

Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino

Access to information about how to prevent oral problems among school children in the public school network

Rodrigo Caldeira Nunes Oliveira ¹

João Gabriel Silva Souza ²

Carolina de Castro Oliveira ¹

Lorena Fonseca Braga de Oliveira ¹

José Eduardo Pelizon Pelino ³

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins ¹

Eliete Rodrigues de Almeida ⁴

Abstract *The scope of this study is to identify the prevalence of access to information about how to prevent oral problems among schoolchildren in the public school network, as well as the factors associated with such access. This is a cross-sectional and analytical study conducted among 12-year-old schoolchildren in a Brazilian municipality with a large population. The examinations were performed by 24 trained dentists and calibrated with the aid of 24 recorders. Data collection occurred in 36 public schools selected from the 89 public schools of the city. Descriptive, univariate and multiple analyses were conducted. Of the 2510 schoolchildren included in the study, 2211 reported having received information about how to prevent oral problems. Access to such information was greater among those who used private dental services; and lower among those who used the service for treatment, who evaluated the service as regular or bad/awful. The latter use toothbrush only or toothbrush and tongue scrubbing as a means of oral hygiene and who reported not being satisfied with the appearance of their teeth. The conclusion drawn is that the majority of schoolchildren had access to information about how to prevent oral problems, though access was associated with the characteristics of health services, health behavior and outcomes.*

Key words *School health, Child, Oral health, Health literacy*

Resumo *O presente estudo propõe-se a identificar a prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da rede pública de ensino, assim como os fatores associados a este acesso. Trata-se de um estudo transversal e analítico conduzido entre escolares de 12 anos de idade de um município brasileiro de grande porte populacional. Os exames foram realizados por 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados com auxílio de 24 anotadores. A coleta de dados ocorreu em 36 escolas sorteadas das 89 escolas públicas do município. Foram conduzidas análises descritivas, univariadas e múltiplas. Dos 2510 escolares incluídos no estudo, 2211 relataram já ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais. O acesso a tais informações foi maior entre os que utilizaram serviços odontológicos privado/convênio; e menor entre aqueles que utilizaram o serviço para tratamento, os que avaliaram o serviço como regular ou ruim/péssimo, os que utilizam como meio de higiene bucal somente escova dente/escova dente e higienização a língua e os que relataram não estarem satisfeitos com a aparência de seus dentes. Conclui-se que a maioria dos escolares teve acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, o qual esteve associado a características dos serviços de saúde, comportamentos e desfechos de saúde.*

Palavras-chave *Saúde escolar, Criança, Saúde bucal, Alfabetização em saúde*

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Rui Braga s/nº, Vila Mauricéia. 39400-000 Montes Claros MG Brasil. rocanunes@yahoo.com.br

² Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

³ Faculdades Metropolitanas Unidas.

⁴ Universidade Cruzeiro do Sul.

Introdução

As condições de saúde bucal das crianças brasileiras são preocupantes, apesar das melhorias registradas nos dois últimos levantamentos epidemiológicos da população brasileira, realizados em 2002/2003 e 2010. Ainda é evidente a necessidade de maior atenção às crianças brasileiras de 12 anos^{1,2}, embora, as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, com CPOD (Cariados, Perdidos, Obturados – Dentes) menor que 3,0 tenham sido alcançadas nesse grupo etário³, escolhido pela OMS como a idade de monitoramento global da cárie dentária⁴. Ressalta-se que para controle e prevenção da cárie dentária, assim como outros problemas bucais, como a doença periodontal, é essencial a adesão a comportamentos adequados de higiene bucal^{5,6}, dentre outros relacionados à dieta e ao uso do flúor. Além disso, as crianças com 12 anos estão, em sua maioria, inseridas no ambiente escolar, sendo a escola um ambiente educacional e social propício para se trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento⁷. Considera-se, ainda a facilidade de aprendizado presente nesta fase da vida das pessoas, tornando o processo de educação em saúde bucal mais propício⁸.

Os problemas bucais podem restringir as atividades escolares, além de gerar impacto psicossocial negativo na qualidade de vida⁹. Esses problemas parecem ser mais evidentes entre escolares da rede pública de ensino. Tal fato é fundamentado em uma maior prevalência de problemas bucais em escolares do ensino público, questão esta identificada em estudos prévios realizados no Brasil^{10,11}, onde a prevalência de alunos livres de cárie é quase a metade daquela da rede privada¹⁰. Tal fato pode ser elucidado por melhores condições socioeconômicas dos escolares da rede privada, como acesso a água tratada, a serviços de saúde e melhores condições de educação¹⁰, dentre outras questões. Sabe-se que a ocorrência de alguns problemas bucais, como cárie dentária, podem estar associados a questões socioeconômicas¹². Além disso, os escolares inseridos na rede privada podem possuir maior atenção odontológica¹⁰, talvez por melhores condições econômicas. Portanto, salienta-se a necessidade de criação e ou otimização das atividades educativas de caráter permanente direcionadas a escolares da rede pública, a fim de minimizar essas desigualdades sociais.

A educação em saúde bucal é considerada um importante preditor das condições e comportamentos em saúde bucal, assim como do uso de

serviços odontológicos¹³. Estudos prévios constataram a eficácia de programas educativos na melhoria das condições de saúde bucal de escolares, podendo influenciar na diminuição da prevalência da cárie dentária¹⁴, no sangramento gengival e na presença da placa visível¹⁵. O respeito às características individuais, além de outros fatores, no processo de educação no âmbito da promoção de saúde é salientado no modelo teórico de “alfabetização em saúde” proposto por Sørensen et al.¹⁶.

O modelo da “alfabetização em saúde”, a partir de suas dimensões, busca explicar a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, dentro dos domínios dos cuidados, da prevenção de doenças e da promoção de saúde. O modelo apresenta ainda possíveis fatores associados de forma dinâmica com a “alfabetização em saúde”: uso dos serviços de saúde, custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde, participação das pessoas, *empowerment*, equidade e manutenção¹⁶. O acesso às informações relacionadas à saúde, a compreensão dessas informações, sua avaliação e a aplicação prática delas constituem a “alfabetização em saúde”, sendo assim o modelo teórico prevê o acesso a informações como condição indispensável para aumentar os níveis de alfabetização em saúde das pessoas¹⁶.

Nesse contexto, propõe-se identificar a prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da rede pública de ensino, assim como os fatores associados. Utilizou-se como referencial o modelo teórico proposto por Sørensen et al.¹⁶.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, analítico, conduzido entre escolares de 12 anos de idade da rede pública de ensino de Montes Claros, município brasileiro de grande porte populacional localizado no norte de Minas Gerais. A coleta de dados e a condução dos exames bucais seguiu os critérios recomendados pela OMS⁴ e utilizados no Projeto SB Brasil 2002/20031. Os dados foram coletados em 2010. Os exames foram realizados por cirurgiões-dentistas treinados e calibrados (Kappa interexaminadores e intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclassa $\geq 0,61$), com auxílio de entrevistadores/annotadores, sendo realizados em ambiente amplo sob iluminação natural, empregando-se espelho e sonda CPI esterilizados. Trata-se de uma segunda fase do levantamento epidemiológico das condições

de saúde bucal da população de Montes Claros, na primeira os escolares de 12 anos não foram representados quanto à fluorose e cárie dentária. Estes agravos foram identificados na primeira fase, e sua prevalência permitiu o cálculo amostral para uma amostra representativa dos escolares de 12 anos da rede pública de ensino do município. Após sorteio aleatório simples, a coleta de dados ocorreu em 36 escolas públicas das 89 do município, número necessário para se atingir a amostra representativa. Foram incluídos no presente estudo os escolares que relataram a utilização de serviços odontológicos, informação obtida a partir da questão “Já foi ao dentista alguma vez na vida?” (sim/não) e que responderam à pergunta relativa ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais.

A construção da variável dependente foi feita a partir da pergunta “Você já recebeu informações sobre como evitar problemas bucais? (não, sim)”, sendo considerado o “acesso” a tais orientações os que responderam positivamente a questão. Conforme modelo teórico de Sørensen et al.¹⁶ as variáveis foram reunidas em cinco grupos, com respectivas subcategorias: acesso a informações relativas à saúde (informação referente a alfabetização em saúde), determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde.

Os determinantes pessoais foram: sexo (feminino, masculino) e raça autodeclarada (branca/amarela, indígena/negro/pardo). As variáveis referentes aos serviços de saúde/custos com a saúde foram: tempo da última visita ao dentista (um ano ou menos, mais de um ano), tipo de serviço odontológico utilizado (público/filantrópico, privado/convênio), motivo do uso do serviço odontológico (atendimento por rotina, atendimento para tratamento), satisfação com o atendimento (ótimo/bom, regular, ruim/péssimo) e assistência odontológica na escola (sim, não). Os comportamentos relacionados à saúde avaliados foram: frequência de higiene bucal diária (2 vezes ou mais, 1 vez), meios de realizar a higiene bucal (escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório, somente escova de dentes/escova de dentes e higieniza língua) e bochecho com flúor na escola (sim, não). No município, os escolares da rede pública têm duas opções de assistência odontológica, na primeira são assistidos por cirurgiões dentistas/equipe de saúde bucal e tem acesso a ações de promoção de saúde, ações preventivas assim como a assistência curativa em consultório odontológico instalado na escola,

na segunda a assistência e garantida pela equipe multiprofissional da Estratégia de saúde da família. Ressalta-se que, a cobertura da ESF no município não é de 100%.

Dentre os desfechos, foram consideradas as seguintes condições normativas de saúde bucal: experiência de cárie, avaliada pelo índice CPOD ($cpo-d = 0$, $cpo-d \geq 1$), sendo calculado pela soma dos dentes cariados (cariados + restaurados cariados), perdidos e restaurados. A fluorose foi avaliada pelo Índice de Dean que apresenta como base variações no aspecto estético do esmalte dentário, desde normal/questionável até a forma grave¹⁷, sendo esta variável apresentada de forma dicotômica (sem fluorose, com fluorose). As condições subjetivas de saúde bucal avaliadas foram: a autopercepção da necessidade de tratamento (não, sim) e satisfação com a aparência dos dentes (sim, não).

Na análise dos dados utilizou-se o software SPSS® Statistics 18.0. Foram conduzidas análises descritivas a fim de obter as frequências absoluta (n) e relativa (%) das variáveis. Em seguida, foram conduzidas análises univariadas, sendo consideradas para análise múltipla as variáveis que apresentaram nível de significância (valor-p) igual ou inferior a 0,20. Utilizou-se a regressão logística para estimar o odds ratio, com nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%) das variáveis associadas ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, permanecendo no modelo as variáveis com nível de significância de até 5%. Os princípios éticos desse estudo estiveram de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, nº196/96¹⁸, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/Unimontes. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 2.755 escolares entrevistados/avaliados, 2510 que haviam utilizado algum serviço odontológico e que responderam à questão referente ao acesso a informações, foram incluídos na investigação. Desses, 2211 (88,1%) relataram já ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais. A maioria dos escolares era do sexo feminino (53,6%), se autodeclararam como indígena/negro/pardo (75,1%), utilizaram serviços odontológicos público/filantrópico (62,0%), recebiam assistência odontológica na escola (50,2%) e possuíam CPO-D igual a zero (59,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Acesso a informações relativas à saúde, determinantes pessoais, uso dos serviços de saúde / custos com a saúde; comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde entre escolares de Montes Claros/MG, 2008/2009. n = 2510.

Variáveis	n	%
Acesso a informações relativas à saúde		
Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais		
Não	299	11,9
Sim	2.211	88,1
Determinantes pessoais		
Sexo		
Feminino	1.346	53,6
Masculino	1.164	46,4
Raça autodeclarada ^a		
Branca, Amarela	623	24,9
Indígena, negro e pardo	1.884	75,1
Serviços de saúde / custos com a saúde		
Tempo da última visita ao dentista (anos)		
Um ano ou menos	1.531	61,0
Mais de um ano	979	39,0
Tipo de serviço odontológico utilizado		
Público/ Filantrópico	1.556	62,0
Privado/ Convênio	954	38,0
Motivo do uso do serviço odontológico		
Atendimento por rotina	1.029	41,0
Atendimento por tratamento	1.481	59,0
Satisfação com o atendimento ^a		
Ótimo/Bom	2.204	87,8
Regular	243	9,7
Ruim/Péssimo	62	2,5
Recebe assistência odontológica na escola		
Sim	1.259	50,2
Não	1.251	49,8
Comportamentos relacionados à saúde		
Frequência de higiene bucal diária		
2 vezes ou mais	2.346	93,5
1 vez	164	6,5
Meios de realizar a higiene bucal		
Escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório	1.967	78,4
Somente escova de dentes/escova de dentes e higieniza língua	543	21,6
Bochecho com flúor na escola		
Sim	763	30,4
Não	1.747	69,6
Desfechos de saúde		
Condições normativas de saúde bucal		
CPOD		
CPO-D = 0	1.492	59,4
CPO-D ≥ 1	1.018	40,6
Fluorose		
Sem fluorose	1.504	59,9
Com fluorose	1.006	40,1
Condições subjetivas de saúde		
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico		
Não	859	34,2
Sim	1.651	65,8
Satisfação com a aparência dos dentes		
Sim	1.432	57,1
Não	1.078	42,9

^avariação no n.

Na análise univariada, constatou-se que variáveis pertencentes aos serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde, dentro das condições subjetivas de saúde, estiveram estatisticamente associadas ($p \leq 0,20$) ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais (Tabela 2).

Na análise múltipla identificou-se que o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre os que utilizaram serviços odontológicos privado/convênio; e menor entre aqueles que utilizaram o serviço para tratamento, que avaliaram o serviço como regular ou ruim/péssimo, que utilizam como meio de higiene bucal somente escova dente/escova dente e higieniza a língua e que relataram não estar satisfeito com a aparência de seus dentes (Tabela 3).

Discussão

A prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre os escolares investigados foi alta, sendo de 88,1%. Ressalta-se que não foram identificados estudos prévios que buscaram avaliar o acesso a tais informações entre escolares de 12 anos, assim como seus fatores associados. Vale ressaltar a inexistência desses dados referentes a este grupo etário nos levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população brasileira^{1,2}. Tal acesso, no presente estudo, esteve associado ao tipo de serviço odontológico utilizado, motivo do uso do serviço odontológico, satisfação com o atendimento, meios de realizar a higiene bucal e satisfação com a aparência dos dentes.

Considerando-se o impacto positivo das ações de educação em saúde na melhoria das condições de saúde bucal^{14,15} e do conhecimento sobre o tema¹⁹, entre escolares, o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais poderia acarretar na adoção de comportamentos preventivos e, conseqüentemente, prevenir a ocorrência de diferentes agravos bucais, contribuindo assim no processo de alfabetização em saúde. Estudos prévios identificaram comportamentos adequados de higiene bucal entre escolares, como por exemplo, prevalência satisfatória de frequência diária de higiene bucal adequada, com valores superiores a 70% no Brasil^{7,20} e superiores a 55% em países como México²¹ e Finlândia²². Tais comportamentos podem ser decorrentes do acesso a informações preventivas. A alta prevalência do acesso a informações preventivas identificada no presente estudo pode ser explicada pelos últimos

avanços observados nas políticas públicas de saúde bucal implantadas no Brasil, reorganização da atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família, com ênfase nas ações de promoção da saúde, que visam desenvolver processos educativos voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos²³. No âmbito da atenção básica, com a inserção dos cirurgiões-dentistas na escola, ressalta-se o acompanhamento dos escolares por estes profissionais em espaços sociais²⁴. Salienta-se ainda que o acesso a essas informações por si só pode não ser o suficiente para incrementar a adesão e ou manutenção a comportamentos saudáveis, uma vez que atividades educativas devem levar em consideração condições prévias dos indivíduos, tais como fatores socioeconômicos, fato este evidenciado no modelo teórico de “alfabetização em saúde”¹⁶. No entanto, ressalta-se que nem todas as condições que podem influenciar ou serem influenciadas pelo processo de “alfabetização em saúde”, elucidadas no modelo teórico¹⁶, foram avaliadas no presente estudo.

A educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal, especialmente em espaços públicos, tais como a escola. No Brasil a cooperação entre os setores de Saúde e Educação tem resultado em uma potencialização das ações educativas em saúde nos espaços institucionais, a partir da criação de material didático-informativo, inclusão de temas transversais e disseminação da proposta da escola como espaço social. Considera-se ainda a criação e a implementação de algumas iniciativas, tais como a de Escolas Promotoras de Saúde que visa o desenvolvimento humano saudável considerando as interfaces do espaço escolar²⁵. Além disso, desde 2007, a partir da criação do Programa Saúde na Escola, o governo federal tem contribuído para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde²⁶. Ressalta-se ainda que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde bucal²⁷. Portanto, o respeito às características individuais dos escolares, além de outros fatores, no processo de “alfabetização em saúde”¹⁶ poderiam impactar não apenas no acesso, mas também em mudanças de comportamentos e no estado de saúde dos indivíduos. Questões referentes às características dos serviços de saúde,

Tabela 2. Análise univariada dos fatores associados ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares de Montes Claros – MG, 2008/2009. n = 2510.

Variáveis	Informações problemas bucais		OR	IC 95%	p
	Não %	Sim			
Determinantes pessoais					
Sexo					
Feminino	12,2	87,8	1,00		
Masculino	11,6	88,4	1,05	0,83-1,34	0,651
Raça autodeclarada ^a					
Branca, Amarela	11,6	88,4	1,00		
Indígena, negro e pardo	12,0	88,0	0,95	0,72-1,27	0,769
Serviços de saúde / custos com a saúde					
Tempo da última visita ao dentista (anos)					
Um ano ou menos	11,4	88,6	1,00		
Mais de um ano	12,8	87,2	0,87	0,68-1,11	0,290
Tipo de serviço odontológico utilizado					
Público/ Filantrópico	13,6	86,4	1,00		
Privado/ Convênio	9,2	90,8	1,54	1,18-2,00	0,001
Motivo do uso do serviço odontológico					
Atendimento por rotina	9,5	90,5	1,00		
Atendimento por tratamento	13,6	86,4	0,67	0,51-0,86	0,002
Satisfação com o atendimento ^a					
Ótimo/Bom	10,3	89,7	1,00		
Regular	24,3	75,7	0,35	0,25-0,49	0,000
Ruim/Péssimo	22,6	77,4	0,39	0,21-0,72	0,003
Recebe assistência odontológica na escola					
Sim	10,4	89,6	1,00		
Não	13,4	86,6	0,74	0,58-0,95	0,020
Comportamentos relacionados à saúde					
Frequência de higiene bucal diária					
2 vezes ou mais	11,6	88,4	1,00		
1 vez	17,1	82,9	0,63	0,41-0,97	0,036
Meios de realizar a higiene bucal					
Escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório	10,1	89,9	1,00		
Somente escova de dentes /escova de dentes e higieniza língua	18,6	81,4	0,49	0,37-0,63	0,000
Bochecho com flúor na escola					
Sim	10,7	89,3	1,00		
Não	12,4	87,6	0,84	0,64-1,11	0,234
Desfechos de saúde					
Condições normativas de saúde bucal					
CPOD					
CPO-D = 0	11,5	88,5	1,00		
CPO-D ≥ 1	12,5	87,5	0,91	0,71-1,16	0,472
Fluorose					
Sem fluorose	11,2	88,8	1,00		
Com fluorose	12,9	87,1	0,85	0,66-1,08	0,202
Condições subjetivas de saúde					
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico					
Não	12,1	87,9	1,00		
Sim	11,8	88,2	1,02	0,79-1,32	0,828
Satisfação com a aparência dos dentes					
Sim	10,2	89,8	1,00		
Não	14,2	85,8	0,68	0,53-0,87	0,002

^a variação no n.

Tabela 3. Análise múltipla entre o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais ajustada por variáveis estaticamente significantes ($p \leq 0,05$), entre escolares de Montes Claros/MG, 2008/2009.

Variáveis	OR	IC 95%	p
Serviços de saúde / custos com a saúde			
Tipo de serviço odontológico utilizado			
Público/ Filantrópico	1,00		
Privado/ Convênio	1,34	1,02-1,75	0,033
Motivo do uso do serviço odontológico			
Atendimento por rotina	1,00		
Atendimento por tratamento	0,73	0,56-0,95	0,019
Satisfação com o atendimento			
Ótimo/Bom	1,00		
Regular	0,40	0,29-0,56	0,000
Ruim/Péssimo	0,46	0,25-0,86	0,016
Comportamentos relacionados à saúde			
Meios de realizar a higiene bucal			
Escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório	1,00		
Somente escova de dentes /escova de dentes e higieniza língua	0,53	0,41-0,70	0,000
Desfechos de saúde			
Condições normativas de saúde bucal			
Satisfação com a aparência dos dentes			
Sim	1,00		
Não	0,75	0,59-0,97	0,029

comportamentos e condições subjetivas de saúde mantiveram-se associadas ao acesso às informações preventivas entre os escolares do presente estudo. Por outro lado, há que se considerar que questões referentes à vulnerabilidade social dos escolares não foram avaliadas.

O acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre os escolares que utilizaram serviços odontológicos privados ou de convênio. Apesar disso, ressalta-se que a maioria dos escolares do presente estudo fez uso de serviços odontológicos públicos (62,0%), resultado próximo aos registrados entre escolares de Gravataí (RS), com 67,3%²⁰, e aos encontrados em uma amostra representativa das crianças de 12 anos do Brasil, com 58,1%, a partir dos dados do SB Brasil 2010¹. Ressalta-se que hábitos adequados de higiene bucal, como o uso de fio-dental, é maior entre escolares usuários de serviços odontológicos privados, fato este evidenciado entre escolares de 12 a 18 anos de idade da rede pública de ensino do município de Gravataí (RS)²⁸, possivelmente a vulnerabilidade social dos escolares interfere na adesão a hábitos saudáveis, além disso, algumas características do serviço privado, como estrutura, maior atenção ao paciente, devido ao custo do mesmo, e um maior enfoque a consultas preventivas, podem explicar tal associação²⁹.

Identificou-se ainda que o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi menor entre os escolares que utilizaram o serviço para tratamento e que avaliaram o atendimento como regular e ruim/péssimo. Acredita-se que devido à característica preventiva das informações sobre como evitar problemas bucais, as mesmas podem ser mais recorrentes nas consultas preventivas e devido a uma maior atenção à manutenção da saúde do paciente pode, consequentemente, levar a uma avaliação positiva do serviço. A saúde bucal de escolares, assim como o acesso a serviços odontológicos, está entre as áreas prioritárias dos princípios norteadores do cuidado na saúde da criança estabelecido pelo Ministério da Saúde³⁰. Uma alta prevalência do uso de serviços odontológicos entre crianças de 12 anos no Brasil tem sido identificada, como comprovada em estudos realizados em Recife³¹ e João Pessoa³², com prevalências de uso superiores a 75,0%. As características dos serviços de saúde, assim como o acesso a informações preventivas, podem resultar em hábitos adequados de higiene bucal.

Os escolares que relataram como meio de higiene bucal a utilização de somente escova de dente ou escovar dente e higienizar a língua tiveram menor acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. É amplamente reco-

nhecido na literatura que hábitos adequados de higiene têm impacto positivo na redução da ocorrência de agravos bucais³³⁻³⁵. Portanto, uma higiene bucal completa pode acarretar na melhoria das condições bucais. Ressalta-se ainda que a escovação dentária aliada ao uso de fio dental poderia reduzir a ocorrência de problemas bucais, tais como a gengivite e o acúmulo de biofilme, quando comparado ao uso da escovação isolada³⁶. Considerando-se o fato de que a educação em saúde, assim como a “alfabetização em saúde”¹⁶ pode levar a melhores comportamentos em saúde, era esperado que comportamento inadequado de saúde bucal estivesse associado a um menor acesso a informações preventivas, por outro lado, questões culturais associadas a vulnerabilidade social desses escolares podem ser os principais determinantes da falta de uso do fio dental. As condições normativas de saúde bucal por si só não refletem o quanto as pessoas se sentem afetadas pela sua condição bucal³⁴. Portanto, a saúde bucal, refere-se também a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico³⁷.

A satisfação com a aparência dos dentes, questão subjetiva, manteve-se associada ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, sendo o acesso menor entre os escolares que relataram insatisfação com a mesma. Estudo prévio conduzido no município de Jundiaí (SP) entre escolares de 12 anos de idade identificou que a experiência de cárie foi maior entre os es-

colares que estavam insatisfeitos com a aparência de seus dentes¹¹, portanto, uma pior percepção dos aspectos subjetivos da saúde bucal pode representar uma condição desfavorável. Salienta-se ainda que o processo de “alfabetização de saúde” visa à melhoria dos comportamentos e condições de saúde a partir de atividades educativas que considerem as características prévias dos indivíduos. Portanto, o respeito à mesma pode levar a uma melhor condição de saúde bucal e, conseqüentemente, impactar positivamente nos aspectos psicossociais da saúde bucal.

Dentre as limitações do presente estudo está o fato de que algumas variáveis consideradas no modelo teórico proposto não foram avaliadas no presente estudo. Além disso, causas e efeitos certamente variam ao longo da vida e, sendo este um estudo seccional, é importante salientar que o processo que relaciona a avaliação do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais e as variáveis investigadas é dinâmico. Entretanto, ressalta-se o fato deste trabalho ter seguido etapas relevantes exigidas em uma pesquisa transversal, como amostragem e treinamento/calibração dos examinadores/annotadores. Com isso, pôde-se constatar uma alta prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da rede pública de ensino e que este acesso está associado ao tipo de serviço odontológico utilizado, motivo do uso deste, satisfação com o atendimento, meios de realizar a higiene bucal e satisfação com a aparência dos dentes.

Colaboradores

RCN Oliveira, CC Oliveira, LFB Oliveira e AME-BL Martins participaram da concepção e delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. JEP Pelino e ER Almeida participaram da redação e revisão do manuscrito. JGS Souza participou da coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos o financiamento da FAPEMIG e Prefeitura Municipal de Montes Claros e apoio logístico da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes e das Faculdades Unidas do Norte de Minas FUNORTE.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: MS; 2004.
3. World Health Organization (WHO). Global goals for oral health by the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1):74-77.
4. World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. 4ª ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
5. Hashim R, Williams S, Thomson WM. Oral hygiene and dental caries in 5- to 6-year-old children in Ajman, United Arab Emirates. *Int J Dent Hygiene* 2013; 11(3):208-215.
6. Rosema NAM, Palenstein Helderman WH, Van der Weijden GA. Gingivitis and plaque scores of 8- to 11-year-old Burmese children following participation in a 2-year school-based tooth brushing programme. *Int J Dent Hygiene* 2012; 10(3):163-168
7. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):743-752.
8. Figueira TR, Leite ICG. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *RGO* 2008; 56(1):27-32.
9. Motta LJ, Tanizaga NH, Guedes CC, Fernandes KPS, Mesquita-Ferrari RA, Bussadori SK. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 6 a 10 anos. *ConScientiae Saúde* 2011; 10(4):715-722.
10. Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1229-1236.
11. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Torres LHN, Sousa MLR, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4095-4106.
12. Auad SM, Waterhouse PJ, Nunn JH, Moynihan PJ. Dental caries and its association with sociodemographics, erosion, and diet in schoolchildren from southeast Brazil. *Pediatr Dent* 2009; 31(3):229-235.
13. Kay E, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(4):231-235.
14. Al-jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hygiene* 2006; 4(1):30-34.
15. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saude Publica* 2002; 36(5):634-637.
16. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
17. Dean HT. Classification of mottled enamel diagnosis. *JADA* 1934; 21:1421-1426.

18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
19. Farias IA, Souza GCA, Ferreira MAF. A Health Education Program for Brazilian Public Schoolchildren: The Effects on Dental Health Practice and Oral Health Awareness. *J Public Health Dent* 2009; 69(4):225-230.
20. Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9):1991-2000.
21. Medina-Solis CE, Villalobos-Rodelo JJ, Marquez-Corona ML, Vallejos-Sanchez AA, Portillo-Nunez CL, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconômicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2621-2631.
22. Halonen H, Pesonen P, Seppa L, Peltonen E, Tjäderhane L, Anttonen V. Outcome of a Community-Based Oral Health Promotion Project on Primary Schoolchildren's Oral Hygiene Habits. *Int J Dent* 2013; 2013.
23. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2871-2880.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Bucal – Caderno de atenção básica, nº 17*. Brasília: MS; 2008.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-Americana de Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil*. Brasília: MS; 2007.
26. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dez.
27. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):121-130.
28. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):655-667.
29. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saude Publica* 2002; 36(2):237-243.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: MS; 2004.
31. Massoni ACLT, Vasconcelos FMN, Katz CRT, Rosenblatt A. Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Odontol UNESP* 2009; 38(2):73-78.
32. Claudino LV, Alexandra AKF, Lima AL, Silva NB, Dantas RVF, Santiago BM, Valença AMG. Condições de Saúde Bucal, Acesso aos Serviços Odontológicos e Autopercepção de Saúde Bucal em Escolares de 12 anos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(4):573-584.
33. Gibsom S, Williams S. Dental Caries in Pre-School Children: Associations with Social Class, Toothbrushing Habit and Consumption of Sugars and Sugar-Containing Foods. *Caries Res* 1999; 33(2):101-113.
34. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham DA, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AG, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(4):293-306.
35. Wiejden GAVD, Hioe KPK. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol* 2005; 32(Supl. 6):214-228.
36. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, Worthington HV. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7.
37. Locker D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(3):199-203.

Artigo apresentado em 04/06/2014

Aprovado em 12/06/2014

Versão final apresentada em 14/06/2014