos estudantes da rede particular de ensino é deficiente, mostrando que esse público também deva ser alvo de campanhas educativas, beneficiando-se com elas.

Portanto, sugere-se a realização de pesquisas futuras objetivando avaliar campanhas educativas com vistas à saúde bucal direcionadas para a população estudada, ou seja, alunos da rede privada de ensino.

Conclusão

Mediante a metodologia aplicada, pôde-se concluir que:

- a principal fonte de informações sobre cárie dental, doença periodontal e medidas de higiene bucal foi o cirurgião-dentista;
- a maioria dos estudantes definiu a cárie dental de maneira inadequada, como sendo bactérias e micro-organismos;
- a maior parte dos entrevistados relatou ser a falta de escovação a principal causa da cárie dental, desconhecendo sua etiologia multifatorial;
- a maioria dos adolescentes avaliados não soube definir a doença periodontal e desconhece sua etiologia.

Referências

1. Al-Tamimi S, Petersen PE. Oral health schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J*. 1998; 48: 180-6.
2. Bonan RF, Pinto LR, Garcia, PPNS. Análise comparativa do comportamento de retorno de adolescentes em função do atendimento odontológico escolar. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003; 6: 493-501.
3. D'Almeida W, Smith EM, Suki WM. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of Japanese junior high school students. *Bull Tokyo Dent Coll*. 1997; 38: 123-31.
4. Fernandes FRC, Guedes-Pinto AC. Cárie dentária. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 6ª ed. São Paulo: Santos; 1997. p.299-321.
5. Garcia PPNS, Pinto LC, Bonan RF. Avaliação de retorno periódico em escolares. *Stoma*. 2000 (57): 15-20.
6. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra, MC, Terence, RL. Motivação do paciente para retorno: a chave para o sucesso do tratamento odontológico. *Jornal de Assessoria ao Odontologista*. 1999 (17): 39-42.
7. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra, M. Saúde bucal: crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. *Jornal de Assessoria ao Odontologista*. 2000 (22): 36-41.
8. Glasrud PH, Frazier PJ. Futury elementary school-teachers knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent*. 1988; 48: 74-80.
9. Kenney JB. The role and responsibility of school in affecting Dental Health Status. A potential yet unrealized. *J Public Health Dent*. 1979; 39: 262-67.
10. Kinane DF, Lindhe J. Patogênese da periodontite. In: Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.127-52.
11. Lang P, Woolfolk MW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J Public Health Dent*. 1989; 49: 44-50.
12. Loupe MJ, Frazier PJ. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1983; 107: 229-34.
13. Mastrantonio SS, Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal - revisão de literatura. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5: 215-22.
14. Oliveira ER, Narendran S, Williamson D. Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade school children. *Pediatr Dent*. 2000; 22: 395-400.
15. Ostberg AL, Halling A, Lingblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behaviour and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand*. 1999; 57: 231-6.
16. Petersen PE, Aleksejuniese J, Christensen LB, Eriksen, HM, Kalo, I. Oral health behaviour and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand*. 2000; 58: 243-8.
17. Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral health status and oral health behaviour of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. *Int Dent J*. 2001; 51: 95-102.
18. Pine CM, McGoldrick PM, Burnside G, Curnow MM, Chesters RK, Nicholson J, Huntington E. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *Int Dent J*. 2000; 50: 312-23.
19. Riordan PJ. Can organised dental care for children be both good and cheap? *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 119-25.
20. Sgan-Cohen HD, Saadi S, Weissman A. Dental Knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israel. *Int Dent J*. 1999; 49: 269-74.
21. Taani DQ. Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. *Quintessence Int*. 2002; 33: 195-8.
22. Wong MCM, Lo EC, Schwarz E, Zhang HG. Oral health status and oral health behaviours in Chinese children. *J Dent Res*. 2001; 80: 1459-65.
23. Vignavajah S. Oral health knowledge and behaviours and barriers to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua. *Int Dent J*. 1997; 47: 167-72.

