

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE ESCOLARES EM BOZANO, RIO GRANDE DO SUL

ORAL HYGIENE HABITS, ORAL HEALTH CONDITIONS AND ACCESS TO DENTAL SERVICES OF SCHOOLCHILDREN IN BOZANO, ESTATE OF RIO GRANDE DO SUL

Daniel Antonio Rossato Schiavo¹
Deison Alencar Lucietto²
Louise Pietrobon³

Resumo

Este estudo teve como objetivo descrever hábitos de higiene bucal, condições de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos em escolares de Bozano/RS. Tratou-se de estudo descritivo transversal com a aplicação de questionários e realização de exames bucais. Participaram da pesquisa 62 escolares com idades entre 12 e 17 anos e predomínio de classes sociais intermediárias. Todos relataram possuir acesso a escova dental e creme dental e cerca de 90% dispunha também de fio dental no domicílio. A maioria revelou realizar três escovações diárias (59,7%) e utilizar o fio dental uma vez ao dia (41,9%). Verificou-se que 62,9% apresentavam biofilme e 45,2% cálculo dentário visíveis. O CPO-D variou de 0 a 10, sendo a média de 4,26. Aos 12 anos, o CPO-D foi de 3,46 e aos 17 anos, de 5,25. Para 50% dos escolares a última consulta odontológica foi realizada no SUS. A maioria aprendeu a escovação através dos pais (82,3%). Observou-se que 64,6% estavam satisfeitos com seu sorriso. Cerca de 18% referiu presença de dor ou desconforto na cavidade bucal. Constatou-se a necessidade de melhorar hábitos de higiene bucal e melhorar condições de saúde bucal dos escolares. Instiga-se o fortalecimento das ações de promoção de saúde bucal entre os escolares, de modo a fomentar estilos de vida compatíveis com a saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Cárie dentária. Escolares. Prevenção. Acesso aos serviços odontológicos.

Abstract

This study aimed to describe oral hygiene habits, oral health conditions and access to dental services in schoolchildren from Bozano, State of Rio Grande do Sul. It was a cross-sectional descriptive study with questionnaires and buccal exams. Sixty-two students between 12 and 17 years of age participated in the study (response rate of 47.7%). There was a predominance of intermediate social classes. Everyone reported having access to toothbrush and toothpaste at home. About 90% also had dental floss. The majority (59.7%) revealed three daily brushings and flossing once per day (41.9%). We verified that 62.9% had visible biofilm and 45.2% tartar. The DMFT ranged from 0 to 10, with an average of 4.26. At age 12, DMFT was 3.46 and at age 17, 5.25. For 50% of the students, the last dental appointment had been performed in the Public Health System. The majority learned how to brush through their parents (82.3%). We observed that 64.6% were satisfied with their smile. About 18% reported presence of pain or discomfort in the oral cavity. There was a need to provide habits of dental hygiene and oral health conditions of schoolchildren. It is instigated that one maximizes oral health promotion actions among schoolchildren, in order to foster lifestyles compatible with oral health.

Keywords: Oral health. Dental cavity. Schoolchildren. Prevention. Access to dental services.

- 1- Cirurgião-dentista (FASURGS, 2015)
- 2- Cirurgião-dentista (UFMS, 2002); Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 2005); Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 2012).
- 3- Cirurgiã-dentista (UPF, 2002); Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva (UFSC, 2005); Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva (UFSC, 2010).

Introdução

O Brasil é reconhecidamente um país de grandes desigualdades sociais, as quais repercutem negativamente no acesso, na obtenção de cuidados e nos conhecimentos em saúde bucal (BARROS; BERTOLDI, 2002; DAVOGLIO et al., 2009).

Embora o processo saúde-doença bucal seja multideterminado, o biofilme é considerado fator etiológico para o desenvolvimento das principais doenças bucais. Por isso, sua remoção regular é necessária para a prevenção da cárie, da gengivite e da periodontite (CASAIS et al., 2013; PERES et al., 2003; PEDRAZZI et al., 2009).

A cárie dentária, especificamente, resulta da interação entre a colonização de microorganismos cariogênicos, higiene bucal deficiente, exposição a açúcares livres, limitado acesso ao flúor e condições socioeconômicas desfavoráveis (BIRAL et al., 2013; CARVALHO et al., 2009; FREIRE, 2000; LIMA, 2007).

Tendo em vista seus impactos para a qualidade de vida, a cárie dentária é considerada importante problema de saúde pública e ainda afeta grande parcela da população brasileira (FELDENS et al., 2010; DOURADO et al., 2017; FREIRE et al., 2014; MEYER; SAINTRAIN, 2013). Ainda que o último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país (SB Brasil 2010) tenha apontado melhorias no Índice CPO-D aos 12 anos, observa-se que maior número de dentes são acometidos pela doença com o aumento da idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A associação entre condições socioeconômicas e a experiência de cárie em crianças com idade escolar tem sido relatada em estudos brasileiros (DAVOGLIO et al., 2009; FREIRE et al., 2014; NUNES; PEROSA, 2017), evidenciando que muitas chegam à adolescência com perdas dentárias e dentes mal posicionados, os quais impactam no seu convívio social (ELIAS et al., 2001).

Nesse sentido, ressalta-se que a adolescência é considerada um período de risco para doenças bucais, pois muitas vezes os adolescentes não aceitam a supervisão dos pais ou responsáveis nos cuidados com a saúde (DAVOGLIO et al., 2009). Ademais, considerando a relevância das condições de vida no processo saúde-doença bucal, é preciso observar condições socioeconômicas dos pais, fatores grupais da família e os próprios estilos de vida dos adolescentes (VETTORE et al., 2012).

Tais aspectos sinalizam para a importância de se conhecer as especificidades e características de vida de crianças e adolescentes em fase escolar, pois através de diagnósticos da situação de saúde bucal é possível propor medidas de educação em saúde e prevenção das principais doenças bucais, agindo em favor de um futuro mais saudável (FREDDO et al., 2008).

Tendo em vista que as vivências de crianças e adolescentes são fundamentais para a formação de comportamentos ligados à saúde bucal (DAVOGLIO et al., 2009), este estudo teve como objetivo descrever hábitos de higiene bucal, condições de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos em escolares do município de Bozano/RS.

Materiais e métodos

Tratou-se de estudo populacional descritivo transversal, realizado em Bozano/RS, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Esse município foi escolhido por ser de pequeno porte (2.233 hab.) (IBGE, 2016), estar fora da abrangência de centros formadores em Odontologia e por não dispor de informações sobre condições de saúde bucal de escolares.

Todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução CNS N°. 466/2012. A pesquisa foi aprovada em 2015 no Comitê de Ética da Universidade de Cruz Alta/RS, através do N° de CAAE 45461315.1.0000.5322.

O projeto de pesquisa foi apresentado nas duas únicas escolas públicas do município (uma estadual e outra municipal), porém a realização da pesquisa foi autorizada apenas em uma das escolas. Dessa forma, foram convidados a participar todos os 130 escolares matriculados nos ensinos fundamental e médio dessa escola, com 12 anos ou mais anos de idade.

Para os indivíduos menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento por parte dos pais ou responsáveis. Estudantes que se recusaram a participar da pesquisa, após explicação e convite em sala de aula, e aqueles não localizados após duas tentativas, foram excluídos. Após a aplicação desses critérios de exclusão, chegou-se a uma amostra final de 62 escolares.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: primeiro, através da aplicação de questionário em sala de aula e, depois, através da realização de exames bucais.

O questionário contemplou questões de múltipla escolha sobre condições socioeconômicas, hábitos de higiene bucal, acesso a serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal. As questões foram adaptadas de outros questionários (ABEP, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; OMS, 1997) e avaliadas por três docentes com experiências na elaboração de questionários para pesquisas no campo da Saúde Bucal Coletiva. Foram realizados os ajustes sugeridos pelos docentes e aplicado o teste do instrumento com cinco escolares que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

O exame das necessidades de saúde bucal foi realizado pelo mesmo pesquisador, previamente treinado através do uso de imagens (in lux). Foram levantadas as seguintes condições bucais, seguindo os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997): a) tipo de dentição (decídua, mista ou permanente); b) CPO-D (somatório do número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)); c) presença/ausência de biofilme visível (em qualquer quantidade e em qualquer dente/segmento dental); d) presença/ausência de sangramento espontâneo visível (em qualquer quantidade e em qualquer dente/segmento dental); e) presença/ausência de cálculo dentário visível (em qualquer quantidade e em qualquer dente/segmento dental); f) presença/ausência de dor ou desconforto na boca e nos dentes.

Todos os exames foram realizados em sala de aula, pela manhã, de modo que os escolares ficassem expostos à luz natural. Um anotador treinado auxiliou no preenchimento das fichas de exame bucal, adaptadas da OMS (1997). O pesquisador utilizou equipamento de proteção individual (EPI) completo (avental de pano, luvas, gorro, óculos de proteção) com auxílio de uma

lanterna e espátulas de madeira. Os resíduos dos exames foram gerenciados segundo as normas de biossegurança.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no Programa Microsoft Excel® (2007) e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva através do Programa BioEstat 5.0®. Como forma de benefício aos participantes da pesquisa, foram realizadas atividades de educação em saúde bucal em grupo e instruções de higiene bucal individualizadas.

Resultados

Sessenta e dois escolares participaram do estudo, obtendo-se uma taxa de resposta final de 47,7%. Houve predomínio de indivíduos sexo feminino (37, 59,7%) e as idades variaram dos 12 aos 17 anos, com média de 14,03 anos.

Em relação ao nível socioeconômico, segundo critérios da Classificação Social do Critério Brasil (ABEP, 2015), verificou-se o seguinte escalonamento: Classe A (7, 11,3%), Classe B1 (5, 8,1%), Classe B2 (20, 32,3%), Classe C1 (19, 30,6%), Classe C2 (7, 11,3%), Classe D-E (4, 6,5%).

Todos os escolares possuíam escova dental própria e creme dental disponíveis no domicílio. Contudo, 90,3% tinham acesso ao fio dental na residência. Sobre os hábitos de higiene bucal, 59,7% referiram realizar três escovações diárias e 17,7% passavam o fio dental três vezes por dia (Tabela 1).

Tabela 1- Disponibilidade de produtos e hábitos de higiene bucal dos escolares no município de Bozano/RS, 2015.

Variável	n	%
Escova dental própria		
Sim	62	100
Não	0	0,0
Creme dental no domicílio		
Sim	62	100
Não	0	0,0
Fio dental no domicílio		
Sim	56	90,3

Não	4	6,4
Não sabe	2	3,2
<hr/>		
Frequência diária de escovação dental		
<hr/>		
Uma	2	3,2
Duas	16	25,8
Três	37	59,7
Quatro	7	11,3
<hr/>		
Frequência diária de uso do fio dental		
<hr/>		
Nenhuma	6	9,7
Uma	26	41,9
Duas	13	21,0
Três	11	17,7
Quatro	3	4,8
Não respondeu	3	4,8
<hr/>		
Total	62	100,0

Fonte: Dos autores, 2019.

Através dos exames bucais realizados, observou-se que 62,9% apresentavam presença de biofilme visível (qualquer quantidade em qualquer dente/segmento) e 45,2% possuía cálculo dentário visível (em qualquer quantidade). Nenhum indivíduo apresentou sangramento gengival espontâneo. O índice CPO-D variou de 0 (8,1%) a 10 (1,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Biofilme, cálculo dentário, sangramento e valores do CPO-D nos escolares (n = 62), município de Bozano/RS, 2015.

Variável	n	%
<hr/>		
Presença de biofilme visível		
<hr/>		
Sim	39	62,9

Não	23	37,1
<hr/>		
Presença de cálculo dentário visível		
<hr/>		
Sim	28	45,2
Não	34	54,8
<hr/>		
Presença de sangramento gengival espontâneo		
<hr/>		
Sim	0	0,0
Não	62	100
<hr/>		
Valor do CPO-D		
<hr/>		
0,0	5	8,1
1,0	3	4,8
2,0	3	4,8
3,0	10	16,1
4,0	12	19,4
5,0	15	24,2
6,0	7	11,3
7,0	2	3,3
8,0	3	4,8
9,0	1	1,6
10,0	1	1,6
<hr/>		
Total	62	100

Fonte: Dos autores, 2019.

Parcela considerável apresentava pelo menos um dente com lesão cariada (74,2%) e o número de dentes cariados variou de zero (25,8%) a seis (1,6%). Constatou-se, ainda, que 9,7% dos escolares já havia perdido dentes em função de cárie dentária. O número de dentes restaurados variou de um (12,9%) até cinco (4,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número de dentes cariados, perdidos e restaurados por escolar (n = 62), município de Bozano/RS, 2015.

Número de dentes	Cariados		Perdidos		Obturados	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	16	25,8	56	90,3	9	14,5
Um	11	17,7	5	8,1	8	12,9
Dois	13	21,0	1	1,6	18	29,0
Três	11	17,7	0	0,0	18	29,0
Quatro	6	9,7	0	0,0	6	9,7
Cinco	4	6,5	0	0,0	3	4,8
Seis	1	1,6	0	0,0	0	0,0
Totais	62	100,0	62	100,0	62	100,0

Fonte: Dos autores, 2019.

Quanto à distribuição do índice CPO-D por idade, houve concentração entre valores de entre 3,0 e 5,0 (juntos, 59,7%). O CPO-D médio dos escolares foi de 4,26, sendo o menor valor encontrado aos 13 anos (CPO-D = 3,38) e o maior aos 17 anos (CPO-D = 5,25). O valor do CPO-D aos 12 anos foi de 3,46 (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição do CPO-D por idade dos escolares (n = 62), município de Bozano/RS, 2015.

Idade	C	P	O	Total	n	CPO-D
12 anos	17	1	27	45	13	3,46
13 anos	12	0	15	27	8	3,38
14 anos	34	2	36	72	17	4,23
15 anos	23	0	25	48	10	4,50
16 anos	24	1	26	51	10	5,10
17 anos	10	3	8	21	4	5,25

Totais	120	7	137	264	62	4,26
---------------	-----	---	-----	-----	----	-------------

Fonte: Dos autores, 2019.

Em relação ao acesso dos escolares aos serviços odontológicos, observou-se que os principais responsáveis por ensinar a escovar os dentes foram os próprios pais (82,3%). A metade dos escolares (50,0%) informou que sua última consulta odontológica foi realizada no serviço público de saúde (SUS). Quanto à autopercepção de saúde bucal, 17,7% relataram presença de dor ou desconforto na boca, 56,5% avaliaram seu sorriso como bonito e 25,8% gostariam de mudar a cor de seus dentes (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização do acesso dos escolares aos serviços odontológicos (n = 62), município de Bozano/RS, 2015.

Variável	n	%
Responsável por ensinar a escovar os dentes		
Ninguém	4	6,5
Pai/mãe/responsável	51	82,3
Professora da escola	2	3,2
Cirurgião-dentista	5	8,1
Local da última consulta odontológica		
Serviço público	31	50,0
Serviço particular	24	38,7
Plano de saúde/convênio	2	3,2
Não sabe	5	8,1
Presença de dor ou desconforto na cavidade bucal		
Sim	11	17,7
Não	49	79,1
Não respondeu	2	3,2
Avaliação do sorriso		

Muito feio	2	3,2
Feio	0	0,0
Nem feio, nem bonito	19	30,6
Bonito	35	56,5
Muito bonito	5	8,1
Não respondeu	1	1,6
<hr/>		
O que mudaria no sorriso		
<hr/>		
Não mudaria	18	29,0
Cor dos dentes	16	25,8
Forma dos dentes	4	6,4
Tamanho dos dentes	7	11,3
Posição dos dentes	13	21,2
Não respondeu	4	6,4
<hr/>		
Total	62	100,0

Fonte: Dos autores, 2019.

Discussão

O município de Bozano/RS, segundo informações do último censo populacional, possuía apenas 290 adolescentes com idades entre 10 a 19 anos (IBGE, 2016). O planejamento inicial desse estudo visava incluir todos os 272 estudantes matriculados nos ensinos fundamental e médio das duas únicas escolas públicas da localidade. Contudo, apenas uma escola autorizou a realização da pesquisa, o que reduziu a população elegível para 130 estudantes. E, após duas tentativas para convite, 62 estudantes consentiram sua participação (47,7%).

Acredita-se que fatores ligados à idade e à cultura local tenham sido os principais motivos para a recusa em participar, uma vez que a pesquisa foi incentivada pela direção da escola e os pais consentiram a participação de seus filhos. Nesse sentido, comprovaram-se os enunciados apresentados por Freddo et al. (2008) ao identificar que os adolescentes tendem à independência dos pais e, muitas vezes, entram em conflito com padrões e normas sociais.

De acordo com Rigo, Abegg e Bassani (2010), crianças residentes nos municípios de menor porte demográfico apresentam quase três vezes mais chances de ter cárie dentária. Por isso, mesmo diante de dificuldades operacionais, reforça-se a importância de serem realizadas

investigações sobre as condições e os determinantes de saúde bucal em localidades interioranas do país.

Dos participantes, 40,4% enquadravam-se como classe social B e 41,8% como classe C, segundo critérios da ABEP (2015). Apenas 11,3% na classe A e outros 6,5% na classe E, demonstrando predomínio de classes sociais intermediárias. O cirurgião-dentista deve estar atento às condições sociais da comunidade em que atua, uma vez que elas interferem tanto no acesso a produtos de higiene bucal quanto aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002; FREIRE et al., 2014).

Ademais, é importante que o cirurgião-dentista observe as condições sociais de públicos específicos, a exemplo dos escolares, pois elas influenciam nos cuidados bucais realizados pelo próprio indivíduo, fato identificado nesse estudo e corroborado por outras investigações (ARDENGI; PIOVESAN; ANTUNES, 2014; SOUSA et al., 2013).

Embora não tenha sido objeto dessa pesquisa, verificou-se que os escolares com piores condições socioeconômicas apresentavam piores indicadores de saúde bucal, evidenciando que determinantes sociais são relevantes para explicar e compreender a saúde bucal de crianças e adolescentes, aspecto ressaltado em outras publicações (NUNES; PEROSA, 2017).

Constatou-se, nesse estudo, que todos os escolares dispunham de escova dental própria e creme dental e que 90,3% possuíam fio dental. Sabe-se que esses produtos são importantes para a remoção mecânica do biofilme dental, pois quando manuseados adequadamente contribuem para a prevenção das principais doenças bucais (CASAI et al., 2013; PEDRAZZI et al., 2009).

Através dos exames bucais realizados nessa investigação, identificou-se considerável presença de biofilme (62,9%) e cálculo dentário visíveis (45,2%). Esses achados clínicos são discordantes em relação às práticas de higiene bucal que os escolares referiram executar, uma vez que 59,7% informaram realizar três escovações diárias, 11,3% quatro escovações diárias e 25,8% duas. Ainda, que 85,4% dos escolares referiram fazer uso do fio dental ao menos uma vez ao dia.

Nesse sentido, é importante pontuar que a presença do pesquisador no momento da aplicação do questionário em sala pode ter influenciado os escolares a sobrevalorizarem as respostas sobre escovação e uso do fio dental. Além disso, é preciso atentar para o fato que o número de escovações não significa, necessariamente, a qualidade dos procedimentos realizados. Destreza manual, tempo dedicado e técnica são relevantes para remover adequadamente o biofilme e demandam treinamentos e orientações prévias, atentando para o papel dos cirurgiões-dentistas nas atividades de educação em saúde bucal com adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Especificamente em relação aos efeitos dos diferentes métodos de higiene bucal, é necessário salientar, também, que o uso do fio dental na prevenção da cárie dental tem sido questionado na literatura científica. Resultados recentes de revisão sistemática ressaltam que o fio dental associado à escovação dental pode reduzir gengivite a curto/médio prazo e que a utilização da escova interdental pode ser mais eficaz do que o fio dental sobre o biofilme. Além disso, que o uso associado de escovação dentária com fio ou com escova interdental (ou ambos) apresenta melhores resultados do que a escovação isoladamente (WORTHINGTON et al., 2019). Assim, tais aspectos sugerem a relevância da combinação de métodos para garantir a desorganização regular do biofilme dental.

Por conseguinte, salienta-se que a limpeza dos dentes realizada pelo paciente é fundamental para a manutenção da sua saúde oral (PINTO, 2008), uma vez que 85% dos cuidados com a saúde bucal podem ser realizados pelo próprio indivíduo (BUISCHI; AXELSSON, 2003). Considerando os pressupostos da literatura e os achados dessa pesquisa, defende-se que o espaço da escola seja utilizado, também, para fomentar práticas de autocuidado de saúde bucal com os escolares.

A cárie dentária, enquanto doença multifatorial de elevada prevalência (BIRAL et al., 2013; LIMA, 2007; PERES et al., 2003) relaciona-se com diferentes fatores, dentre os quais estão microbiota, dieta, saliva, presença de flúor, questões socioculturais (BALDANI; GLÓRIA; VASCONCELOS, 2004; BIRAL et al., 2013; LIMA, 2007; NUNES; PEROSA, 2017) e está associada a repercussões indesejáveis como dor, dificuldades mastigatórias, problemas de fala e problemas psicológicos (FELDENS et al., 2010).

Apesar dos grandes avanços nas últimas décadas, a cárie dentária ainda continua sendo um desafio para os cirurgiões-dentistas, pois muitas crianças chegam à adolescência com elevada prevalência de problemas bucais, incluindo os dentes cariados, perdidos ou restaurados (DOURADO et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2011). Tal fato deve ser especialmente considerado no ambiente escolar, pois além dos aspectos funcionais envolvidos, essa doença interfere negativamente no bem-estar e na autoestima, dificultando o convívio social (ELIAS et al., 2001).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2006) propõe que os serviços de saúde construam linhas de cuidado à saúde bucal do adolescente, com a garantia de visitas periódicas ao cirurgião-dentista, promoção da alimentação saudável, reforço da higiene bucal e prevenção do uso de álcool, tabaco e drogas. No processo de organização da atenção em saúde bucal, a educação assume papel importante na obtenção de bons níveis de higiene bucal, favorecendo o desenvolvimento de consciência crítica sobre riscos e possibilidades de melhoria das condições da boca (PIVOTTO et al., 2013).

De acordo com os mais recentes levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal, os Projetos SB Brasil 2003 e 2010, houve melhorias nas condições de saúde bucal relacionadas à cárie dentária aos 12 anos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2011). Em 2003, o índice CPO-D aos 12 anos de idade foi de 2,8 e em 2010, de 2,1, o que representou uma redução de 25% no período. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, o CPO-D reduziu de 6,2 (2003) para 4,2 (2010). Contudo, a análise dos dados do SB Brasil 2010 permite afirmar que o CPO-D dobrou dos 12 para os 15-19 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Tendo como parâmetro de análise os dados nacionais de cárie dentária, mesmo com diferenças amostrais e metodológicas em função do delineamento desta pesquisa, identificou-se que o CPO-D encontrado aos 12 anos foi 3,46, superior à média nacional tanto no levantamento epidemiológico de 2003 (2,8) quanto no de 2010 (2,1) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2011), porém inferior ao encontrado em estudo com escolares de 12 anos da região Norte do Rio Grande do Sul (3,66) (RIGO; ABEGG; BASSANI, 2010).

Quando se analisam os dados aos 17 anos, a maior idade mensurada nesta pesquisa, observa-se que o valor de CPO-D (5,25) foi superior ao encontrado para a faixa dos 15-19 anos no levantamento nacional de 2010 (4,2). Entretanto, os achados desse estudo apresentam limitações

para comparação, em função da amostra obtida em cada idade e da forma de mensuração do CPO-D utilizada. Por isso, entende-se que pesquisas com maior número de participantes serão necessárias para a padronização de parâmetros.

Observou-se, também, que o componente restaurado (O) do índice CPO-D foi superior aos componentes cariado (C) e perdido por cárie (P). Embora essa distribuição dos componentes do índice seja ilustrativa sobre a realização de tratamentos restauradores no município, ainda existiam importantes necessidades acumuladas por atendimento odontológico dentre os escolares dessa pesquisa.

Identificou-se ainda que, em linhas gerais, o índice CPO-D dos escolares desse estudo aumentou em função da idade, corroborando com os resultados das últimas pesquisas de abrangência nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2011) e com outras realizadas em âmbito local (DOURADO et al., 2017). Com base no levantamento realizado, ressalta-se que, além de tratar, é preciso prevenir as doenças bucais, uma vez que novas lesões podem surgir junto às restaurações já realizadas, caso as medidas preventivas coletivas e as de autocuidado pessoal falhem.

Os resultados encontrados nesse estudo demonstram que a maior parte dos estudantes aprendeu a escovar os dentes com o pai, mãe ou responsável. Observou-se, portanto, grande importância dos pais no ensino de hábitos de higiene bucal. Estes dados confirmam a ideia que a atitude da população acerca de sua saúde, em particular a saúde bucal, é construída através de vivências (DAVOGLIO et al., 2009). É preciso, entretanto, fortalecer hábitos saudáveis entre os escolares e seus próprios pais por meio da atuação dos professores.

Todos os escolares pesquisados já tinham ido alguma vez ao consultório odontológico, especialmente no serviço público. Observou-se, assim, importante papel dos atendimentos odontológicos oferecidos pelo SUS. Este resultado vem ao encontro dos achados de Peres et al. (2003), os quais relataram que os elevados custos de tratamentos em consultórios particulares e a possibilidade de utilização de medidas preventivas acabam por influenciar a busca por atendimento no SUS.

Observou-se que 32,8% dos estudantes avaliaram de forma regular ou ruim seu sorriso e que 17,7% referiram presença de dor ou desconforto na cavidade bucal, demonstrando que as sequelas de doenças bucais ainda demandavam por atenção. Em se tratando de adolescentes, é preciso ter em mente que a preocupação com a própria aparência e a autoafirmação são fatores envolvidos na busca por atendimento odontológico (FREDDO et al., 2008). Em função disso, é necessário atuar em medidas de prevenção das doenças bucais e de promoção da saúde ao longo das diversas fases da vida (FREDDO et al., 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), tendo em vista que comportamentos e hábitos de saúde refletem, também, o estilo de vida social (DAVOGLIO et al., 2009).

Este estudo apresenta como principais limitações o tamanho da amostra e o fato de não ter abordado variáveis relativas à dieta dos escolares, especialmente no tocante ao consumo de açúcares, fatores esses que impossibilitam comparações com dados provenientes de levantamentos de base nacional e com achados de outras publicações científicas.

Destaca-se que essa foi a primeira pesquisa a tratar da temática da saúde bucal no pequeno município de Bozano/RS. Constatou-se que, por ocasião da coleta dos dados, não existia

fluoretação das águas de abastecimento público (o fornecimento de água acontecia através de poços artesianos), fato este que merece atenção das autoridades locais. Entretanto, como aspecto positivo, foi levantado que o município possuía três cirurgiões-dentistas no SUS (juntos, 80 horas/semana), o que possibilitava a realização tanto de atendimentos odontológicos na Unidade Básica de Saúde quanto de ações de promoção de saúde bucal nas escolas.

Conclusões

Praticamente todos os escolares dessa pesquisa possuíam produtos para a higiene bucal e relataram adequados hábitos de higiene bucal em relação ao número de escovações diárias e ao uso do fio dental. O aspecto mais frágil observado nesse sentido foi em relação ao uso do fio dental. Foram identificadas diferenças entre o dizer e o fazer dos escolares sobre seus hábitos de higiene bucal, uma vez que através dos exames bucais se constataram consideráveis presenças de biofilme e de cálculo dentário.

O índice CPO-D aumentou com a idade e apresentou valores médios superiores aos relatados nos últimos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no país. Houve elevada participação do componente cariado (C) no índice de ataque à cárie dentária, ilustrando falhas em medidas de prevenção e controle dessa doença.

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, identificou-se importante participação do SUS nas últimas consultas e dos pais no ensino da escovação. Parcela considerável dos escolares relatou dor ou desconforto na cavidade bucal, estando em consonância com as autopercepções do sorriso realizadas.

Por fim, dadas as disparidades sociais, econômicas e culturais no território nacional, esse estudo sinaliza para a importância de se conhecer a situação de saúde bucal de municípios de pequeno porte do país, bem como instiga o fortalecimento das ações de promoção de saúde bucal em escolares, de modo a fomentar estilos de vida compatíveis com a saúde.

Referências

- ARDENGI, T. M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, Sup. 3, p. 129–137, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. São Paulo/SP: ABEP, 2015.
- BALDANI, H.; GLÓRIA, A.; VASCONCELOS, G. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 143–152, 2004.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien. Saúde Colet.*, v. 7, n. 4, p. 709–717, 2002.
- BIRAL, A. M. et al. Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. *Rev. Nutr.*, v. 26, n. 1, p. 37–48, 2013.
- BUISCHI, Y. DE P.; AXELSSON, P. Controle mecânico do biofilme dental realizado pelo paciente. In: *Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 113–128.
- CASAI, P. M. M. et al. Placa bacteriana dental como um biofilme. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia*, v. 43, n. 1, p. 61–66, 2013.
- DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 655–667, 2009.
- CARVALHO, M. F. et al. Correlação entre a merenda escolar, obesidade e cariogenicidade em escolares. *Rev. Odonto*, v. 17, n. 34, p. 56–63, 2009.
- SOUSA, M. DA L. R. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. supl.3, p. 50–58, 2013.
- DOURADO, M. DA R. et al. Prevalência de cárie em escolares da zona rural de Indaiabira, Minas Gerais, Brasil. *Rev. de APS*, v. 20, n. 1, p. 89–97, 2017.
- ELIAS, M. S. et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 88–95, 2001.
- FELDENS, C. A. et al. Práticas Alimentares Cariogênicas e Fatores Associados em Crianças do Sul do Brasil. *Pesq. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.*, v. 10, n. 2, p. 201–207, 2010.
- FREDDO, S. L. et al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 1991–2000, 2008.
- FREIRE, M. C. M. Dieta, Saúde Bucal e Saúde Geral. In: BUISCHI, Y. P. (Ed.). *Promoção Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas-EAP-APCD, 2000. p. 248-278.
- FREIRE, M. C. M. et al. Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, Sup. 3, p. 40–49, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Bozano/RS. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4302584>>. Acesso em: 29 dez. 2016.
- LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. *Rev. Dent. Press Ortod. e Ortop. Facial*, v. 12, n. 6, p. 119-130, 2007.
- MEYER, A. P. G. F. V.; SAINTRAIN, M. V. DE L. Reflexões sobre a saúde bucal no Brasil Editorial. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, v. 26, n. 4, p. 451-452, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, S.A.S. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, S.A.S. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, S.A.S. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- NUNES, V. H.; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 191–200, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal - Manual de instruções. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1997.
- PEDRAZZI, V. et al. Métodos mecânicos para o controle do biofilme dentário supragengival. *Rev. Periodontia*, v. 19, n. 3, p. 26–33, 2009.
- PERES, M. A. et al. Effects of Social and biological factors on dental caries in 6-years-old children: a cross sectional study nested in a birth cohort in Southern Brazil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 6, p. 293–306, 2003.
- PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2008.
- PIVOTTO, A. et al. Hábitos de higiene bucal e índice de higiene oral de escolares do ensino público. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v. 26, n. 4, p. 455–461, 2013.
- RIGO, L.; ABEGG, C.; BASSANI, D. G. Cárie dentária em escolares residentes em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, com e sem fluoretação nas águas. *RSBO*, v. 7, n. 1, p. 57–65, 2010.
- VETTORE, M. V. et al. Condição socioeconômica, escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cad. Saúde Pública*, v. 28, p. 101–113, 2012.
- WORTHINGTON, H.V. et al. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4, n°. CD012018, 2019.