

# Conhecimento Odontológico e Comportamento de Retorno de Escolares em Função do Tipo de Instituição (Pública ou Privada)

## Dental Knowledge and Attendance of Schoolchildren according to the Type of Institution (Public or Private)

Patrícia Petromilli Nordi Sasso GARCIA<sup>1</sup>, Juliana Alvares Duarte Bonini CAMPOS<sup>2</sup>, Luciana CEZARE<sup>3</sup>, Roberta Ferreti BONAN<sup>3</sup>,  
Luciana de Rezende PINTO<sup>4</sup>, Juliana dos Reis DERCELI<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Professora Adjunta das Disciplinas de Ergonomia em Odontologia e Orientação Profissional do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), Araraquara/SP, Brasil.

<sup>2</sup>Professora Doutora da Disciplina de Bioestatística e Metodologia Científica do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), Araraquara/SP, Brasil.

<sup>3</sup>Cirurgiã-Dentista, Araraquara/SP, Brasil.

<sup>4</sup>Doutoranda em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB), Bauru/SP, Brasil.

<sup>5</sup>Mestranda em Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP), Ribeirão Preto/SP, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento odontológico e comportamento de retorno de escolares em função do tipo de instituição (pública ou privada).

**Método:** A amostra foi composta por 800 crianças matriculadas de 5ª a 8ª série, do ensino fundamental. O instrumento de análise baseou-se em um questionário, composto por questões abertas, tornando possível a multiplicidade de informações, evitando o direcionamento das respostas e a distorção dos resultados. O seu conteúdo abordou questões relativas ao último retorno, tipo de retorno praticado, importância do mesmo e conhecimento sobre a cárie dental e doença periodontal. Realizou-se análise estatística descritiva. Para o estudo da associação utilizou-se o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com nível de significância de 5%.

**Resultados:** Observou-se diferença significativa entre os estudantes das diferentes instituições com relação ao tempo ( $p=0,001$ ) e principal motivo ( $p=0,001$ ) da última visita ao dentista, conhecimento sobre a necessidade de visitar o dentista rotineiramente ( $p=0,001$ ), sobre a importância do retorno periódico ( $p=0,001$ ) e frequência dos mesmos ( $p=0,001$ ), sobre a cárie dental ( $p=0,001$ ) e doença periodontal ( $p=0,001$ ).

**Conclusão:** Os adolescentes apresentaram conhecimento odontológico e comportamento de retorno distintos, segundo o tipo de instituição de ensino.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the dental knowledge and attendance of elementary schoolchildren according to the type of institution (public or private).

**Method:** The sample was composed of 800 children from the 5th to 8th grades of the elementary education. The research instrument was a questionnaire composed of open questions referring to the last recall visit, type and importance of the recall visit, and knowledge of dental caries and periodontal disease. Descriptive statistical analysis was done and the chi-squared test was used with a significance level of 5%.

**Results:** There was statistically significant difference between the students from the different institutions regarding the time ( $p=0.001$ ) and main reason ( $p=0.001$ ) of the last visit to the dentist, knowledge of the need of periodic visits to the dentist ( $p=0.001$ ), importance ( $p=0.001$ ) and frequency ( $p=0.001$ ) of periodic recalls, and knowledge of dental caries ( $p=0.001$ ) and periodontal disease ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** The adolescents presented different dental knowledge and attendance, according to the type of teaching institution.

### DESCRIPTORES

Higiene bucal; Saúde bucal; Pré-escolar.

### KEYWORDS

Oral hygiene; Oral health; Preschool.

## INTRODUÇÃO

Durante muitos anos a Odontologia esteve alicerçada em procedimentos puramente técnicos e restauradores, preocupando-se apenas com a eliminação dos sintomas da doença cárie. Porém, com o passar do tempo pôde-se perceber que esse modelo de prática odontológica apenas eliminava a doença instalada, não controlando e nem evitando a sua reincidência<sup>1</sup>.

Felizmente, aos poucos a era da Odontologia Curativa foi cedendo lugar à Odontologia Preventiva e à promoção de saúde<sup>2,3</sup>. Dentro dessa nova filosofia, o tratamento e o controle da cárie dental são feitos mediante o entendimento da dinâmica da sua etiologia, considerando-a como um problema de natureza infecciosa e comportamental<sup>4,5</sup>. O tratamento odontológico deve basear-se na diminuição do risco do paciente a doença, mediante atendimento integral, no qual os aspectos educativos, preventivos e curativos devem ser abordados de maneira conjunta e direcionada de acordo com a necessidade do paciente<sup>6,7</sup>.

A manutenção preventiva tem sido considerada uma etapa imprescindível no tratamento, principalmente para a população infantil e jovem<sup>8,9</sup>, pois tal conduta permite o monitoramento periódico do paciente para identificar precocemente qualquer desequilíbrio de saúde, além da educação continuada tanto das crianças quanto de seus responsáveis, atuando de maneira a prevenir novos surtos da doença e garantir a longevidade dos tratamentos executados<sup>6,10</sup>. Desta forma, de nada vale a execução de procedimentos preventivos se o paciente não for constantemente reavaliado, pois os esforços iniciais para a manutenção da saúde bucal irão se perder com o tempo<sup>11</sup>.

O presente trabalho objetivou observar o conhecimento odontológico e comportamento de retorno de escolares regularmente matriculados de 5ª a 8ª série, em escola do ensino fundamental, em função do tipo de instituição (pública ou privada).

## METODOLOGIA

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP (Processo nº 14/01).

Trata-se de estudo observacional com delineamento amostral não-probabilístico. Foram avaliados 800 escolares de quinta a oitava série, de ambos os sexos, com idade entre 10 a 15 anos, sendo 400 estudantes pertencentes a escola do ensino fundamental pública

e 400 privada da cidade de Araraquara. O tamanho e o delineamento amostral adotados foram baseados na conveniência dos pesquisadores.

Cabe esclarecer que a totalidade de alunos matriculados na instituição pública foi de 836 e na privada de 500. Como a amostragem foi por conveniência, não foi preocupação dos pesquisadores manter a representatividade amostral, uma vez que o propósito do trabalho foi a realização de um estudo exploratório.

O instrumento de análise utilizado foi um questionário, composto por questões abertas, tornando possível a multiplicidade de informações, evitando o direcionamento das respostas e a distorção dos resultados. Seu conteúdo visou observar variáveis como a idade, sexo, série que cursa, tipo de escola a que pertence, questões relativas ao tempo da última visita ao dentista, motivo do último retorno, tipo de retorno praticado, importância do mesmo, conhecimento sobre a etiologia e prevenção da cárie e doença periodontal, e fonte de informações sobre doenças bucais e retorno periódico.

Com o intuito de ajustar o instrumento de coleta de dados, o mesmo foi testado previamente em 192 estudantes, os quais não foram incluídos nesta pesquisa<sup>12</sup>. Estudo anterior foi importante para a elaboração de um questionário de enquadramento que estruturou as respostas obtidas em diferentes categorias.

A coleta dos dados foi realizada por um único examinador devidamente treinado para a aplicação do instrumento. Os questionários foram respondidos individualmente pelos alunos, na presença do pesquisador, para esclarecimento de eventuais dúvidas. As informações obtidas foram armazenadas em um banco de dados utilizando-se o sistema EPIINFO versão 6.04 da Organização Mundial de Saúde. Realizou-se estatística descritiva. Para o estudo da associação utilizou-se o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com nível de significância de 5%. Para a realização da inferência não foram incluídos os dados de não resposta.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos escolares analisados, em função do tipo de instituição (pública ou particular) segundo o comportamento de retorno. Quanto ao tempo da última visita ao dentista, observa-se que tanto para os adolescentes da escola particular quanto para os da escola pública, a maior frequência de respostas foi de 1 mês, 32,5% e 26,8% respectivamente. Chama a atenção também o fato de que 23,0% dos adolescentes da instituição pública responderam ter

retornado num período superior a 12 meses, apontando para diferença significativa no tempo da última visita ao dentista pelos estudantes das diferentes instituições ( $p=0,001$ ).

Para a população da escola particular o principal motivo da última visita ao dentista foi a prevenção, exame de rotina e exame clínico (51,5%), seguido da visita ao ortodontista (14,2%). Para a escola pública, a

prevenção, embora tenha sido a mais citada, apresentou porcentagens bem inferiores à escola particular (25,8%), sendo também enumerados em maior frequência outros motivos como dor (14,0%), visita ao ortodontista (17,8%) e cárie/restauração (19,0%), denotando diferença estatística ( $p=0,001$ ). Nota-se que o tipo de retorno mais relatado, em ambas as instituições foi o espontâneo ( $p=0,510$ ).

**Tabela 1. Distribuição dos escolares analisados segundo o comportamento de retorno.**

| Variável                                  | Particular |       | Pública |       | $\chi^2$ | p     |
|---|------------|-------|---------|-------|----------|-------|
|   | n          | %     | n       | %     |          |       |
| <b>Tempo da última visita ao dentista</b> |            |       |         |       |          |       |
| Não lembro                                | 63         | 15,8  | 26      | 6,5   |          |       |
| Até 1 mês                                 | 130        | 32,5  | 107     | 26,8  |          |       |
| De 1 a 2 meses                            | 38         | 9,5   | 17      | 4,2   |          |       |
| De 2 a 3 meses                            | 29         | 7,2   | 28      | 7,0   |          |       |
| De 3 a 6 meses                            | 54         | 13,5  | 67      | 16,8  |          |       |
| De 6 a 12 meses                           | 49         | 12,2  | 40      | 10,0  |          |       |
| Acima de 12 meses                         | 27         | 6,8   | 92      | 23,0  | 63,259   | 0,001 |
| Não respondeu                             | 10         | 2,6   | 23      | 5,6   |          |       |
| <b>Motivo da última visita ao CD</b>      |            |       |         |       |          |       |
| Não lembro                                | 39         | 9,8   | 14      | 3,5   |          |       |
| Prevenção/rotina/exame                    | 206        | 51,5  | 103     | 25,8  |          |       |
| Extração                                  | 25         | 6,2   | 33      | 8,2   |          |       |
| Dor                                       | 6          | 1,5   | 56      | 14,0  |          |       |
| Trauma                                    | 7          | 1,8   | 4       | 1,0   |          |       |
| Ortodontista                              | 57         | 14,2  | 71      | 17,8  |          |       |
| Cárie/ Restauração                        | 38         | 9,5   | 76      | 19,0  | 102,051  | 0,001 |
| Não respondeu                             | 22         | 5,5   | 43      | 10,7  |          |       |
| <b>Tipo de retorno</b>                    |            |       |         |       |          |       |
| Não lembro                                | 27         | 6,8   | 17      | 4,2   |          |       |
| Espontâneo                                | 245        | 61,2  | 203     | 50,8  |          |       |
| Dentista chamou                           | 69         | 17,2  | 43      | 10,8  |          |       |
| Dentista marcou antecipadamente           | 37         | 9,3   | 31      | 7,8   | 2,311    | 0,051 |
| Não respondeu                             | 22         | 5,5   | 106     | 26,3  |          |       |
| Total                                     | 400        | 100,0 | 400     | 100,0 |          |       |

Na Tabela 2 pode-se observar a distribuição dos escolares segundo o conhecimento sobre retorno periódico. Verifica-se que 87,5% dos adolescentes da rede particular e 77,3% da escola pública responderam que julgam necessário ir rotineiramente ao dentista, entretanto, chama a atenção que maior número de indivíduos da escola pública acredita que a visita ao dentista rotineiramente não seja necessária ( $p=0,001$ ). Quando questionados sobre o porquê da importância do retorno periódico verificou-se que na escola particular as justificativas mais enumeradas foram a prevenção e o exame de rotina (45,5%), a manutenção da saúde/higiene (14,0%) e a prevenção de cáries (10,5%), ou seja, todos os motivos foram relacionados ao enfoque

preventivo. Por outro lado, para a escola pública, a maior frequência de respostas foi a prevenção/rotina (20,0%), porque é importante e bom (18,0%) e para cuidar/tratar dos dentes (15,3%), apontando para diferentes perfis das instituições ( $p=0,001$ ).

Quando a população estudada foi questionada sobre a frequência com que os retornos periódicos devem ocorrer, observou-se grande variedade de respostas e diferenças significativas nas diferentes instituições ( $p=0,001$ ). Para a escola particular, 28,0% responderam 6 meses, seguido por 24,8% que mencionaram até 1 mês. Já para a escola pública, a maior frequência de respostas relacionou-se a 1 mês (40,5%) seguida por 6 meses (17,0%).

Analisando-se a variável fonte de informações sobre saúde bucal, notou-se que a maioria dos indivíduos, tanto da instituição particular quanto da pública recebeu informações do próprio dentista: sobre a cárie e doença periodontal (69,0% e 59,3%, respectivamente), sobre higiene bucal (88,3% e 78,3%, respectivamente)

e sobre a necessidade de retorno periódico (81,8% e 67,0%, respectivamente). Para aqueles indivíduos que não receberam informações do dentista, as principais fontes observadas foram a família, a escola e o professor, independentemente da instituição analisada.

**Tabela 2. Distribuição percentual dos escolares segundo o conhecimento sobre a importância do retorno periódico.**

| Variável   | Particular |       | Pública |       | $\chi^2$ | p     |
|--|------------|-------|---------|-------|----------|-------|
|  | n          | %     | n       | %     |          |       |
| <b>Julga necessário ir ao CD rotineiramente</b>                |            |       |         |       |          |       |
| Não  | 36         | 9,0   | 62      | 15,5  | 16,267   | 0,001 |
| Sim  | 350        | 87,5  | 309     | 77,3  |          |       |
| Não sei  | 9          | 1,2   | 24      | 1,2   |          |       |
| Não respondeu  | 5          | 2,3   | 5       | 6,0   |          |       |
| <b>Porque acredita que o retorno é importante</b>              |            |       |         |       |          |       |
| Não é importante   | 15         | 3,8   | 38      | 9,5   | 95,717   | 0,001 |
| Prevenção/rotina   | 82         | 45,5  | 80      | 20,0  |          |       |
| Manter saúde/higiene   | 56         | 14,0  | 53      | 13,2  |          |       |
| Cuidar/tratar do dente   | 1          | 0,2   | 61      | 15,2  |          |       |
| Para evitar cáries   | 42         | 10,5  | 20      | 5,0   |          |       |
| É importante/bom   | 15         | 3,8   | 72      | 18,0  |          |       |
| Outros   | 12         | 3,0   | 9       | 2,2   |          |       |
| Não respondeu  | 77         | 19,2  | 67      | 16,9  |          |       |
| <b>Freqüência com que os retornos periódicos devem ocorrer</b> |            |       |         |       |          |       |
| Não lembro   | 17         | 4,2   | 22      | 5,5   | 36,321   | 0,001 |
| Até 1 mês  | 99         | 24,8  | 162     | 40,5  |          |       |
| 2 meses  | 44         | 11,0  | 38      | 9,5   |          |       |
| 3 meses  | 56         | 14,0  | 31      | 7,8   |          |       |
| 4 a 5 meses  | 28         | 7,0   | 18      | 4,5   |          |       |
| 6 meses  | 112        | 28,0  | 68      | 17,0  |          |       |
| Outros   | 25         | 6,2   | 28      | 7,0   |          |       |
| Não respondeu  | 19         | 4,8   | 33      | 8,2   |          |       |
| Total  | 400        | 100,0 | 400     | 100,0 |          |       |

Na Tabela 3 tem-se a distribuição dos escolares segundo o conhecimento sobre a cárie dental. Observa-se que tanto para escola particular (13,8%) quanto para

pública (9,2%) os adolescentes responderam não saber o que vem a ser cárie.

**Tabela 3. Distribuição dos escolares segundo o conhecimento sobre a cárie dental.**

| Variável                      | Particular |       | Pública |       | $\chi^2$ | p     |
|-------------------------------|------------|-------|---------|-------|----------|-------|
|                               | n          | %     | n       | %     |          |       |
| <b>O que é cárie?</b>         |            |       |         |       |          |       |
| Não sei                       | 55         | 13,8  | 37      | 9,2   | 59,581   | 0,001 |
| É um bicho que faz buraco     | 91         | 22,8  | 70      | 17,5  |          |       |
| É uma bactéria/microorganismo | 148        | 37,0  | 82      | 20,5  |          |       |
| Restos de alimentos           | 8          | 2,0   | 54      | 13,5  |          |       |
| Outros                        | 29         | 7,2   | 44      | 11,0  |          |       |
| Não respondeu                 | 69         | 17,2  | 103     | 28,3  |          |       |
| <b>Porque a cárie ocorre?</b> |            |       |         |       |          |       |
| Falta de escovação            | 245        | 61,3  | 259     | 64,8  | 0,013    | 0,964 |
| Falta de escovação + dieta    | 21         | 5,2   | 23      | 5,7   |          |       |
| Não respondeu                 | 134        | 33,5  | 118     | 29,5  |          |       |
| Total                         | 400        | 100,0 | 400     | 100,0 |          |       |

Verifica-se que na instituição particular os adolescentes fazem idéia da cárie como sendo um “bicho que faz buraco no dente” (22,8%) ou uma “bactéria/microorganismo” (37,0%). Para a escola pública 17,5% responderam ser um “bicho que faz um buraco no dente” e 20,5% uma “bactéria/microorganismo” e 13,5% mencionaram tratar-se de restos alimentares. Verificou-se pior conceituação na escola pública ( $p=0,001$ ). Mais da metade da população estudada, tanto da escola particular (61,3%) quanto da pública (64,8%), quando questionados sobre o porquê da ocorrência da cárie dental responderam ser por falta de escovação ( $p=0,964$ ).

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à distribuição dos escolares em função do tipo de

instituição analisada segundo o conhecimento sobre a doença periodontal.

Uma porcentagem considerável dos adolescentes analisados, quer da escola particular (55,8%) quer da escola pública (39,0%) responderam não ter conhecimento sobre a doença periodontal, assim como foi alta também a porcentagem de indivíduos que não responderam esta questão. Nota-se diferente comportamento das respostas dos alunos segundo o tipo de instituição ( $p=0,001$ ) onde os estudantes da escola particular afirmaram com maior frequência não saber a conceituação da doença periodontal e os da escola pública não responderam a questão.

**Tabela 4. Distribuição dos escolares segundo o conhecimento sobre a doença periodontal.**

| Variável                                   | Particular |       | Pública |       | $\chi^2$ | p     |
|--|------------|-------|---------|-------|----------|-------|
|  | n          | %     | n       | %     |          |       |
| <b>O que é doença periodontal?</b>         |            |       |         |       |          |       |
| Não sei                                    | 223        | 55,8  | 156     | 39,0  |          |       |
| Inflamação da gengiva                      | 30         | 7,5   | 20      | 5,0   |          |       |
| Quando a gengiva fica avermelhada e sangra | 6          | 1,5   | 36      | 9,0   |          |       |
| Outros                                     | 22         | 5,5   | 4       | 1,0   | 39,916   | 0,001 |
| Não respondeu                              | 119        | 29,7  | 184     | 46,0  |          |       |
| Total                                      | 400        | 100,0 | 400     | 100,0 |          |       |

## DISCUSSÃO

Este estudo adotou o método de amostragem por conveniência, o que poderia representar um viés de seleção, podendo-se constituir numa limitação do estudo quanto à validade externa. Entretanto, acredita-se que este trabalho é de suma importância pela escassez de estudos na literatura e pela relevância do tema para o conhecimento da classe odontológica em relação ao conhecimento odontológico e comportamento de retorno da população estudada, podendo contribuir para a elaboração de estratégias educativas-preventivas.

Outro aspecto a ser ressaltado é que não se realizou calibração intra-examinador do questionário, pois optou-se por trabalhar com questões abertas para propiciar livre manifestação do pensamento da população de estudo. Apesar dessas limitações, pode-se fazer importantes constatações com este estudo.

Sabe-se que o estabelecimento de um programa de retorno periódico pelo cirurgião-dentista representa o ideal de trabalho integral, e por meio dele, torna-se possível a detecção precoce de possíveis recorrências da doença periodontal, controle e prevenção da cárie dental, reforço da motivação e de cuidados de higiene oral, sendo através deste procedimento que se alcançará o sucesso

desejado no tratamento odontológico<sup>8-11,13,14</sup>. Neste trabalho procurou-se observar o comportamento de retorno e o conhecimento odontológico de adolescentes pertencentes a escolas particulares e públicas.

Com relação ao tempo da última visita ao dentista, a população de estudo mostrou comportamento favorável por retornar ao consultório odontológico em período de tempo relativamente curto, demonstrando a preocupação com a manutenção da sua saúde bucal. No entanto, os dados mostram que, entre os estudantes da escola pública, houve uma porcentagem significativa de indivíduos que responderam ter retornado ao dentista em um tempo maior que um ano. Talvez isso possa ser explicado pelo poder aquisitivo da população da instituição pública, ou mesmo seu nível educacional<sup>15-18</sup>.

O motivo da última visita ao dentista para os estudantes da escola privada demonstrou maior consciência preventiva desses, se comparados com os da escola pública. Isto sugere que o fator socio-econômico pode influenciar o comportamento do indivíduo em função do maior acesso aos meios de comunicação ou mesmo uma orientação mais enfática dentro do ambiente escolar e familiar, fazendo com que estes tenham mais informação quanto à necessidade da prevenção. Além disso, os adolescentes da escola pública apresentaram um

percentual relativamente alto de retorno para tratamento curativo (extração/restauração) ou por sintomatologia dolorosa. Estudos mostram que estes dados ainda são bastante freqüentes, o que confirma a necessidade de maior conscientização da população da importância do retorno periódico<sup>15,16,19</sup>.

O retorno ao consultório por razões sintomáticas expressa um comportamento odontológico com mentalidade curativa, na qual os pacientes procuram o dentista apenas quando estão frente a um problema<sup>20</sup>. A pobreza e a falta de informações faz com que o indivíduo não procure preventivamente o cirurgião-dentista<sup>21</sup> o que é lastimável porque a educação é a melhor opção para prevenção<sup>22</sup>.

Quando questionados sobre a importância do retorno periódico, uma alta porcentagem de adolescentes, dos dois grupos, responderam que julgavam necessário ir rotineiramente ao dentista. A maior parte de alunos de escola particular justificaram o motivo do retorno periódico com enfoque preventivo. Entretanto, uma pequena porcentagem de adolescentes de escola pública ainda relataram que o retorno é importante para cuidar/tratar dos dentes, refletindo a mentalidade curativa. Em estudo realizado para verificar o comportamento de retorno a uma clínica Odontopediátrica, verificou-se que entre aquelas crianças que não retornaram regularmente, 75% dos seus pais disseram não considerarem o retorno necessário quando seus filhos apresentavam-se livres de cárie, demonstrando que os próprios pais são responsáveis por criar esta mentalidade curativa em seus filhos<sup>23</sup>.

Quando questionados sobre a freqüência de retorno indicada, verifica-se que tanto para os alunos de escola privada quanto para os de escola pública as freqüências mais recomendadas foram mensal e semestral. Esses resultados possivelmente tenham sido obtidos pela própria experiência que os adolescentes têm de retorno do que o conhecimento propriamente dito. Na literatura, há certa divergência de opiniões com relação ao período ideal de retorno a que os pacientes devem ser submetidos. Alguns autores afirmam que o retorno deve ocorrer dentro de um intervalo de 3 a 4 meses para crianças e adolescentes, devido à possibilidade de progressão rápida da doença cárie<sup>24</sup> e de 6 meses para adultos<sup>2</sup>. No entanto, muitos defendem o estabelecimento deste intervalo de visitas ao consultório de acordo com o risco de cada paciente em desenvolver as doenças bucais<sup>3,5,6,12,13,20</sup>.

Pôde-se observar nesta pesquisa que as informações relativas aos cuidados bucais foram transmitidas na sua maioria pelo cirurgião-dentista, em ambos os grupos. Pesquisas realizadas por alguns autores<sup>17,24-26</sup> em diferentes países também encontraram o dentista como principal fonte de informações. No entanto, um

outro estudo<sup>15</sup> observou que as populações por eles estudadas apresentaram a família como principal fonte de informação, seguida pelo dentista e por fim pelo professor. Por outro lado, a escola também foi citada como principal local para obtenção de informações sobre o conhecimento odontológico.

O cirurgião-dentista sendo citado como a principal fonte de informação mostra o empenho destes na promoção de saúde bucal, educação e motivação de seus pacientes. Por outro lado, o fato da família e dos professores terem sido pouco citados pelos participantes deste estudo é desfavorável, uma vez que ambos poderiam representar um papel importante na transmissão do conhecimento sobre saúde, por exercerem grande influência no comportamento desses adolescentes devido ao contato diário<sup>14</sup>.

Na avaliação do conhecimento da cárie dental tem-se que a maior parte das respostas, de ambas as instituições, a relacionaram com um "bicho que come o dente" ou bactéria/microorganismo. Um estudo sobre esse assunto<sup>27</sup> verificou que 27,5% da população estudada referiram-se à cárie dental como uma alteração física e 23,1% citaram a bactéria como uma definição para a doença cárie. Outro trabalho<sup>26</sup> também encontrou 55,5% dos escolares analisados definindo a cárie como bactéria ou microorganismo. A confusão entre a cárie e os microorganismos constatada entre os escolares, possivelmente, tenha ocorrido por responsabilidade do próprio cirurgião-dentista que com o intuito de facilitar o entendimento das crianças com relação à cárie refere-se a ela como um "bichinho que come os dentes"<sup>12</sup>.

Em relação à etiologia da cárie, a maioria da população estudada no presente estudo condicionou seu aparecimento à má higiene, mostrando seu desconhecimento sobre a multifatorialidade da doença cárie e principalmente o papel das bactérias para a sua ocorrência. Tal fato também foi observado por outros pesquisadores<sup>26</sup>, embora tem-se ressaltado<sup>27</sup>, que o principal fator etiológico da cárie dentária é a placa bacteriana.

Ficou evidente ao se analisar os resultados relativos ao conhecimento da doença periodontal que, a população estudada, independentemente da instituição pertencente, apresentou-se desinformada com relação a doença periodontal e como ela se manifesta, assim como observado por outros estudos<sup>26,28</sup>.

## CONCLUSÕES

1) Os adolescentes apresentaram conhecimento odontológico e comportamento de retorno distintos,

segundo o tipo de instituição de ensino;

2) Os escolares da instituição pública analisados tiveram maior tempo decorrido após a última visita ao dentista, cujo principal motivo não esteve ligado à prevenção. Apesar de a maior parte deste grupo julgar necessário ir ao dentista rotineiramente, muitos ainda não acreditam nisso;

3) Quanto ao conhecimento odontológico maior número de escolares da instituição pública do que da particular não respondeu às questões referentes ao conceito de cárie e doença periodontal.

## REFERÊNCIAS

- Almas K, Albakar A, Felembam N. Knowledge of dental health and diseases among dental patients, a multicentre study in Saudi Arabia. *Indian J Dent Res* 2000; 11(4):145-55.
- Bellini HT. Um consultório odontológico, centrado em promoção de saúde bucal. In: Todescan F, Bottino M. Atualização na clínica odontológica. A prática da clínica geral. São Paulo: Artes Médicas, 1994. p. 269-77.
- Livny A, Vered Y, Slouk L, Sgan-Cohen HD. Oral health promotion for schoolchildren - evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. *BMC Oral Health* 2008; 8:4-9.
- American Dental Association. Council on Access Prevention and Interprofessional relations. Treating caries as an infectious disease. *J Am Dent Assoc* 1995; 126:2S-24S.
- Anderson MH, Bales DJ, Omnell KA. Modern management of dental caries: the cutting edge is not the dental bur. *J Am Dent Assoc* 1993; 124(6):36-44.
- Cardoso MLM, Primo LSSG, Pimentel MCMM. Periodicidade das visitas de manutenção preventiva: um referencial clínico em odontopediatria. *Rev Cient CENBIOS* 1997; 1:3-8.
- Evans RW, Pakdaman A, Dennison PJ, Howe EL. The caries management system: an evidence-based preventive strategy for dental practitioners. Application for adults. *Aust Dent J* 2008; 53(1):83-92.
- Hochstetter AS, Lombardo MJ, D'Eramo L, Piovano S, Bordoni N. Effectiveness of a preventive educational programme on the oral health of preschool children. *Promot Educ* 2007; 14(3):155-8.
- Ostberg AL, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002; 60(3):167-73.
- Hallberg U, Klingberg G. Giving low priority to oral health care. Voices from people with disabilities in a grounded theory study. *Acta Odontol Scand* 2007; 65(5):265-70.
- Susin AH, Pereira OL. Atendimento preventivo em consultório e orientação continuada. Uma solução ao nosso alcance. *Robrac* 1993; 3:33-4.
- 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; 3:493-501.
- American Dental Association. Council on Access Prevention and Interprofessional relations. Treating caries as an infectious disease. *J Am Dent Assoc* 1995; 126:2S-24S.
- 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.
- Conrado CA, Bonzegno LG, Watanabe OA. Efeito de um programa educacional direto relacionado com a saúde bucal de escolares do município de Maringá - PR I: Estudos preliminares. *Odontol Clin* 1997; 7(1):21-30.
- Hattne K, Folke S, Twetman S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontol Scand* 2007; 65(4):206-13.
- 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(2):95-102.
- Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J* 2006; 56(2):61-70.
- Beirne P, Forgie A, Clarkson J, Worthington Hv. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Evid Based Dent* 2005; 6(3):62-3.
- Garcia PPNS, Dinelli W, Serra MC. Elaboração de um programa de educação e de motivação do paciente para o retorno periódico. *Robrac* 2000; 9(27):37-40.
- Eya'anc M, Tourse B, Ngono E, Kamdem T. Poverty and ignorance: the cause of late consultation in odontostomatology at the University Hospital Center in Yaounde. *Odontostomatol Trop* 2001; 24(94):11-4.
- Källestal C, Dahlgren L, Stenlund H. Oral health behavior and self-esteem in Swedish adolescents over four years. *J Adolesc Health* 2006; 38(5):583-90.
- Ishii, F, Koiwai H, Taguchi Y, Noda T. An investigation into actual condition of recall in the pedodontic clinic of Niigata University Dental Hospital. *Shoni Shikagaku Zasshi* 1987; 25: 62-71.
- Al-Tamimi S, Petersen PE. Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J* 1998; 48(3):180-6.
- Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J Dent Hyg* 2008; 82(1):12.
- Pinto LR, Bonan RF, Garcia PPNS. Conhecimento sobre cárie e doença periodontal: avaliação de adolescentes pertencentes à rede privada de ensino. *Rev Odontol Unesp* 2004; 33(3):137-41.
- D'Almeida HB, Kagami N, Maki Y, Takaesu Y. 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(2):123-31.
- Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):190-5.

Recebido/Received: 19/02/09  
Revisado/Reviewed: 08/09/09  
Aprovado/Approved: 18/11/09

### Correspondência:

Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia  
Rua Humaitá 1680 - Centro  
Araraquara/SP CEP: 14801-903 C.P.: 331  
Telefone: (16) 3301-6354  
E-mail: psgarcia@foar.unesp.br