

Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil

Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil

Silvia Letícia Freddo ¹
Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts ¹
Claídes Abegg ²
Rosane Davoglio ¹
Patrícia Conzatti Vieira ¹
Lisiane Monteiro ³

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Educação de Gravataí, Gravataí, Brasil.

Correspondência

S. L. Freddo
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.

Rua Amélia Teles 167, apto. 401, Porto Alegre, RS 90460-070, Brasil.
freddente@ig.com.br

Abstract

This study evaluated oral hygiene habits and use of dental services among teenage students, and analyzed their association with sociodemographic factors and life styles. This cross-sectional study included a representative sample of 1,170 seventh-graders from municipal public schools of Gravataí, Rio Grande do Sul State, Brazil. The Cox regression model for univariate analysis, modified for cross-sectional studies, was used to analyze the association between variables. Of the adolescents included in the study, 77.8% brushed their teeth three or more times a day, 31.9% flossed daily, 68.9% visited the dentist regularly, and 50% visited the dentist for dental treatment. Tooth brushing was more frequent among female adolescents. Lower socioeconomic status was associated with a lower frequency of daily flossing, fewer annual dental visits, and a greater prevalence of dental treatment visits. Similar results were found for adolescents with a sedentary lifestyle or that had tried smoking. The consumption of candy was associated with lower frequency of annual dental visits, and the consumption of soft drinks, with greater frequency of treatment visits. A healthy life style was associated with better oral hygiene habits and more frequent dental visits.

Oral Hygiene; Dental Health Services; Adolescents

Introdução

A adolescência é um período da vida importante para a formação do indivíduo e é nesta etapa que sua saúde geral encontra-se na melhor fase ^{1,2}. Estudos têm demonstrado que hábitos de vida pouco saudáveis, durante a adolescência, constituem-se em fatores de risco para doenças, principalmente na vida adulta ³. Esse também é um período de risco para a saúde bucal, pois as medidas adequadas de higiene podem entrar em conflito com o estilo de vida, já que nessa fase os adolescentes não mais aceitam a supervisão dos adultos. Em função disso, é necessário o desenvolvimento de medidas de educação em saúde na escola, por meio de programas que sejam capazes de atender às necessidades e às características próprias dos adolescentes ^{4,5,6,7}.

Durante muito tempo, a cavidade bucal foi vista como uma estrutura anatômica isolada do resto do corpo. No entanto, ela está intimamente ligada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar impacto positivo ou negativo sobre a saúde geral ⁸. As práticas de higiene bucal, como a escovação dentária e o uso do fio dental, e o controle da dieta desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais ⁹. Em relação à frequência diária de escovação dos dentes não existe consenso na literatura. Alguns autores recomendam uma frequência de duas vezes ao dia ^{10,11}, enquanto outros recomendam escovar três vezes ao dia

e utilizar, diariamente, o fio dental ^{12,13,14}, pois este é um instrumento eficaz para remoção da placa bacteriana interproximal e preservação da integridade periodontal ¹⁵.

Segundo alguns autores, a visita ao dentista deveria ser realizada uma vez ao ano para a manutenção de uma boa saúde bucal ^{11,16}, sendo que o uso de serviços odontológicos, usualmente, é explicado por fatores epidemiológicos e sócio-demográficos, como raça ^{17,18} e condição social ¹⁹. Isso é, a utilização de serviços preventivos associa-se de forma positiva com a situação sócio-econômica, sendo que a falta de recursos financeiros é uma das mais importantes barreiras ao uso de serviços de saúde ²⁰.

Alguns autores argumentam que existe relação direta entre estilo de vida e hábitos de saúde bucal. Isso assume cada vez mais importância, pois, entre os jovens, os hábitos de risco à saúde bucal, como tabagismo, consumo de álcool e alimentação com produtos refinados e açucarados, são mais frequentes ^{21,22,23,24,25,26,27,28}.

Nesse contexto, o propósito principal do estudo foi investigar os hábitos de higiene bucal e a utilização de serviços odontológicos e sua associação com variáveis sócio-demográficas e relacionadas ao estilo de vida de escolares da rede pública municipal de Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil.

Materiais e métodos

O delineamento utilizado foi de estudo transversal, tendo como população alvo os 2.282 alunos matriculados nas sétimas séries das escolas públicas municipais de Ensino Fundamental de Gravataí, em março de 2005. Essa série foi escolhida em função do Ministério da Saúde tê-lo eleito como grupo prioritário para a realização de ações de vigilância da saúde ²⁹.

O Município de Gravataí conta com uma população de 270.763 habitantes, sendo 91,2% urbanos, e possui forte vocação industrial, com destaque ao pólo automotivo, setores do comércio e de serviços. A rede pública municipal de ensino é composta por 66 escolas que atendem cerca de 23 mil alunos, sendo a segunda maior do estado. São 52 escolas na zona urbana e 14 na zona rural, todas diurnas (Prefeitura Municipal de Gravataí. <http://www.gravat.ai.rs.gov.br>, acessado em 07/Jul/2007).

Para o cálculo da amostra, utilizou-se como parâmetros: nível de significância de 0,05, prevalência estimada de 50% para os desfechos de interesse e erro máximo tolerado de $\pm 3\%$, produzindo uma amostra com 728 sujeitos. Com o objetivo de evitar um possível viés de deli-

neamento, uma vez que foi utilizado um processo de amostragem que considerou a turma sorteada como conglomerado, foi utilizado um efeito de delineamento de 1,5 (364 sujeitos) e incluídos mais alunos, buscando compensar uma perda estimada em 20% (220 alunos). Assim, a amostra final foi calculada em 1.312 escolares de sétima série. Como essa representava cerca da metade do total de alunos, optou-se por sortear metade mais uma das turmas existentes em cada uma das 15 regiões administrativas de Gravataí, garantindo a proporcionalidade de alunos em cada região. Com isso, o número de sujeitos selecionados foi de 1.366. As perdas ocorridas foram de 196 escolares (14,3%), providas de: transferência escolar (105), não autorização pelos pais ou responsáveis (30), recusas de alunos (31), expulsão (1), evasão (12), infreqüência (17), resultando uma amostra final de 1.170 escolares, provenientes de áreas urbanas e rurais.

Os dados foram coletados por profissionais e acadêmicos do setor saúde, previamente capacitados, utilizando dois questionários estruturados auto-aplicáveis e uma ficha coletiva. O primeiro questionário, desenvolvido para fins desta pesquisa, forneceu dados referentes ao estilo de vida sedentário; consumo de balas, refrigerantes e chocolates; sexo e inserção sócio-econômica. Para a caracterização da inserção sócio-econômica foi utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf, acessado em 10/Mar/2005). O segundo, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ³⁰ para investigação da saúde do escolar, forneceu dados sobre o uso na vida (experiência) de tabaco e álcool. As questões sobre saúde bucal, incluídas nesse instrumento, foram adaptadas de outros estudos sobre o tema ^{31,32}. A ficha coletiva permitia o registro de cada aluno da turma, constando dados referentes à data de nascimento, cor da pele auto-referida e outros dados utilizados com fins administrativos para o controle do estudo.

Os desfechos de saúde bucal investigados na análise descritiva foram: freqüência diária de escovação dentária (uma, duas, três ou mais vezes); uso diário de fio dental (sim, não e às vezes); freqüência de utilização de serviços odontológicos (seis em seis meses, anual, dois em dois anos, somente quando há dor e não utiliza); e motivo da utilização do serviço (tratamento curativo, tratamento preventivo e não utiliza). Para fins das análises univariadas, foram considerados como desfechos: (1) freqüência não adequada de escovação dentária, quando inferior a três vezes ao dia (sim/não) ^{12,13,14}; (2) uso não adequado de fio dental, quando não utili-

zado diariamente (sim/não) ^{33,34}. Nessa última variável, as categorias “não” e “às vezes” foram agrupadas, em função de não se caracterizarem como uso diário; (3) frequência não adequada de utilização de serviços odontológicos, quando superior a uma vez ao ano (sim/não) ¹⁶; e (4) motivo da utilização do serviço para tratamento curativo (sim/não).

Neste estudo, considerou-se como adequada uma frequência de escovação dentária de, no mínimo, três vezes ao dia, por se tratar de uma população de adolescentes, faixa etária em maior vulnerabilidade para doenças da cavidade bucal ⁴, na qual as medidas de auto cuidado e os comportamentos protetores são mais negligenciados.

As variáveis indicadoras da dimensão demográfica e sócio-econômica foram: sexo, cor da pele auto-referida (branca e não-branca) e inserção sócio-econômica. Não houve nenhum escolar pertencente à categoria A e os das categorias D e E foram agrupados, em função do pequeno número de jovens (6 casos) classificados na categoria E. Assim, a classificação sócio-econômica foi formada pelas categorias B, C e D+E.

As indicadoras do estilo de vida do escolar foram: sedentarismo (sim e não); uso na vida de álcool e tabaco (sim e não); consumo de balas, refrigerantes e chocolates (sim e não). Foi considerado como tendo estilo de vida sedentário um jovem que tenha referido a prática de esportes ou exercício físico com frequência inferior a uma vez na semana e que não se deslocava para a escola a pé ou de bicicleta.

Para medir a associação entre os desfechos e os fatores em estudo, foi utilizada a regressão de Cox univariada, modificada para estudos transversais ³⁵, considerando o tempo como uma constante. Para tanto, foi utilizado o programa Stata versão 6.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Com isso, foi possível o cálculo das razões de prevalência (prevalência entre expostos/prevalência entre não-expostos), intervalos de confiança, sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Antes do início da pesquisa, fez-se necessário um contato com os responsáveis pelas escolas, para explicar os objetivos da mesma e a forma como esta seria conduzida. Em reunião com os pais ou responsáveis pelos alunos foi obtido o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Esta pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado *A Saúde do Escolar da Rede Pública Municipal de Gravataí-RS*, que foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA – 2004-375H).

Resultados

Dos escolares investigados, 556 (47,5%) eram do sexo masculino; 615 (52,6%) se auto-referiram como tendo a cor da pele branca; 226 (19,3%) pertenciam à categoria sócio-econômica mais baixa (D+E); 688 (58,8%) à C; 256 (21,9%) à B, sendo que nenhum escolar foi classificado na categoria A. A média de idade foi de 14 anos (DP = 1,13 anos).

Considerou-se que a maioria dos escolares apresentava uma frequência de escovação adequada, pois 77,8% escovavam os dentes três ou mais vezes ao dia. Todavia, apenas 31,9% faziam uso diário de fio dental. Quanto à frequência de utilização de serviços odontológicos, 68,9% visitaram o dentista pelo menos uma vez ao ano e 41,1% buscaram atendimento para tratamento curativo, como dor de dente, acidente, traumatismo bucal, cárie, sangramento gengival, refazer tratamento e 8,9% não consultaram (Tabela 1).

Em relação à frequência de escovação dentária, entre todas as variáveis estudadas, somente o sexo associou-se de forma significati-

Tabela 1

Distribuição dos escolares segundo hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos. Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

Variáveis	n	%
<p>Frequência diária de escovação</p> <p>≤ 1 vez</p> <p>2 vezes</p> <p>≥ 3 vezes</p>	<p>45</p> <p>214</p> <p>911</p>	<p>3,8</p> <p>18,3</p> <p>77,9</p>
<p>Uso diário de fio dental</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>As vezes</p>	<p>373</p> <p>391</p> <p>406</p>	<p>31,9</p> <p>33,4</p> <p>34,7</p>
<p>Frequência de utilização de serviços</p> <p>6 em 6 meses</p> <p>1 vez ao ano</p> <p>2 em 2 anos</p> <p>Somente quando há dor</p> <p>Não utiliza</p>	<p>547</p> <p>259</p> <p>27</p> <p>159</p> <p>178</p>	<p>46,8</p> <p>22,1</p> <p>2,3</p> <p>13,6</p> <p>15,2</p>
<p>Tipo de serviço utilizado</p> <p>Não privado</p> <p>Privado</p> <p>Não utiliza</p>	<p>787</p> <p>261</p> <p>122</p>	<p>67,3</p> <p>22,3</p> <p>10,4</p>
<p>Motivo da utilização do serviço</p> <p>Curativo</p> <p>Preventivo</p> <p>Não utiliza</p>	<p>586</p> <p>480</p> <p>104</p>	<p>50,0</p> <p>41,1</p> <p>8,9</p>
Total	1.170	100,0

va, mostrando que os meninos têm 80% mais frequência não adequada do que as meninas. Apesar desse desfecho ser mais freqüente entre escolares de cor da pele branca, pertencentes à inserção sócio-econômica mais baixa (D+E), os sedentários, que já experimentaram bebidas alcoólicas e não consumidores de refrigerantes ou chocolates, estas diferenças não foram significativas. Da mesma forma, não se evidenciou associação entre a freqüência de escovação e o consumo de balas (Tabela 2).

O uso não adequado de fio dental foi 19% maior entre os adolescentes da categoria sócio-econômica D+E, 23% maior entre os sedentários e 10% maior entre os que já experimentaram cigarro. Por outro lado, os jovens consumidores de chocolates tiveram menor freqüência (10%) de uso não adequado de fio dental. Isso

é, o consumo de chocolates esteve associado a uma maior prevalência desse hábito. As demais variáveis não se associaram a esse desfecho (Tabela 2).

Quanto à utilização de serviços odontológicos, não houve associação com as variáveis: sexo, cor da pele, uso de álcool e consumo de refrigerantes e chocolates. Os escolares pertencentes às categorias sócio-econômicas D+E e C utilizaram os serviços odontológicos com menor freqüência que os da B, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Entre os adolescentes com estilo de vida sedentário, a freqüência não adequada de utilização foi 70% maior. Da mesma forma, também se encontrou associação entre esse desfecho e o uso de tabaco e consumo de balas. Os adolescentes que experimentaram cigarro e os que consumiam balas

Tabela 2

Fatores associados à freqüência não adequada de escovação e uso não adequado de fio dental. Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

	n	%	Freqüência não adequada de escovação dentária					Uso não adequado de fio dental				
			n	%	RP	IC95%	p	n	%	RP	IC95%	p
Sexo												
Masculino	556	47,5	161	29,0	1,80	1,44-2,24	0,000	389	70,0	1,05	0,97-1,14	0,197
Feminino	614	52,5	99	16,1	1,00	-	-	408	66,4	1,00	-	-
Cor da pele												
Branca	615	52,6	143	23,3	1,00	-	-	413	67,1	1,00	-	-
Não-branca	555	47,4	117	21,1	0,90	0,73-1,12	0,373	384	69,2	1,03	0,95-1,11	0,455
Classificação sócio-econômica												
B	256	21,9	57	22,3	1,00	-	-	162	63,2	1,00	-	-
C	688	58,8	147	21,4	0,96	0,73-1,26	0,765	465	67,6	1,06	0,95-1,18	0,237
D+E	226	19,3	56	24,8	1,11	0,81-1,54	0,516	171	75,7	1,19	1,06-1,34	0,003
Sedentarismo												
Não	1.034	88,4	224	21,7	1,00	-	-	687	66,4	1,00	-	-
Sim	135	11,6	36	26,7	1,23	0,91-1,67	0,179	110	81,4	1,23	1,12-1,34	0,000
Uso de álcool												
Sim	710	60,7	162	22,9	1,07	0,86-1,34	0,544	487	69,7	1,05	0,96-1,14	0,235
Não	460	39,3	98	21,3	1,00	-	-	310	65,7	1,00	-	-
Uso de tabaco												
Sim	195	16,7	44	22,6	1,02	0,77-1,35	0,899	144	73,8	1,10	1,01-1,21	0,043
Não	975	83,3	216	22,1	1,00	-	-	653	67,0	1,00	-	-
Consumo de balas												
Sim	825	70,5	78	22,6	0,97	0,77-1,23	0,837	568	68,8	1,04	0,95-1,13	0,416
Não	345	29,5	182	22,7	1,00	-	-	229	66,3	1,00	-	-
Consumo de refrigerantes												
Sim	950	81,2	202	21,2	0,81	0,63-1,04	0,095	641	67,4	0,95	0,86-1,05	0,308
Não	220	18,8	58	26,3	1,00	-	-	156	71,0	1,00	-	-
Consumo de chocolates												
Sim	596	50,9	124	20,8	1,13	0,91-1,41	0,236	387	64,9	0,90	0,84-0,98	0,017
Não	574	49,1	136	23,7	1,00	-	-	410	71,4	1,00	-	-

apresentaram uma frequência não adequada de utilização de serviços odontológicos, cerca de, 30% maior do que seus pares de referência (Tabela 3).

Em relação ao motivo pelo qual os adolescentes procuravam o serviço, comparados aos da categoria sócio-econômica B, os da C tiveram uma prevalência 19% maior de procura por tratamento curativo e os da categoria D+E, 51%. Os com estilo de vida sedentário, os que experimentaram cigarro e os que consumiam refrigerantes também tiveram mais consultas curativas do que seus pares de referência. Em contrapartida, as variáveis sexo, cor da pele, uso de álcool, consumo de balas e chocolates não se associaram a esse desfecho (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo foi realizado com uma amostra representativa dos adolescentes de sétima série das escolas públicas municipais de Gravataí, pois foram selecionados em todas as 15 regiões do município, sendo investigado um número superior ao tamanho mínimo de amostra calculada. Acredita-se também que possa ser representativa dos escolares da Região Metropolitana de Porto Alegre, uma vez que as cidades que compõem esta região apresentam características sócio-demográficas semelhantes. No entanto, como a pesquisa foi realizada em escolas, os resultados não podem ser extrapolados para a população de adolescentes não escolares, pois os jovens que freqüentam a escola

Tabela 3

Fatores associados à frequência não adequada de consultas odontológicas e ao motivo curativo da consulta. Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

	n	%	Frequência não adequada de consultas					Motivo curativo				
			n	%	RP	IC95%	p	n	%	RP	IC95%	p
Sexo												
Masculino	556	47,5	180	32,3	1,08	0,91-1,28	0,375	275	49,5	1,00	0,90-1,17	0,986
Feminino	614	52,5	184	30,0	1,00	-	-	311	50,6	1,00	-	-
Cor da pele												
Branca	615	52,6	181	29,4	1,00	-	-	301	48,9	1,00	-	-
Não-branca	555	47,4	183	33,0	1,12	0,94-1,32	0,191	287	51,3	1,05	0,94-1,17	0,362
Classificação sócio-econômica												
B	256	21,9	55	21,4	1,00	-	-	111	43,3	1,00	-	-
C	688	58,8	147	21,3	1,38	1,06-1,80	0,014	341	49,5	1,19	1,02-1,39	0,025
D+E	226	19,3	56	24,8	2,14	1,62-2,81	0,000	134	59,3	1,51	1,28-1,79	0,000
Sedentarismo												
Não	1.034	88,4	298	28,8	1,00	-	-	501	58,4	1,00	-	-
Sim	135	11,6	66	48,9	1,70	1,39-2,06	0,000	85	63,0	1,32	1,16-1,51	0,000
Uso de álcool												
Sim	698	59,7	220	31,5	1,02	0,86-1,22	0,785	353	50,5	1,02	0,91-1,14	0,717
Não	472	40,3	144	30,5	1,00	-	-	233	49,3	1,00	-	-
Uso de tabaco												
Sim	195	16,7	76	39,0	1,32	1,08-1,61	0,007	113	57,8	1,20	1,06-1,36	0,005
Não	975	83,3	288	29,5	1,00	-	-	473	48,5	1,00	-	-
Consumo de balas												
Sim	825	70,5	276	33,4	1,31	1,07-1,61	0,009	423	51,2	1,09	0,97-1,24	0,139
Não	345	29,5	88	25,5	1,00	-	-	163	47,2	1,00	-	-
Consumo de refrigerantes												
Sim	950	81,1	302	31,8	1,13	0,89-1,42	0,306	495	56,8	1,22	1,04-1,43	0,016
Não	220	18,9	62	28,1	1,00	-	-	91	41,3	1,00	-	-
Consumo de chocolates												
Sim	596	50,9	182	30,5	0,96	0,81-1,14	0,666	288	48,3	0,94	0,85-1,05	0,307
Não	574	49,1	182	31,7	1,00	-	-	298	51,9	1,00	-	-

têm mais chance de receber orientação e de desenvolverem hábitos saudáveis^{6,7}.

Em função do delineamento utilizado, é importante ressaltar que as associações encontradas indicam a concomitância das situações investigadas, não podendo ser interpretadas como relações do tipo causa e efeito.

O padrão de escovação diária dos dentes foi alto, sendo que a maior parte dos jovens declarou escovar três ou mais vezes ao dia. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa demonstram que, nestes países, a frequência de escovação mais comum é uma ou duas vezes ao dia³⁶. No Brasil, o padrão é mais alto. Os resultados encontrados são similares aos descritos por Brew³⁷, Abegg³⁸ e Lisboa³¹, no Rio Grande do Sul, onde a maioria dos adolescentes entrevistados escovava os dentes três ou mais vezes ao dia, apesar não utilizarem fio dental regularmente.

Diferentemente desses autores, Flores & Drehmer³⁹, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, evidenciaram que 66% dos escolares utilizam fio dental diariamente, assim como Rodrigues⁴⁰, em adolescentes atletas de São Paulo. Nesta pesquisa, o uso diário de fio dental foi inferior a um terço. Resultado semelhante ao verificado em outro estudo³⁷, apesar da grande variedade de fios disponível no mercado e da recomendação de seu uso para complementar a higiene bucal.

Na investigação da relação entre os desfechos indicadores da higiene bucal e os fatores em estudo, encontrou-se associação entre frequência de escovação dentária inferior a três vezes ao dia e sexo masculino. Esse resultado é confirmado por outros autores^{38,41,42}, que observaram uma menor frequência de escovação entre os homens. Dentre as explicações para esse comportamento estaria a de que os hábitos preventivos são mais comuns entre as mulheres, principalmente por questões estéticas ou normas sociais^{38,43,44}.

Nesta pesquisa, não se encontrou associação entre inserção sócio-econômica e frequência de escovação, diferentemente de estudos realizados na China¹⁹, Finlândia²¹, Estados Unidos¹⁷ e na cidade de São Paulo¹⁸ que encontraram relação direta com nível sócio-econômico. É possível que não se tenha encontrado associação devido a uma maior homogeneidade da amostra, já que os alunos se concentraram nas categorias sócio-econômicas intermediárias, não existindo nenhum pertencente à categoria A e apenas seis na E, determinando que estes fossem agrupados com os da categoria D. No entanto, parece que o fator que mais contribuiu para a diminuição da influência das condições sócio-econômicas sobre a escovação foi que a Prefeitura Municipal de Gravataí distribuiu escovas de dentes gratuitamente aos escolares de

sua rede de ensino. Com isso, houve uma redução da importância do fator econômico na compra do produto, além de contribuir, positivamente, para a incorporação do seu uso nos hábitos de higiene dos jovens, independente dos hábitos da família. Talvez, essa também seja uma possível explicação para a não associação entre as variáveis indicadoras da dieta cariogênica (consumo de balas, refrigerantes e chocolates). Entretanto, também é possível que a forma como essas variáveis foram coletadas, perguntando-se ao escolar se ele habitualmente consumia esses produtos, sem medir a frequência precisa de seu consumo, tenha contribuído para a não identificação de associações.

No que diz respeito ao uso de fio dental, escolares pertencentes à categoria D+E apresentaram maior prevalência de uso não adequado. Nesse caso, parece que os de menor poder aquisitivo fazem menos uso do produto, talvez por desinformação ou mesmo por maior dificuldade para sua compra. Em comparação com a escova de dentes, o fio dental é um produto mais caro e de uso não tão difundido, sendo ainda pouco incorporado no cotidiano da população mais carente. Além disso, diferentemente das escovas dentárias, não é distribuído para os alunos nas escolas. Estudo realizado na Finlândia, também mostrou associação entre alto nível social e hábitos de limpeza interdental²¹.

Em uma amostra de jovens atletas, foi identificada uma frequência de uso diário de fio dental de 50%⁴⁰. No presente estudo, o estilo de vida sedentário foi considerado como um indicador de hábitos poucos saudáveis. Em contrapartida, os escolares não-sedentários, os que tinham bons hábitos de higiene bucal e os que não haviam experimentado álcool e tabaco foram considerados adeptos de um estilo de vida saudável. Entre os escolares sedentários, a frequência de uso não adequado do fio dental foi maior.

Também foi encontrada associação entre consumo de chocolates e menor prevalência de uso não adequado de fio dental. Isso é, os escolares que consomem chocolates informaram um maior uso diário de fio dental do que os que não consumiam. Esse resultado chama atenção, já que o mesmo não foi encontrado em relação ao consumo de balas ou refrigerantes. Inicialmente, acreditou-se haver relação entre consumo de chocolates e melhor inserção sócio-econômica, em função do custo deste produto, porém as análises complementares realizadas não confirmaram esta hipótese. Assim, é possível que o consumo de chocolates não esteja diretamente relacionado às condições econômicas da família do escolar e, sim, a um conjunto de práticas e hábitos mais saudáveis de vida, pois, parte dos

jovens que consumia este produto, não consumia balas ou refrigerantes.

A freqüência de utilização de serviços odontológicos tem sido pouco investigada entre adolescentes escolares no Brasil. A recomendação usual em relação à periodicidade de visita ao dentista é de uma consulta anual, aumentando a possibilidade da identificação precoce de problemas de saúde bucal, em especial entre crianças e adolescentes^{11,16}. Ao mesmo tempo, a contribuição dos serviços na melhoria da saúde bucal, ainda que significativa, é considerada menor do que a das melhorias nas condições de vida da população⁴⁵.

Estudo realizado com 344.875 indivíduos de várias faixas etárias, em nove regiões metropolitanas brasileiras, observou que os escolares foram os que mais visitaram o dentista, com freqüência entre 40% e 48%. Também constatou que as categorias sócio-econômicas mais altas apresentaram menor número de indivíduos que nunca foram ao dentista^{46,47}.

Neste trabalho, encontrou-se associação entre freqüência de utilização de serviços odontológicos e inserção sócio-econômica, sendo que, entre os mais carentes, as consultas foram realizadas com intervalo de tempo superior a 12 meses. A *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, de 1998, evidenciou que há baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda³. Resultado esse reforçado por estudos desenvolvidos recentemente na cidade de Bambuí, Minas Gerais, que verificaram que maior escolaridade e renda estavam positivamente associadas à visita regular ao dentista, no último ano, independente do sexo e da faixa etária^{48,49}.

Também houve associação entre estilo de vida sedentário e esse desfecho, mostrando que esses adolescentes procuraram menos o dentista, assim como os que experimentaram cigarros e consumiam balas. Conforme mencionado anteriormente, essas variáveis foram utilizadas como indicadores da presença ou ausência de hábitos saudáveis. Assim, é compreensível que os jovens que não apresentavam um estilo de vida saudável tivessem uma menor prevalência de consultas odontológicas, em especial para revisões periódicas.

Pinheiro et al.¹⁶ observaram que a utilização de serviços odontológicos varia entre os estados: a melhor situação foi encontrada em estados do Sul e as piores nos do Norte e Nordeste. Segundo os autores, diferenças regionais, relacionadas a variações na distribuição geográfica; na quantidade de oferta de serviços odontológicos e programas de atenção à saúde bucal; no estímulo ao uso de serviços preventivos, na percepção do

estado de saúde; e nos comportamentos e hábitos ligados à saúde bucal, podem explicar as diferenças na utilização de serviços odontológicos entre os estados.

O presente estudo não encontrou associação entre sexo e freqüência de utilização de serviços odontológicos, semelhante aos resultados encontrados por outro estudo brasileiro na faixa etária entre 10 e 14 anos⁴⁷. Diferentemente, outros autores^{21,46,50} investigando a população em geral, evidenciaram que as mulheres procuravam o serviço com maior freqüência. As razões para as visitas mais freqüentes de mulheres têm sido relacionadas a questões estéticas, maior sensibilidade à dor e ao desconforto e necessidade de procurar auxílio⁴⁹. No entanto, é possível que, para os jovens na faixa etária estudada, em função de ainda serem dependentes de cuidados dos adultos para a marcação de consultas, a influência do sexo não seja verificada.

Em relação ao motivo da visita ao serviço odontológico, não se identificou diferenças entre os sexos. No entanto, evidenciou-se a influência da situação sócio-econômica na razão pela busca de atendimento curativo, semelhante a estudo realizado na África do Sul⁵¹ que observou que a condição sócio-econômica influenciava mais fortemente o tipo de tratamento odontológico recebido do que a necessidade clínica. Lisbôa & Abegg³¹ constataram que a busca de tratamento curativo foi relatada por mais de 60% dos jovens, resultado semelhante ao verificado em Gravataí.

Nos Estados Unidos, a presença de cáries e restaurações esteve inversamente associada com o nível sócio-econômico das comunidades estudadas⁵². Esse quadro de desigualdades no tipo de tratamento oferecido é reforçado pelos resultados do estudo realizado em Minas Gerais, comparando serviços privados, públicos e de sindicatos. Os autores observaram que os serviços públicos tendiam a fazer muito mais tratamentos curativos⁴⁸. Para Watt & Sheiham⁵³, a redução das doenças bucais deve-se, em maior parte, ao uso da pasta de dente fluoretada e às melhorias nas condições sócio-econômicas, enquanto os serviços especializados, sejam curativos ou preventivos, não tiveram grande impacto.

Também se evidenciou associação entre visita ao serviço para tratamento curativo e estilo de vida sedentário, experiência de uso de tabaco e consumo de refrigerantes. Não foram encontrados na literatura estudos que investigassem essas associações em escolares. Entretanto, considerando essas variáveis como indicadores de estilo de vida, é possível pensar que se o adolescente não está inserido em um contexto que favoreça a adoção de hábitos saudáveis, não buscará ser-

viços odontológicos periodicamente, utilizando-os apenas em situações de doença.

Considerações finais

A alta prevalência de escovação adequada, possivelmente, deve-se à distribuição gratuita da escova, o que não se verificou em relação ao fio dental, medida complementar à escovação. Sugere-se que essa iniciativa seja adotada por outros municípios, pois a escola é um local privilegiado para a promoção da saúde geral e bucal dos jovens^{4,7}.

As variáveis indicadoras do estilo de vida, como o consumo de produtos cariogênicos, de tabaco e sedentarismo, estiveram associadas aos desfechos estudados, mostrando que os hábitos de higiene bucal e a utilização de serviços odontológicos fazem parte de um conjunto maior de hábitos e comportamentos relacionados à boa saúde geral. Nesse sentido, a participação do educador junto ao escolar vem reforçar ou,

até mesmo, suprir a falta de orientação da família sobre estilo de vida saudável. Esses e outros cuidados deveriam ser trabalhados como temas transversais em todas as disciplinas, visto que o período escolar é fundamental para abordar a promoção da saúde, contribuindo para que os jovens possam, cada vez mais, realizar escolhas saudáveis em suas vidas⁶.

As condições sócio-econômicas dos jovens apresentaram-se associadas a quase todos os desfechos investigados, com exceção à escovação pelas razões já discutidas. Esse resultado está em consonância com vários outros já publicados e aponta para o importante papel do Estado em minimizar as grandes desigualdades observadas neste país. Isso pode ser realizado com a implantação, por parte do poder público, de programas de vigilância das condições de saúde bucal e seus fatores de risco em todas as escolas públicas e também no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa medida permitirá o monitoramento da ocorrência de agravos e do impacto das medidas adotadas, tanto para preveni-los como para evitá-los.

Resumo

Estudo transversal investigando associação entre hábitos de higiene bucal e utilização dos serviços odontológicos, fatores sócio-demográficos e relacionados ao estilo de vida em amostra representativa de 1.170 escolares de 7ª série do ensino municipal de Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil. A associação entre os desfechos e sexo; cor da pele; inserção sócio-econômica; estilo de vida sedentário; uso de álcool e tabaco; e consumo de balas, refrigerantes e chocolates foi investigada com regressão de Cox univariada. Entre os jovens estudados, 77,8% escovavam os dentes ≥ 3 vezes/dia, 31,9% utilizavam fio dental, 68,9% visitavam o dentista anualmente e 50% consultaram por motivo curativo. As meninas apresentaram maior frequência de escovação do que os meninos. Os jovens com baixa inserção sócio-econômica, os com estilo de vida sedentário e os que experimentaram tabaco apresentaram menor uso diário de fio dental e consultas odontológicas anuais, e mais consultas curativas. O consumo de balas associou-se à menor utilização de serviços odontológicos e o de refrigerantes à maior frequência de consultas curativas. O estilo de vida saudável associou-se com melhores hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos.

Higiene Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Adolescente

Colaboradores

D. R. G. C. Aerts participou de todas as etapas do estudo, desde o planejamento do mesmo até a análise dos dados e redação final do artigo. S. L. Freddo participou da coleta e análise dos dados, e redação do artigo. C. Abegg participou do planejamento do estudo e redação do artigo. R. Davoglio e P. C. Vieira participaram da coleta dos dados e redação final do artigo. L. Monteiro participou do planejamento do estudo, coleta dos dados e redação final do artigo.

Referências

- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
- Palazzo LS, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizam serviços de atenção primária: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1655-65.
- Hashim R, Thomson MW, Pack ARC. Smoking in adolescence as a predictor of early loss of periodontal attachment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:130-5.
- Garcia-de-Valente MS. Saúde oral na adolescência. *Adolesc Latinoam* 1998; 1:170-4.
- Claro LBL, March C, Mascarenhas TM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1565-74.
- Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:533-5.
- Kwan S, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83:677-85.
- Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p. 11-25.
- Locker D. An introduction to behavioural science & dentistry. London: Tavistock; 1989.
- Honkala E. Oral health promotion with children and adolescents. In: Schou L, Blinkhorn AS, editors. *Oral health promotion*. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1993. p. 169-85.
- Levine RS. The scientific basis of dental health education: a policy document. 4th Ed. London: Health Education Authority; 1996.
- Gil AM. Hábitos, costumes, aptitudes de higiene bucal y tratamientos odontológicos realizados en la actualidad. *Acta Odontol Venez* 1996; 34:22-34.
- Maltz M. Cariologia, prevenção e doença periodontal. In: Toledo D, organizador. *A odontopediatria: fundamentos para a prática*. São Paulo: Premier; 1996. p. 105-33.
- Benatti RM, Trotta EA. A saúde bucal da criança e do adulto: aspectos atuais. *Revista HCPA* 2000; 20:37-43.
- Trentin MS, Oppermann RV. Prevalência dos hábitos de higiene bucal interproximal e sua influência na presença de placa e sangramento gengival em um grupo de estudantes. *RPO UPF* 2001; 6:15-22.
- Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Cad Saúde Colet (Rio J)* 2006; 14:141-8.
- Doty HE, Weech-Maldonado R. Racial/ethnic disparities in adult preventive dental care use. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 14:516-34.
- Antunes JL, Pegoretti T, De Andrade FP, Junqueira SR, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J* 2003; 53:7-12.
- Jiang H, Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z. Self-assessed dental health, oral health practices, and general health behaviors in Chinese urban adolescents. *Acta Odontol Scand* 2005; 63:343-52.
- Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e serviço de saúde. In: Medronho RA, organizador. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 361-9.
- Sakki TK, Knuuttila MLE, Antilla SS. Lifestyle, gender and occupational status as determinants of dental health behavior. *J Clin Periodontol* 1998; 25:566-70.
- Scivioletto S, Henriques Jr. SG, Andrade AG. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre "crack" e outras drogas ilícitas – um estudo piloto. *Rev ABP-APAL* 1997; 19:7-17.
- Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs; 2000.
- Orfalais C, Sant'Ana CC, Araújo AJ. Diretrizes para cessação do tabagismo: abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol* 2004; 30 Suppl 2:65-75.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical activity and health: a report of the surgeon general. <http://www.cdc.gov/nccdphp/srg/chapcon.htm> (acessado em 11/Set/2006).
- Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32:1617-22.
- Oehlschlaeger MLK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, Sant'Ana P. Prevalências e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:157-63.
- Raitakari OT, Leino M, Rakkonen K, Porkka KV, Taimela S, Rasanen L, et al. Clustering of risk habits in young adults: The cardiovascular risk in young Finns study. *Am J Epidemiol* 1995; 142:36-44.
- Ministério da Saúde. Monitoramento da saúde do adolescente. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto_escolares.pdf (acessado em 15/Out/2006).
- World Health Organization. Child and adolescent health and development. Adolescents: the sheer numbers. <http://www.who.int/child-adolescent-health/overview/Ahd/ahdsheer.htm> (acessado em 15/Jul/2005).
- Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos de adolescentes e adultos do Município de Canoas, RS, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:29-39.
- Aguzzoli A. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em indivíduos acima de 49 anos: um estudo de base populacional em Canoas, RS, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Canoas: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil; 2005.

33. Calvo MCM, Schneider Filho DA. A saúde e as doenças bucais. In: Sucupira ACSL, organizador. *Pediatria em consultório*. São Paulo: Editora Sarvier; 1996. p. 1095-106.
34. Harris NO, Christien AG. *Primary preventive dentistry*. East Norwalk: Appleton & Longe; 1991.
35. Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
36. Gift HC. Current utilization patterns of oral hygiene practices: state-of-the-science-review. In: Lõe H, Kleinman DV, editors. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford: Oxford University Press; 1986. p. 39-71.
37. Brew M. Conhecimentos e hábitos dos adolescentes do ensino médio, do Município de Torres/RS, em relação à saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. Canoas: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil; 2002.
38. Abegg C. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. In: Bönecker M, Sheiham A, organizadores. *Promovendo a saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. Porto Alegre: Editora Santos; 2004. p. 97-107.
39. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimento, percepções, comportamentos e representações de saúde bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 3:743-52.
40. Rodrigues HJG. Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru-SP, relacionado aos cuidados da saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru; 2005.
41. Linn EL. Teenager's attitudes, knowledge, and behaviours related to oral health. *J Am Dent Assoc* 1976; 5:946-51.
42. Todd J, Lader D. *Adult dental health-dental 1988*. London: Her Majesty's Stationery Office; 1991.
43. Hodge HG, Holloway PJ, Bell CR. Factors associated with tooth-brushing behavior in adolescents. *Br Dent J* 1982; 152:49-51.
44. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 5:579-90.
45. Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes and geographical variation in caries status of 5-and 12-year-old children in England and Wales in the 1980s. *Community Dent Health* 1994; (11):215-23.
46. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 4:709-17.
47. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 4:687-707.
48. Matos DL, Lima-Costa ME, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicatos. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:237-43.
49. Matos DL, Lima-Costa ME, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
50. Verbrugge L. A health profile of older women with comparisons to older men. *Res Aging* 1984; 6:291-322.
51. Kieser JA, Groeneveld HT. Inequalities in the pattern of dental delivery in South Africa. *J Dent Assoc S Afr* 1995; 50:327-31.
52. Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *J Am Dent Assoc* 2001; 132:216-22.
53. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J* 1999; 187:6-12.

Recebido em 08/Ago/2007

Versão final reapresentada em 07/Jan/2008

Aprovado em 15/Jan/2008