

## Acesso a orientações de higiene bucal entre escolares da rede pública de ensino

*Access to the guidelines of oral hygiene among schoolchildren of public schools*

Rodrigo Caldeira Nunes OLIVEIRA<sup>a\*</sup>, João Gabriel Silva SOUZA<sup>b</sup>, Carolina de Castro OLIVEIRA<sup>a</sup>,  
Lorenna Fonseca Braga de OLIVEIRA<sup>a</sup>, Daniela Araújo Veloso POPOFF<sup>a</sup>,  
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima MARTINS<sup>a</sup>, Eliete Rodrigues de ALMEIDA<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unimontes – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil

<sup>b</sup>FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas,  
Piracicaba, SP, Brasil

<sup>c</sup>UNICSUL – Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil

### Resumo

**Introdução:** O acesso à educação em saúde bucal é considerado um importante preditor para avaliação das condições e dos comportamentos em saúde bucal. Crianças com 12 anos estão, em sua maioria, inseridas no ambiente escolar, sendo a escola um ambiente educacional e social propício para que conhecimentos e mudanças de comportamento sejam trabalhados. **Objetivo:** Propõe-se identificar a prevalência do acesso a orientações de higiene bucal entre escolares da Rede Pública de Ensino e os fatores associados a esse acesso. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, 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 públicas, sorteadas dentre as 89 escolas do município. Foram conduzidas análises descritivas, univariadas e múltiplas (OR/IC95%). **Resultado:** Dos 2.755 escolares avaliados, 2.510 foram incluídos. Destes, 2.173 (86,6%) receberam orientações de higiene bucal. O acesso a orientações de higiene bucal foi maior entre escolares do sexo masculino e dentre os que utilizaram serviços odontológicos privados ou por convênio. Foi menor entre os que usaram o serviço odontológico para tratamento e há mais de um ano, dentre os que não recebiam assistência odontológica na escola e entre aqueles que relataram uma frequência de higiene bucal de uma vez por dia. **Conclusão:** A maioria dos escolares teve acesso a orientações de higiene bucal, estando este acesso associado a variáveis referentes aos determinantes pessoais, ao serviço de saúde e aos comportamentos.

**Descritores:** Saúde escolar; criança; saúde bucal; alfabetização em saúde.

### Abstract

**Introduction:** Access to oral health education is considered an important predictor for assessing the conditions and behaviors on oral health. Most 12-year children are in the school environment, being the school a propitious educational and social environment for both knowledge as behavioral changes are implemented. **Objective:** It is proposed to identify the prevalence of access to oral hygiene guidelines among schoolchildren of public schools and the factors associated with such access. **Methodology:** This is an analytical cross-sectional study conducted among 12-years schoolchildren of a Brazilian city with a large population size. The tests were performed by 24 trained and calibrated dentists with the aid of 24 annotators. Data collection occurred in 36 randomly selected public schools among the 89 schools of the city. Descriptive, univariate and multiple analyzes were conducted (OR/IC95%). **Result:** Of the 2,755 schoolchildren, 2,510 were included. Of these, 2,173 (86.6%) received oral hygiene guidelines. Access to guidelines for oral care was higher among male students and among those using private dental services or covenant. It was lower among those who used the service for dental treatment for over one year and among those who did not receive dental care at school, who reported a frequency of oral hygiene equal to once/day. **Conclusion:** Most of the students had access to guidelines for oral hygiene, with this access associated with variables related to personal determinants, health services and behaviors.

**Descriptors:** School health; child; oral health; health literacy.

## INTRODUÇÃO

O quadro epidemiológico de saúde bucal no Brasil apresenta níveis de precariedade que merecem atenção, conforme constatado nos dois últimos levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população brasileira ocorridos em 2002/2003 e 2010<sup>1,2</sup>. Entretanto, resultados positivos foram identificados no grupo etário de 12 anos, o qual atingiu as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, com CPOD (Cariados, Perdidos, Obturados – Dentes) menor que 3,0<sup>3</sup>. O estudo de aspectos relacionados à saúde bucal entre indivíduos com 12 anos é especialmente importante, pois este grupo etário foi escolhido pela OMS como a idade de monitoramento global da cárie dentária, principal agravo de saúde bucal em termos de prevalência, para comparações internacionais e acompanhamento das tendências da doença<sup>4</sup>. No entanto, sabe-se que, para controle e prevenção de alguns problemas bucais, tais como cárie e doença periodontal, é essencial a adesão a comportamentos adequados de higiene bucal<sup>5,6</sup>. Portanto, considerando-se o fato de que crianças com 12 anos estão, em sua maioria, inseridas no ambiente escolar, a escola parece ser um ambiente educacional e social propício para se trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento<sup>7</sup>. Além disso, nesta fase da vida, constata-se uma facilidade de aprendizado entre os escolares, tornando mais propício o processo de educação em saúde bucal<sup>8</sup>.

O acesso à educação em saúde bucal é considerado um importante preditor para avaliação e melhoria das condições e dos comportamentos em saúde bucal<sup>9</sup>. Estudos prévios constataram a eficácia de estratégias de educação em saúde na melhoria das condições de saúde bucal de escolares, podendo influenciar na diminuição da prevalência da cárie dentária<sup>10</sup>, do sangramento gengival e da presença de placa visível<sup>11</sup>. No entanto, ressalta-se ainda que o processo de educação em saúde deve considerar, no planejamento e na execução das intervenções, algumas características dos indivíduos, o que se configura na “alfabetização em saúde”, sendo tal processo elucidado no modelo teórico proposto por Sørensen et al.<sup>12</sup>, em 2012, para avaliar níveis de alfabetização em saúde. Aliado a isso, está o *empowerment* (empoderamento), que se refere ao processo em que essas pessoas criam ou são dadas a elas oportunidades para controlar o seu próprio destino<sup>12,13</sup>.

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 de saúde, da prevenção de doenças e da promoção de saúde. O modelo apresenta ainda possíveis fatores associados, de forma dinâmica, à “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 manutenção<sup>12</sup>. Ressalta-se que o acesso a informações relativas à saúde é condição inicial e imprescindível para a “alfabetização em saúde”.

Nesse contexto, propõe-se identificar a prevalência do acesso a orientações de higiene bucal entre escolares da Rede Pública de Ensino, assim como os fatores associados a esse acesso. Utilizou-se como referencial o modelo teórico proposto por Sørensen et al.<sup>12</sup>.

## 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 seguiram os critérios recomendados pela OMS<sup>4</sup> (1997) e utilizados no Projeto SB Brasil<sup>2</sup>. Os dados foram coletados entre os anos de 2008 e 2009. Os exames foram realizados por 24 Cirurgiões-Dentistas treinados e calibrados (Kappa interexaminadores e intraexaminadores, e coeficiente de correlação intraclasse  $\geq 0,61$ ), com auxílio de 24 entrevistadores/anotadores, sendo realizados em ambiente amplo, sob iluminação natural, empregando-se espelho e sonda CPI esterilizados. A presente pesquisa trata de uma segunda fase do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população do referido município. Na primeira fase, os escolares foram representados quanto a fluorose e cárie dentária, identificando-se a prevalência desses agravos e permitindo o cálculo amostral para um valor representativo 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. Foram avaliados/examinados 2.755 escolares, sendo incluídos neste estudo os escolares que relataram a utilização de serviços odontológicos e que responderam à pergunta relativa ao acesso a orientações sobre higiene bucal.

A construção da variável dependente foi feita a partir da seguinte pergunta: “Você já recebeu orientações sobre higiene bucal? (não, sim)”, sendo considerado o “acesso” a tais orientações os que responderam positivamente à questão. Conforme modelo teórico de Sørensen et al.<sup>12</sup>, as variáveis foram reunidas em cinco grupos, com as respectivas subcategorias: acesso a informações relativas à 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), raça autodeclarada (branca/amarela, indígena/negro/pardo) e renda familiar (mais de um salário mínimo, até um salário mínimo). As variáveis referentes aos serviços de saúde/custos com a saúde foram: motivo do uso do serviço odontológico (atendimento por rotina, atendimento por tratamento), tempo desde a última visita ao Cirurgião-Dentista (um ano ou menos, mais de um ano), tipo de serviço odontológico utilizado (público/filantropico, privado/convênio) 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) e 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).

Dentre os desfechos de saúde, foram consideradas as seguintes condições normativas de saúde bucal: índice CPOD (cpo-d = 0, cpo-d =  $\geq$  1), sendo calculado pela soma dos dentes cariados (cariados + restaurados carizados), 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 grave<sup>14</sup>, sendo está variável apresentada de forma dicotômica (sem fluorose, com fluorose). A condição subjetiva de saúde bucal avaliada foi a autopercepção da necessidade de tratamento (não, sim).

Para a análise dos dados, empregou-se o software PASW® *Statistics* 18.0. Na análise descritiva, incluíram-se a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%). Em seguida, foram conduzidas análises univariadas. Foram incluídas nas análises múltiplas aquelas variáveis que apresentaram nível de significância (valor-p) igual ou inferior a 0,20. Nas análises univariadas e múltiplas de associações da variável dependente, a regressão logística foi utilizada para estimar o *odds ratio*, com nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%). Os princípios éticos deste estudo estiveram de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, nº 196/96, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/UNIMONTES, e do parecer nº 318/06. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADO

Dos 2.755 escolares entrevistados/avaliados, 2.510 foram incluídos no presente estudo por terem utilizado algum serviço odontológico e por terem respondido à questão referente ao acesso a orientações. Destes, 2173 (86,6%) relataram já ter recebido orientações de higiene bucal. 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%) e possuíam CPO-D igual a zero (59,4%) (Tabela 1).

Na análise univariada, constatou-se que variáveis pertencentes aos determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde estiveram estatisticamente associadas ( $\leq$ 0,20) ao acesso a orientações de higiene bucal entre os escolares (Tabela 2).

Na análise múltipla, mantiveram-se associadas ao acesso a orientações de higiene bucal ( $\leq$ 0,05) as seguintes variáveis: sexo, motivo do uso do serviço odontológico, tempo desde a última visita ao Cirurgião-Dentista, tipo de serviço odontológico utilizado, assistência odontológica na escola e frequência de higiene bucal (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A prevalência do acesso a orientações de higiene bucal entre os escolares foi de 86,6%, fato possivelmente explicado pelos últimos avanços observados nas políticas públicas de saúde

**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	%
<b>ACESSO A INFORMAÇÕES RELATIVAS À SAÚDE</b>		
Recebeu orientações sobre higiene bucal		
Não	337	13,4
Sim	2173	86,6
<b>DETERMINANTES PESSOAIS</b>		
Sexo		
Feminino	1346	53,6
Masculino	1164	46,4
Raça autodeclarada a		
Branca, Amarela	623	24,9
Indígena, negro e pardo	1884	75,1
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE/CUSTOS COM A SAÚDE</b>		
Motivo do uso do serviço odontológico		
Atendimento por rotina	1029	41,0
Atendimento por tratamento	1481	59,0
Tempo da última visita ao dentista (anos)		
Um ano ou menos	1531	61,0
Mais de um ano	979	39,0
Tipo de serviço odontológico utilizado		
Público/Filantrópico	1556	62,0
Privado/Convênio	954	38,0
Recebe assistência odontológica na escola		
Sim	1259	50,2
Não	1251	49,8
<b>COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE</b>		
Frequência de higiene bucal diária		
2 vezes ou mais	2346	93,5
1 vez	164	6,5
Meios de realizar a higiene bucal		
Escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório	1967	78,4
Somente escova de dentes/escova de dentes e higieniza língua	543	21,6
<b>DESFECHOS DE SAÚDE</b>		
<b>CONDIÇÕES NORMATIVAS DE SAÚDE BUCAL</b>		

<sup>a</sup> variação no n.

**Tabela 1.** Continuação...

Variáveis	n	%
CPOD		
CPO-D = 0	1492	59,4
CPO-D ≥ 1	1018	40,6
Fluorose		
Sem fluorose	1504	59,9
Com fluorose	1006	40,1
CONDIÇÕES SUBJETIVAS DE SAÚDE		
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico		
Não	859	34,2
Sim	1651	65,8

<sup>a</sup>variação no n.

bucal implementadas no Brasil<sup>15</sup>. Além disso, aproximadamente metade dos entrevistados relatou receber assistência odontológica na escola (50,2%), acreditando-se, pois, que os profissionais responsáveis por esta assistência podem ter repassado tais orientações. Não foram encontrados estudos prévios na literatura consultada que avaliaram a prevalência do acesso a orientações de higiene bucal, assim como seus fatores associados, entre escolares de 12 anos de idade, embora a literatura científica a respeito de ocorrência, distribuição e fatores associados a agravos bucais entre escolares, assim como sobre a importância de comportamentos preventivos, seja vasta<sup>8,16,17</sup>. Hábitos adequados de higiene bucal entre escolares foram identificados em estudos prévios: em Santos Dumont-MG, cerca de 80,0% dos escolares relataram três ou mais escovações dentárias ao dia<sup>8</sup>; no município de Gravataí-RS, 66,6% dos escolares investigados relataram a utilização de fio dental<sup>18</sup>. Acredita-se que a adoção e/ou a manutenção de comportamentos adequados de higiene bucal possam ser decorrentes do acesso a orientações preventivas em saúde bucal. Além disso, sabe-se que o acesso a tais orientações, assim como ações educativas de saúde, podem ocasionar a melhoria das condições de saúde bucal de escolares<sup>6,10,11</sup>. Ressalta-se, no entanto, que o acesso a tais informações pode não ser o suficiente para incrementar a adesão e/ou a manutenção de comportamentos saudáveis e, conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde bucal. Por outro lado, tal acesso é imprescindível para facilitar a adesão e/ou a manutenção de comportamentos adequados, como elucidado no modelo da “alfabetização em saúde”<sup>12</sup>.

A possível influência das características individuais, além de outros fatores, no processo de educação em saúde é salientada no modelo supracitado<sup>12</sup>. Portanto, acredita-se que essas questões poderiam impactar não apenas no acesso a orientações, mas também em mudanças de comportamentos e no estado de saúde das pessoas. Tais mudanças são fundamentais entre escolares, principalmente ao considerar o fato de que os problemas bucais podem restringir as atividades escolares, além de gerar impacto

psicossocial negativo na qualidade de vida de escolares<sup>19</sup>. Neste sentido, devem-se considerar também os fatores contextuais – políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais – que podem melhorar ou prejudicar a saúde<sup>20</sup>.

A abordagem de questões relacionadas à saúde bucal de escolares pertencentes à Rede Pública de Ensino é de suma relevância. Tal fato é fundamentado em uma maior prevalência de problemas bucais em escolares de escolas públicas, questão esta identificada em estudos prévios realizados em João Pessoa-PB<sup>21</sup> e Jundiá-SP<sup>22</sup>, que constataram maior prevalência de cárie dentária na Rede Pública de Ensino. Provavelmente, isso pode ter ocorrido pela melhor qualidade de vida dos escolares da rede privada, como acesso à água tratada, saúde e educação<sup>21</sup>, dentre outras questões, uma vez que a ocorrência de alguns problemas bucais, como cárie dentária, pode estar associada a questões socioeconômicas<sup>23</sup>. Nesse contexto, acredita-se que escolares da rede pública apresentam piores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, podem apresentar piores condições de saúde bucal. Portanto, salienta-se a necessidade de criação e implementação de atividades educativas, de caráter permanente, direcionadas a escolares da rede pública, a fim de minimizar as desigualdades sociais no que diz respeito às condições de saúde bucal e acesso a orientações preventivas, considerando-se os possíveis fatores que podem influenciar ou serem influenciados pelo processo de “alfabetização em saúde”.

O acesso a orientações de higiene bucal foi maior entre os escolares do sexo masculino. Diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros na prevalência de agravos bucais, como a cárie dentária, foram registradas em estudos prévios entre crianças e adolescentes, constatando menor prevalência destes no sexo masculino<sup>21,24</sup>. Acredita-se que escolares do sexo masculino podem configurar-se como um grupo de menor prevalência de alguns agravos bucais em função do maior acesso a orientações de higiene bucal. Salienta-se que os determinantes pessoais, como o sexo, devem ser considerados no processo de “alfabetização em saúde”<sup>12</sup>.

Todas as variáveis pertencentes aos serviços de saúde/custos com a saúde mantiveram-se associadas ao acesso a orientações de higiene bucal. O acesso a tais informações foi menor entre escolares que utilizaram serviços odontológicos por necessidade de tratamento, que utilizaram este serviço havia mais de um ano e que não recebiam assistência odontológica na escola. Constatou-se ainda que o acesso às referidas informações foi maior entre escolares que utilizaram serviço odontológico privado ou de convênio. 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 Saúde<sup>25</sup>. Uma alta prevalência do uso de serviços odontológicos tem sido identificada entre crianças brasileiras de 12 anos, como registrado em Recife<sup>26</sup> e João Pessoa<sup>27</sup>, assim como entre as crianças brasileiras em geral<sup>1</sup>. O acesso aos serviços odontológicos, aliado às estratégias governamentais e à educação em saúde como prática social e complementar a estas estratégias, representa uma importante

**Tabela 2.** Análise univariada dos fatores associados ao acesso a orientações de higiene bucal entre escolares de Montes Claros/MG, 2008/2009 (n=2.510)

Variáveis	Orientações higiene bucal		OR	IC 95%	p
	Não	Sim			
DETERMINANTES PESSOAIS					
Sexo					
Feminino	14,6	85,4	1,00		
Masculino	12,0	88,0	1,25	0,99-1,58	0,056
Raça autodeclarada					
Branca, Amarela	12,7	87,3	1,00		
Indígena, negro e pardo	13,6	86,4	0,91	0,70-1,20	0,542
SERVIÇOS DE SAÚDE/CUSTOS COM A SAÚDE					
Motivo do uso do serviço odontológico					
Atendimento por rotina	11,2	88,8	1,00		
Atendimento por tratamento	15,0	85,0	0,71	0,56-0,90	0,006
Tempo da última visita ao dentista (anos)					
Um ano ou menos	11,4	88,6	1,00		
Mais de um ano	16,6	83,4	0,64	0,51-0,80	0,000
Tipo de serviço odontológico utilizado					
Público/Filantrópico	15,2	84,8	1,00		
Privado/Convênio	10,6	89,4	1,51	1,18-1,93	0,001
Recebe assistência odontológica na escola					
Sim	11,4	88,6	1,00		
Não	15,4	84,6	0,70	0,56-0,89	0,003
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE					
Frequência de higiene bucal diária					
2 vezes ou mais	13,0	87,0	1,00		
1 vez	19,5	80,5	0,61	0,41-0,92	0,019
Meios de realizar a higiene bucal					
Escova de dentes, higieniza língua, fio dental e/ou enxaguatório	12,0	88,0	1,00		
Somente escova de dentes /escova de dentes e higieniza língua	18,6	81,4	0,59	0,46-0,77	0,000
DESEFECHOS DE SAÚDE CONDIÇÕES NORMATIVAS DE SAÚDE BUCAL					
CPOD					
CPO-D = 0	14,3	85,7	1,00		
CPO-D ≥ 1	12,2	87,8	1,21	0,95-1,52	0,131
Fluorose					
Sem fluorose	13,0	87,0	1,00		
Com fluorose	14,0	86,0	0,91	0,73-1,16	0,479
CONDIÇÕES SUBJETIVAS DE SAÚDE					
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico					
Não	12,3	87,7	1,00		
Sim	14,0	86,0	0,86	0,67-1,10	0,250

**Tabela 3.** Análise múltipla do acesso a orientações de higiene bucal ajustada por variáveis estaticamente significantes ( $p \leq 0,05$ ), entre escolares de Montes Claros-MG, 2008/2009

DETERMINANTES PESSOAIS	OR	IC 95%	p
Sexo			
Feminino	1,00		
Masculino	1,27	1,00-1,60	0,046
SERVIÇOS DE SAÚDE/CUSTOS COM A SAÚDE			
Motivo do uso do serviço odontológico			
Atendimento por rotina	1,00		
Atendimento por tratamento	0,78	0,61-0,99	0,049
Tempo da última visita ao dentista (anos)			
Um ano ou menos	1,00		
Mais de um ano	0,66	0,52-0,83	0,001
Tipo de serviço odontológico utilizado			
Público/ Filantrópico	1,00		
Privado/ Convênio	1,47	1,14-1,89	0,003
Recebe assistência odontológica na escola			
Sim	1,00		
Não	0,71	0,56-0,90	0,005
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE			
Frequência de higiene bucal diária			
2 vezes ou mais	1,00		
1 vez	0,63	0,42-0,95	0,029

possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público<sup>28</sup>. Acredita-se que maior acesso a informações preventivas em saúde bucal poderia favorecer a utilização de serviços odontológicos a partir da conscientização dos indivíduos da importância do uso. Há de se considerar ainda, nestas associações registradas, a possibilidade de causalidade reversa.

O acesso a orientações de higiene bucal foi menor entre escolares que relataram a frequência de higiene bucal apenas uma vez por dia. Tal associação era esperada, pois se acredita que tais orientações podem levar à adoção e/ou à manutenção de comportamentos positivos em saúde bucal, sendo um menor acesso relacionado a comportamentos inadequados. Sabe-se também que uma parcela considerável das crianças brasileiras de 12 anos de idade já teve experiência de cárie<sup>1</sup>, fato este que salienta a necessidade de medidas educativas em saúde bucal que visem à melhoria destas condições a partir da adoção e/ou da manutenção de comportamentos preventivos.

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 orientações de higiene bucal e as variáveis investigadas é dinâmico. Portanto, causas e efeitos certamente variam ao longo da vida e, sendo este um estudo seccional, não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. Entretanto, ressalta-se o fato de este trabalho ter sido conduzido em uma amostra representativa de escolares da rede pública, além de ter seguido etapas relevantes exigidas em uma pesquisa transversal, como calibração dos examinadores/ anotadores e análises estatísticas múltiplas.

## CONCLUSÃO

A maioria dos escolares teve acesso a orientações de higiene bucal, estando este acesso associado a variáveis referentes aos determinantes pessoais, ao serviço de saúde/custos com a saúde e aos comportamentos relacionados à saúde. Ressalta-se, ainda, que escolares da Rede Pública de Ensino podem representar um grupo de maior propensão à ocorrência de agravos bucais, devido a piores condições sociodemográficas, o que ressalta a necessidade de oferta de serviços de saúde para esse grupo populacional. Note-se que estes serviços devem ser de qualidade, com garantia do acesso a orientações de higiene bucal, dentre outras informações sobre diferentes problemas de saúde, a fim de minimizar as desigualdades sociais, no que diz respeito à saúde bucal, e garantir a melhoria nos comportamentos e nas condições de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Global goals for oral health in the year 2000. Fédération Dentaire Internationale. Int Dent J. 1982; 32(1): 74-7. PMID:6951815.
4. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva; 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 Hyg. 2013; 11(3): 208-15.; published online December 6, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/idh.12011>. PMID:23216907

6. Rosema NA, van Palenstein Helderma 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 toothbrushing programme. *Int J Dent Hyg*. 2012; 10(3): 163-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2012.00553.x>. PMID:22540419.
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): 743-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300008>.
8. Figueira TR, Leite ICG. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *RGO – Rev Gaúcha Odontol*. 2008; 56(1): 27-32.
9. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24(4): 231-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00850.x>. PMID:8871028
10. Al-Jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hyg*. 2006; 4(1): 30-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2006.00156.x>. PMID:16451437
11. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5): 634-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000600015>. PMID:12471391
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al, and the (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(1): 80. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>. PMID:22276600
13. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q*. 1988; 15(4): 379-94. <http://dx.doi.org/10.1177/109019818801500402>. PMID:3230016
14. Dean HT. Classification of mottled enamel diagnosis. *J Am Med Assoc*. 1934; 21: 1421-6.
15. Rocha RA, 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 Saúde Pública*. 2008; 24(12): 2871-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200016>. PMID:19082278
16. Jürgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health*. 2009; 9(1): 29. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-9-29>. PMID:19917089
17. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2): 116-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.014>. PMID:23642420
18. 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 Saúde Pública*. 2008; 24(9): 1991-2000.
19. 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): 715-22. <http://dx.doi.org/10.5585/ConsSaude.v10i4.2803>.
20. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(Suppl 1): 3-23. <http://dx.doi.org/10.1046/j.2003.com122.x>. PMID:15015736
21. 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): 1229-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500020>. PMID:18813457
22. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Tôrres LHN, Sousa ML, 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): 4095-106. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100015>. PMID:22031139
23. 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): 229-35. PMID:19552228.
24. González M, Cabrera R, Grossi SG, Franco F, Aguirre A. Prevalence of dental caries and gingivitis in a population of Mexican schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993; 21(1): 11-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1993.tb00710.x>. PMID:8432097
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
26. 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): 73-8.
27. Claudino LV, Alexandra AKF, Lima AL, Silva NB, Dantas RVF, Santiago BM, et al. Condições de saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal em escolares de 12 anos. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2011; 11(4):573-84. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2011.114.19>
28. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(1): 121-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100012>.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## \*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Rodrigo C. N. Oliveira, Rua Porto Seguro, 1100, casa 290, Condomínio Portal das Acácias, Bairro Ibituruna, 39401-290 Montes Claros - MG, Brasil, e-mail: rocanunes@yahoo.com.br

Recebido: Fevereiro 28, 2014

Aprovado: Agosto 7, 2014