

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MAIARA PAULA MALACARNE ZAMBALDI**

**HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS EM ESCOLARES**

**VITÓRIA – ES**

**2016**

**MAIARA PAULA MALACARNE ZAMBALDI**

**HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS EM ESCOLARES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Edson Theodoro dos Santos Neto.

Co-orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria del Carmen Bisi Molina

**VITÓRIA  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Zambaldi, Maiara Paula Malacarne, 1986 -

Z23h            Hábitos de higiene bucal e a utilização dos serviços  
odontológicos em escolares / Maiara Paula Malacarne Zambaldi –  
2016.

105 f. : il.

Orientador: Edson Theodoro dos Santos Neto.

Coorientador: Maria del Carmen Bisi Molina.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Utilização. 2. Saúde Bucal. 3. Criança. 4. Serviços de Saúde. 5.  
Hábitos. I. Santos Neto, Edson Theodoro dos.  
II. Molina, Maria del Carmen Bisi. III. Universidade Federal do Espírito  
Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

MAIARA PAULA MALACARNE ZAMBALDI

**HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS EM ESCOLARES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

-----  
Prof.º Dr.º Edson Theodoro dos Santos Neto  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

-----  
Prof. Dr.ª Maria Del Carmen Bisi Molina  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Co-orientadora

-----  
Prof.ª Dr.ª Margareth Pandolfi  
Faculdades Unidas do Norte de Minas  
Membro externo

-----  
Prof.º Dr.º Aduino Emmerich Oliveira  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro interno

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que ilumina todos os passos e conquistas da minha vida

Aos meus pais, Pelé e Cristina, que me criaram cercada de amor e apoio. Companheiros de vida um do outro e eternos namorados. Exemplos de honestidade e persistência.

À minha irmã Jô. Minha outra metade. Melhor amiga, professora, companheira, confidente e companhia para todas as horas. Amo mais do que tudo no mundo!

Ao meu cunhado/irmão Gui. Aguenta minhas manias e reclamações. Me diverte com suas risadas e me ensina com seu jeito de levar a vida. Parece que sempre foi da família!

Ao amor da minha vida: Vitor. Minha alma gêmea. A gente se completa nas nossas diferenças e aprende junto com nossos erros. Poder amar você e viver ao seu lado foi o que de melhor já aconteceu em minha vida.

À minha amiga e noiva do ano Patrícia. Irmã de outra mãe. Companheira de todas as horas. Crescemos e aprendemos juntas!

As minhas barangas Natalia e Larissa que me divertem nos momentos que passamos juntas. Amigas para o que der e vier.

Ao meu orientador Edson pela paciência, ensinamentos e contribuições sempre positivas.

A minha co-orientadora Maria Del Carmen pela generosidade e disponibilidade em todos os momentos que precisei.

A professora Carolina que pacientemente explicou meus questionamentos e compartilhou todas as referências bibliográficas que possuía.

A Cinara pela prontidão em ajudar, aos funcionários da UFES, aos colegas do grupo das terças-feiras, aos colegas de turma do mestrado e aos professores.

Agradeço a todos que contribuíram de alguma maneira com essa conquista. !!

## RESUMO

Este estudo avalia os fatores relacionados às práticas de higiene bucal e a utilização de serviços odontológicos em escolares, de sete a dez anos de idade, do município de Vitória- Espírito Santo (ES). Trata-se de um estudo seccional realizado com amostra probabilística por conglomerado de triplo estágio com população final de estudo de 1282 escolares. Os dados foram coletados por meio de formulário aplicado às crianças e questionário enviado aos pais/responsáveis para preenchimento e posterior devolução. Análises de Regressão Logística Multivariada foram conduzidas entre as características infantis, maternas e socioeconômicas com o desfecho relacionado à posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida, determinantes do acesso aos serviços de saúde odontológicos. Por meio da análise de Regressão Multinomial Multivariada, testaram-se também associações entre as três situações possíveis da variável de práticas de saúde bucal (menos favorável, intermediária e mais favorável) com as características infantis, maternas e socioeconômicas. Os resultados obtidos demonstraram que a população de estudo foi composta em sua maioria pelo sexo feminino 744 (58,0%), com idade entre oito 359 (28,0%) e nove anos 360 (28,1%), matriculados na rede pública de ensino 1061 (82,8%). No modelo final de Regressão Logística permaneceram associadas à posse de escova dental própria as variáveis: idades de oito, nove e dez anos; tabagismo materno e consulta odontológica uma vez na vida. Quanto à consulta odontológica uma vez na vida, as variáveis associadas foram: idades de nove e dez anos; tipo de escola; quantidade de quartos e posse de escova dental própria. No modelo de Regressão Multinomial as variáveis associadas foram: peso ao nascer, morar com pai e mãe, consulta odontológica uma vez na vida, experiência de cárie e posse de escova dental. Conclui-se que fatores socioeconômicos e individuais estão relacionados tanto ao acesso à bens e serviços de saúde como com comportamentos de saúde.

Palavras chaves: Utilização. Saúde bucal. Criança. Serviços de saúde. Hábitos.

## ABSTRACT

This study evaluates the factors related to oral hygiene habits and the use of dental services in students aged seven to 10 years in the city of Vitória- Espírito Santo (ES). It is a cross-sectional study with a probabilistic sample of triple stage with final study population of 1282 children. Data were collected using a questionnaire applied to the children and a questionnaire sent to parents to fill out and return. Multivariate Regression Logistics analyses were conducted between children's, maternal and socioeconomic characteristics with the outcome related to own a toothbrush and dental appointment once in a lifetime determinants of access to dental health services. Multinomial Regression Multivariate analyses also tested combinations between the three possible situations of oral health practices: less favorable level, intermediate level and more favorable level with children's, maternal and socioeconomic characteristics. The results showed that the study population was composed mostly by women 744 (58.0%), aged eight 359 (28.0%) and nine years 360 (28.1%) and enrolled in the public school system 1061 (82.8%). In the final model of Logistic Regression, the variables that remained associated with own a toothbrush were ages of eight, nine and 10 years old; maternal smoking and dental appointment once in a lifetime. To the variable dental appointment once in a lifetime, the associated variables were ages of nine and 10 years old; type of school; number of rooms and own a toothbrush. In Multinomial Regression model, the associated variables were birth weight, living with father and mother in the same home, dental appointment once in a lifetime, cavity experience and own a toothbrush. This study proven that socio-economic and individual factors are related with access and oral health habits.

Key Words: Utilization. Oral health. Child. Health services. Habits.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABA</b>	Associação Brasileira de Anunciantes
<b>ABIPEME</b>	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
<b>ANEP</b>	Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CPOD</b>	Dentes cariados, perdidos e obturados
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IDSUS</b>	Índice de Desempenho do SUS
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>SAÚDES</b>	Nutrição e Saúde de crianças de 7 a 10 anos matriculadas em escolas públicas e privadas de Vitória- E.S
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFES</b>	Universidade Federal do Espírito Santo

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
<b>Quadro 1</b>	Pontuação e situações possíveis de desfecho da variável de práticas de higiene bucal da amostra de 1282 escolares do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2016.	35
<b>Quadro 2</b>	Variáveis em estudo da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.	37
<b>Tabela 1</b>	Análise bivariada das características infantis com os desfechos de consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.	50
<b>Tabela 2</b>	Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com os desfechos de consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.	51
<b>Tabela 3</b>	Análise multivariada do desfecho de posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.	53
<b>Tabela 4</b>	Análise multivariada do desfecho consulta odontológica uma vez na vida da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES, Vitória- ES, 2007.	54
<b>Tabela 1</b>	Distribuição das variáveis relacionadas às características infantis do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.	72
<b>Tabela 2</b>	Características maternas e socioeconômicas das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.	74
<b>Tabela 3</b>	Análise bivariada das características infantis com os desfechos de prática de higiene bucal das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.	76
<b>Tabela 4</b>	Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com os desfechos de prática de higiene bucal das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.	77

**Tabela 5** Análise multivariada dos desfechos intermediário e mais favorável de prática de higiene bucal em relação à prática menos favorável das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007. 78

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	14
2.1 ACESSO AOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	14
<b>2.1.1 Acesso em saúde bucal</b> .....	19
2.2 PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL .....	23
<b>2.2.1 Determinantes dos hábitos de higiene bucal</b> .....	25
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	29
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	31
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	32
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	32
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	32
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
5.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	34
<b>5.4.1 Uso de Fio Dental</b> .....	34
<b>5.4.2 Frequência de escovação</b> .....	34
<b>5.4.3 Práticas de higiene bucal</b> .....	34
<b>5.4.4 Características infantis</b> .....	35
<b>5.4.5 Características maternas</b> .....	36
<b>5.4.6 Características socioeconômicas</b> .....	36
5.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS .....	39
<b>5.5.1 Análise Bivariada</b> .....	39
<b>5.5.2 Regressão Logística Multivariada e Regressão Multinomial Multivariada</b>	40
5.6-CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
<b>6. RESULTADOS</b> .....	41
6.1. ARTIGO 1: UTILIZAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR ESCOLARES DE 7 A 10 ANOS EM VITÓRIA-ES* .....	41
6.2- ARTIGO 2 – PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL DE ESCOLARES SÃO INFLUENCIADAS POR CARACTERÍSTICAS INFANTIS, MATERNAS E SOCIOECONÔMICAS. ....	65
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92

<b>8 REFERÊNCIAS GERAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO E .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO F .....</b>	<b>105</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação de mestrado foi concebida frente ao desejo profissional, como cirurgiã-dentista e pesquisadora, de compreender a reincidência dos problemas e comportamentos nocivos em saúde bucal enfrentados no cotidiano da prática odontológica. Por vezes, o profissional de saúde falha na atenção dispensada ao paciente por não entender os diversos fatores que estão envolvidos na adoção de comportamentos em saúde bucal, sejam eles benéficos ou nocivos. A presente pesquisa prossegue com os estudos e análises do banco de dados do Estudo de Nutrição e Saúde de crianças de 7 a 10 anos matriculadas em escolas públicas e privadas de Vitória- E.S (SAÚDES). O SAÚDES foi realizado em 2007 com o intuito de investigar diferentes aspectos de vida dos escolares e seus familiares. Dados relacionados às práticas de atividade física bem como à alimentação dentro e fora do ambiente escolar forneceram um amplo panorama do estado nutricional desses menores. Além disso, por meio de questões que abordavam a saúde bucal e geral e os aspectos socioeconômicos dos escolares, a realização deste estudo obteve significativa importância para o conhecimento dos hábitos infantis. O presente trabalho trata-se do primeiro estudo a avaliar os aspectos relacionados à saúde bucal dos escolares pesquisados pelo projeto SAÚDES. Para tal, investigou-se a relação das características infantis, maternas e socioeconômicas com as práticas de higiene bucal e a utilização de bens e serviços odontológicos das 1282 crianças participantes do estudo. Os resultados obtidos foram apresentados nos dois manuscritos que estruturam esta dissertação.

Este tema vem recebendo atenção nos últimos anos frente à comprovada importância do meio bucal para a manutenção da saúde do indivíduo. No Brasil, apesar da crescente elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde bucal, observam-se, ainda, prevalências elevadas de doenças bucais e perdas dentárias. Este quadro torna-se ainda mais preocupante ao consideramos que tanto os hábitos diários de cuidado bucal como o acesso regular às consultas odontológicas e aos bens de saúde bucal variam conforme grupos sociais. Indivíduos de baixo nível socioeconômico, apesar de estarem expostos a

maiores riscos e chances de adoecerem, possuem as menores frequências de escovação, uso do fio dental e utilização dos serviços odontológicos.

Nesse contexto, as crianças são a parcela mais suscetível às influências do meio externo, de maneira que os aspectos de vida relacionados à renda, escolaridade, condições de moradia, características individuais e relações interpessoais podem comprometer a saúde bucal dos menores ao longo de toda vida.

O presente estudo foi realizado em crianças de sete a dez anos, faixa etária geralmente excluída das pesquisas que abordam a saúde bucal, em um município de indicadores socioeconômicos e de saúde favoráveis. O ambiente escolar foi o cenário de estudo escolhido frente à importância que o convívio com indivíduos fora do ambiente familiar exerce na saúde das crianças.

## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1 ACESSO AOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde são compostos por diferentes componentes que se articulam entre si para que a atenção à saúde da população ocorra de maneira efetiva (SOUZA; BAHIA, 2014). Tais sistemas geralmente adotam princípios que orientam todas suas intervenções em saúde, desde o nível macropolítico até o nível micropolítico (CECILIO, 2001).

O princípio de equidade no acesso aos serviços de saúde orienta o sistema de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como objetivo garantir acesso 'universal, igualitário e gratuito' aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). O acesso, de uma maneira geral, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, pode ser definido como o ato de ingressar, entrada (HOUAISS, 2001) e implica a garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, de forma que os indivíduos possam usufruir desses serviços de maneira contínua e organizada (ROHR; BARCELOS, 2008). A determinação do conceito de acesso varia conforme os autores, bem como a terminologia adotada. Por vezes, diferentes sinônimos como acessibilidade e disponibilidade são utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1973) configura-se como um dos primeiros autores a utilizar o termo acessibilidade e não acesso. Para esse autor, a acessibilidade não consistiria apenas na disponibilidade de determinado serviço de saúde, mas sim em um fator intermediário entre a capacidade do sistema de saúde de produzir serviço e a real produção ou uso desses serviços. A acessibilidade compreenderia dessa forma, as características do sistema de saúde que facilitaríamos ou obstruíram a utilização dos serviços pelos usuários em potencial e seria distinguida em duas dimensões que se articulariam entre si: sócio organizacional e geográfica.

A acessibilidade sócio organizacional seria influenciada por fatores relacionados ao sexo, raça/cor do usuário, à especialidade médica e à forma de pagamento e

valores desembolsados para obtenção do cuidado. Sendo assim, as próprias configurações do serviço de saúde, como o tipo de serviço ofertado e o horário disponível, poderiam facilitar ou não a utilização do mesmo pelos usuários. Já a acessibilidade geográfica estaria relacionada às barreiras de locomoção criadas pelo espaço físico, que dificultariam a obtenção do cuidado pelo usuário. Essas barreiras seriam os fatores relativos a: distância física do local do serviço de saúde; distância, custo e tempo da viagem a ser realizada, bem como o tempo total decorrido para obtenção da atenção em saúde (DONABEDIAN,1973).

Para Andersen e Newman (1973) o conceito de acesso estaria ligado à entrada inicial do indivíduo ao sistema de saúde e influenciaria a utilização dos serviços de saúde por meio de fatores contextuais externos e fatores relacionados a organização do sistema de saúde. Esses fatores seriam então mediados por características individuais dos usuários agrupadas em: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes estariam relacionados a: idade, sexo, estado civil, educação, raça e a ocupação do sujeito. Além disso, às crenças dos indivíduos, o valor atribuído à saúde e as atitudes do usuário perante o serviço de saúde, também seriam fatores que predisporiam a utilização dos serviços de saúde. Já os fatores capacitantes considerariam as características familiares de renda e posse de plano de saúde bem como as características da comunidade, os valores dos serviços e a quantidade de serviços ofertados. Por fim, as necessidades de saúde representariam o estado de saúde do indivíduo, percebido ou diagnosticado. Em análises posteriores do modelo, Andersen (1995) incorpora novas dimensões de acesso denominadas de: acesso potencial; relacionado aos fatores capacitantes individuais e comunitários; acesso realizado, referido como a utilização dos serviços de saúde propriamente dita; acesso efetivo, relacionado ao processo de cuidado; e acesso eficiente, que indicaria as mudanças nas condições de saúde e satisfação dos usuários de acordo com o volume de serviços prestados.

Segundo Penchansky e Thomas (1981) o conceito de acesso estaria fundamentado no ajuste entre as características do sistema e dos prestadores dos serviços de saúde com as características e expectativas dos usuários. O acesso estaria agrupado em cinco dimensões relativas a: disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de pagar e aceitabilidade. A

disponibilidade seria a relação entre o volume e o tipo de serviço existente com a demanda e as necessidades dos usuários. A acessibilidade seria a dimensão que consideraria a distância que o usuário teria que percorrer e os custos que teria que desembolsar para conseguir utilizar o serviço de saúde. Já o acolhimento seria a relação entre a maneira como o serviço está organizado para receber os usuários e a capacidade dos pacientes em se adequarem a essas características e as perceberem como apropriadas. A capacidade de pagar consistiria na dimensão que consideraria a posse de plano de saúde, os custos percebidos pelos pacientes no tratamento e as taxas de repasse gastas. Por fim, a última dimensão de acesso, segundo Penchansky e Thomas (1981), seria a relacionada a aceitabilidade, que consistiria na relação entre a percepção do usuário a respeito do profissional de saúde que está lhe atendendo e a maneira como esse profissional de saúde aceitaria as particularidades de seus pacientes.

Para Frenck (1992) o termo mais adequado seria acessibilidade, que poderia ser definida como a relação entre os obstáculos na procura e obtenção do cuidado em saúde, com a capacidade do usuário em superar esses obstáculos. As necessidades em saúde e o desejo por cuidado emergiriam e fatores relacionados às características, tanto do usuário como do sistema de saúde, poderiam atrapalhar ou facilitar esse processo. Ele discorre ainda que o conceito de acessibilidade poderia ser analisado por diferentes domínios. O domínio amplo, que incluiria o desejo e a busca por cuidado em saúde, a utilização dos serviços de saúde propriamente dita e a continuidade da atenção. O domínio intermediário, relacionado à busca, utilização e continuidade do cuidado; e um domínio restrito, referente apenas à busca e à utilização do serviço de saúde. Segundo esse autor, a melhor maneira de analisar a acessibilidade seria restringir o conceito ao domínio restrito, pois a acessibilidade nada mais seria que um dos determinantes da utilização dos serviços de saúde.

Starfield (2002) utiliza ambos os termos, acesso e acessibilidade. A acessibilidade seria um aspecto relacionado à estrutura do sistema de saúde que possibilitaria a população obter atenção primária ao serviço. Para que esse cuidado fosse alcançado o local de atendimento deveria ser acessível e disponível. Além disso, a acessibilidade seria diferente de acordo com cada tipo

de médico, seja ele especialista ou clínico geral. Já o acesso seria a forma como o indivíduo experimenta a acessibilidade do serviço de saúde.

Após vários anos de debate sobre acesso nos sistemas de saúde e vasta revisão de literatura, Thiede, Makewengo e Mc'intyre (2014) definiram o acesso como a oportunidade dos usuários em utilizar os serviços de saúde mediante um conjunto de circunstâncias que assim permitissem. Fatores externos, relacionados ao contexto em que o usuário estaria inserido, influenciariam a capacidade do usuário de tomar decisões quanto ao momento apropriado de fazer uso dos serviços de saúde. Dessa maneira, apenas a oportunidade em utilizar o serviço não seria suficiente para o acesso, se o nível de informações sobre saúde e a organização dos serviços de saúde fossem precários. O conceito de acesso para esses autores estaria agrupado em três dimensões referentes a: disponibilidade de serviços apropriados à necessidade do usuário; viabilidade financeira, referente a adequação entre o custo de utilização do serviço e a capacidade de pagamento do indivíduo; e aceitabilidade definida como a adequação entre as atitudes dos prestadores de serviços de saúde e a dos usuários.

Conforme explicitado, o conceito de acesso é complexo e varia conforme a abordagem dos autores. De maneira similar, sua relação com a utilização dos serviços de saúde também é pouco clara (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) devido à amplitude de variáveis objetivas e subjetivas com as quais o acesso está relacionado (ROHR; BARCELOS, 2008).

Entretanto, a utilização dos serviços de saúde pode ser analisada como um indicador de acesso (PALMA et al., 2015; MENDOZA-SASSI; BERIA, 2011; FRENCK 1992; ANDERSEN, 1995) ao considerarmos que no decorrer da vida a maioria dos indivíduos depara-se com situações de necessidade de cuidado por algum profissional de saúde. Sendo assim, a análise das taxas de utilização dos serviços de saúde também pode propiciar uma avaliação a respeito da acessibilidade daquele serviço (MENDOZA-SASSI; BERIA, 2011).

A importância do estudo da utilização dos serviços de saúde ancora-se no fato dela representar o centro do funcionamento dos sistemas de saúde.

Compreende todo contato com o sistema seja de maneira direta, por meio de realização de consultas, ou indireta por meio da realização de exames (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A utilização torna-se, portanto, o meio pelo qual os trabalhadores de saúde atendem as demandas e as necessidades dos usuários e da população (SOUZA; BAHIA, 2014) e a não- utilização dos serviços de saúde, frente a uma necessidade, configura-se como uma barreira de acesso ao sistema de saúde.

As barreiras de acesso podem estar relacionadas tanto às características socioeconômicas dos indivíduos como aos problemas da oferta e organização dos serviços (RIBEIRO et al., 2006). Em relação às características da oferta que afetam o acesso, podemos citar: a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica; a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos; os mecanismos de financiamento; o modelo assistencial do país e a informação em saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Em estudo conduzido por Pinheiros e Torres (2002), com dados da Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio-1998 (PNAD/98), os principais motivos para que o atendimento aos serviços de saúde não fosse realizado eram aqueles relacionados à falta de vaga ou médicos disponíveis, demonstrando dessa maneira que os fatores ligados a oferta podem facilitar ou reprimir o acesso aos serviços de saúde.

Em relação às características socioeconômicas, observa-se que o acesso pode ser fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Nas PNAD/98 e 2003, a população residente em localidades das regiões Sudeste e Sul apresentou maiores chances de uso de serviços de saúde do que os residentes nas demais regiões do Brasil (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006), demonstrando que as diferenças sociais refletem diretamente na obtenção do cuidado em saúde dos diferentes grupos populacionais brasileiros.

### **2.1.1 Acesso em saúde bucal**

Quando as diferenças no acesso são analisadas por tipo de serviço de saúde observam-se que essas desigualdades persistem também na utilização dos serviços odontológicos (BRASIL, 2011). Por exemplo, na Região Sul a quantidade de indivíduos que nunca foram ao cirurgião-dentista aos 12 anos é metade em relação às demais regiões do Brasil (cerca de 18%) (BRASIL, 2011). Percebe-se também que há uma proporção alta de atendimentos odontológicos financiados pelos pacientes, em contrapartida aos atendimentos financiados pelo SUS (BRASIL, 2011), demonstrando que a cobertura por plano de saúde ou a possibilidade de utilização de recursos próprios são fatores relacionados às diferenças na utilização de serviços de saúde (PINHEIROS; TORRES, 2002). Possuir plano de saúde privado aumenta em 450% as chances dos indivíduos de consumirem algum tipo de serviço de saúde (NERI; SOARES, 2002).

As barreiras de acesso aos serviços odontológicos podem estar relacionadas tanto à disponibilidade de recursos odontológicos, opinião sobre a qualidade do atendimento, ou mesmo à percepção da população sobre a necessidade de saúde bucal (PINHEIROS; TORRES, 2002). Nunca ter consultado o cirurgião-dentista é um indicador negativo relacionado à falta de acesso. Garantir que a utilização dos serviços odontológicos ocorra de maneira igualitária por toda a população pode permitir uma aproximação aos princípios de acesso universal e gratuito preconizados pela constituição promulgada em 1988 (NORO et al., 2008). Para tanto, se faz necessário identificar os fatores que influenciam esse acesso, a fim de minimizar as disparidades presentes entre grupos populacionais.

Alguns estudos científicos vêm sendo conduzidos nas últimas décadas com o intuito de avaliar os determinantes do acesso aos serviços de saúde odontológicos. Fatores socioeconômicos como renda e escolaridade; características individuais como idade e sexo; e necessidades em saúde relatadas pelos indivíduos vêm associando-se com o acesso aos bens e serviços de saúde odontológicos.

Quanto às características socioeconômicas, observa-se que a utilização dos serviços de saúde é desigual e a favor dos mais ricos (POLITI, 2014; LOUVISON et al., 2008) e que o consumo de serviços de saúde tende a aumentar à medida que a renda e a escolaridade aumentam. Baldani e Antunes (2001) estudaram 747 indivíduos brasileiros estratificados em grupos etários de: zero a seis anos; sete a catorze anos; quinze a cinquenta e nove anos e sessenta anos ou mais, com o objetivo de investigar a presença de desigualdades na utilização de serviços odontológicos. No grupo de escolares (7 a 14 anos) a proporção de utilização foi de 55% de maneira que aqueles indivíduos cujas famílias não tinham casa própria e eram de baixa renda financeira utilizaram os serviços de saúde em menor frequência. Resultados similares foram descritos por Palma et al. (2015) em estudo conduzido com 997 crianças brasileiras de cinco anos de idade. A prevalência dos menores que não utilizaram os serviços odontológicos foi maior entre as crianças de famílias com menor renda *per capita* e filhos de mães com menor escolaridade.

Araujo et al. (2009) conduziram um estudo com indivíduos de 10 a 19 anos a fim de verificar a utilização dos serviços odontológicos e seus determinantes socioeconômicos. Os resultados apontaram que, para todas as faixas etárias estudadas, os indivíduos com melhor nível econômico e maior escolaridade utilizaram mais os serviços odontológicos do que aqueles com pior nível econômico (D/E) e com quatro anos ou menos de escolaridade. Barros e Bertoldi (2002) utilizaram os dados de 344.975 pessoas da PNAD/98 a fim de avaliar o acesso aos serviços de saúde bem como estudar seus diferenciais entre os grupos sociais. Entre todos os grupos etários, 39% dos indivíduos de menor renda (primeiro quintil) nunca consultaram um cirurgião-dentista contra 5% de maior renda (quinto quintil). De maneira similar, a proporção de pessoas que consultaram o cirurgião-dentista a menos de um ano foi sempre maior no grupo dos mais favorecidos.

Já Noro et al. (2008) entrevistaram 3425 pais e responsáveis de crianças brasileiras de cinco a nove anos com o intuito de analisar a utilização de serviços odontológicos e sua relação com fatores socioeconômicos. Os resultados demonstraram uma alta influência das condições socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, pois ter plano de saúde privado, acesso à coleta de lixo

e ao tratamento de esgoto aumentaram as chances de os indivíduos acessarem os serviços de saúde. Além disso, o fato da mãe possuir oito ou mais anos de estudo aumentou em 1,5 vezes a chance de acesso aos serviços de saúde odontológicos pelas crianças. Esses resultados corroboram com o estudo de Jimenez et al. (2004) conduzido em 1676 crianças de três a 15 anos da Espanha. Os aspectos socioeconômicos demonstraram influência na utilização de serviços odontológicos, pois a tendência em ter visitado o cirurgião-dentista, no intervalo de um ano antes da realização da pesquisa, aumentou conforme a renda mensal das famílias e o nível de instrução dos pais ou responsáveis. Observou-se também, nesse mesmo estudo, que aquelas crianças cujos pais possuíam baixo nível de instrução educacional tinham 1,5 vezes a probabilidade de não terem recebido cuidados odontológicos quando comparadas àquelas crianças com responsáveis de maior nível educacional.

A renda e escolaridade influenciam o acesso aos serviços de saúde, ao qualificarem de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde (SILVA; FERNANDES, 2001). Associações positivas entre maior renda e escolaridade, com maior frequência de acesso aos serviços de saúde, podem significar maior capacidade de superação de obstáculos à busca e obtenção de assistência por grupos sociais mais favorecidos econômica e culturalmente (MANHÃES; COSTA, 2008). Além disso, a exposição aos riscos e as chances de adoecer também são diferentes de acordo com o grupo social que o indivíduo está inserido (SILVA; FERNANDES, 2001).

Torna-se importante salientar também a relação entre as necessidades de saúde dos sujeitos com o acesso aos serviços de saúde. A doença é um dos fatores determinantes para a procura de serviços de saúde (PINHEIROS; TORRES, 2002; LOUVISON et al., 2008) e indivíduos com dor dentária, diagnóstico de doenças crônicas e auto percepção de saúde como ruim, possuem maiores frequências de acesso aos serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008). Palma et al., (2015) ao investigarem os fatores associados a não utilização dos serviços odontológicos, constataram que a maioria das crianças que havia utilizado o serviço de saúde, o fizeram devido a alguma queixa de situação de saúde. Além disso, a prevalência de crianças que não utilizaram os serviços odontológicos foi

maior em crianças cujas mães não percebiam a necessidade de tratamento odontológico do filho. Esses achados corroboram com o estudo Baldani e Antunes (2001) e Araújo et al., (2009) que demonstraram uma prevalência de utilização dos serviços odontológicos superior para aquelas pessoas que relataram algum tipo de problema bucal.

Os indicadores de acesso aos serviços de saúde odontológicos apontam diferenças importantes também de sexo e idade. Pinheiro e Torres (2002) conduziram uma pesquisa científica com dados da PNAD/98 com o intuito de analisarem além do perfil de morbidade referida, o acesso aos serviços de saúde em homens e mulheres no Brasil. Observaram que em relação às consultas odontológicas, a frequência de pelo menos uma consulta por ano foi 35,3% entre as mulheres e 30,9% entre os homens. Em revisão de literatura conduzida por Rohr e Barcelos (2008), as mulheres com maior escolaridade visitaram o cirurgião cirurgião-dentista de maneira mais regular. Além disso, fatores relacionados à necessidade de saúde percebida e a condição socioeconômica também influenciaram o acesso aos serviços de saúde odontológicos, de maneira que os indivíduos inseridos nas classes econômicas mais favorecidas também procuraram mais por serviços odontológicos. Já no estudo de Jimenez et al., (2004) conduzido em crianças, a maior idade relacionou-se diretamente à maior utilização de serviços odontológicos.

Medina-Solis et al., (2009) conduziram uma pesquisa científica com o propósito de avaliar a associação entre os indicadores sócio demográficos e a utilização de tipos de serviços de saúde bucal, curativo ou preventivo, em crianças mexicanas de seis a doze anos de idade. Os resultados também apontaram uma associação positiva e direta entre idade e utilização de serviços odontológicos. Em relação às características socioeconômicas, as variáveis associadas foram de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado, preventivo ou curativo. Estar matriculado em uma escola particular aumentou em quase 60% a chance das crianças fazerem uso do serviço odontológico do tipo preventivo. Além disso, as crianças que apresentaram maior experiência de cárie também utilizaram os serviços odontológicos curativos de maneira mais frequente.

Conforme relatado, o acesso aos serviços de saúde odontológicos é influenciado por uma gama de fatores inerentes aos aspectos de vida de uma população. O acesso regular às consultas odontológicas é o meio pelo qual o cirurgião-cirurgião-dentista, além de realizar os procedimentos curativos necessários, também reitera para o paciente as medidas que devem ser adotadas no cotidiano para a prevenção das doenças bucais. Porém, visitas regulares ao profissional especializado não substituem a importância que os métodos de higiene bucal, como a escovação e uso de fio dental possuem.

## 2.2 PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL

As enfermidades que acometem a cavidade bucal são de grande prevalência e gravidade no Brasil. Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, a proporção de indivíduos livres de cárie aos cinco anos de idade foi abaixo da metade da população estudada (46,6%) e aos 12 anos essa proporção diminuiu para 43,5% (BRASIL, 2011). O mecanismo pelo qual ocorre o desenvolvimento da cárie dentária e das doenças periodontais já está bem estabelecido nos estudos científicos, bem como o fato de que a remoção do biofilme por meio da escovação e de outros métodos de higiene bucal contribui de maneira significativa para a prevenção das doenças bucais (HERRERA et al., 2013; TOASSI; PETRY, 2002). Entretanto a adoção dos hábitos de higiene bucal, propriamente dito, é um mecanismo complexo.

Neste contexto, observa-se que as crianças são particularmente suscetíveis às condições a que são expostas (SANDERS; SPENCER, 2005) de maneira que seus comportamentos em saúde estão constantemente sendo moldados pelo ambiente, pela história pregressa de vida e por experiências pessoais vivenciadas (FREEMAN, 1999). Os fatores externos concernentes aos aspectos de vida dos menores como: nível socioeconômico, renda, educação (MEDINA-SOLÍS et al., 2009), condições de moradia e habitação (BRAUBACH; FAIRBURN, 2009), características individuais (GABARDO et al., 2015), familiares (PERES; BASTOS; LATORRE 2000) e de apoio social (DAVOGLIO ET AL., 2009; KOERBER ET AL., 2006; LEVIN; CURRIE, 2010) desempenham papel importante para que a adoção dos hábitos de higiene bucal se concretize.

O estudo dos determinantes das práticas de higiene bucal, bem como das frequências de escovação e uso do fio dental, tem sido bastante explorado nos últimos tempos. Várias pesquisas científicas (CASANOVA-ROSADO et al.; 2014; FRIAS et al.; 2012; GATOU; KOUNARI.; MAMAI-HOMATA, 2011; KOERBER et al.; 2006) têm relacionado características concernentes aos aspectos de vida com as condições de saúde e hábitos de higiene bucal em crianças.

Em relação à realização dos hábitos de escovação e uso do fio dental observa-se que não há um consenso, entre os estudos, a respeito da frequência com que devem ocorrer. Porém, geralmente, o uso do fio dental é relatado de maneira menos constante do que a escovação, conforme observado no estudo de Paredes et al. (2009). Foram pesquisadas 410 crianças da cidade de João Pessoa – PA entre as idades de três a 13 anos. Os resultados encontrados demonstraram que 44,8% das crianças escovavam seus dentes três ou mais vezes ao dia, porém a frequência dos que utilizavam o fio dental era de apenas 26,9%. Já Ruottinen et al. (2004) analisaram uma coorte de 33 crianças finlandesas que foram acompanhadas desde o momento do nascimento até a idade de 10 anos. Os resultados concernentes aos hábitos de escovação demonstraram que 67% das crianças possuíam o hábito de escovar os dentes apenas uma vez ao dia e um terço dos menores escovavam os dentes duas ou mais vezes ao dia. Contudo, o uso do fio dental era realizado por apenas sete dos 66 sujeitos estudados.

Hernández-Martínez et al. (2014), corroborando com a pesquisa de Ruottinen et al. (2004), também encontraram uma prevalência de escovação de uma vez ao dia, na maioria (cerca de 86%) das 1404 crianças mexicanas estudadas. Observaram também, que a frequência de utilização do fio dental foi relativamente menor à da escova, sendo que apenas 19,4% dos infantes relataram seu uso ao menos uma vez na semana. Das crianças estudadas, 3,1% não escovavam os dentes e não faziam uso da pasta e do fio dental.

Conforme observado nas pesquisas científicas apresentadas, o fio dental não é muito utilizado na realização da higiene bucal por parte das crianças. Entre os fatores que podem contribuir para sua menor frequência de utilização frente ao uso da escova dental estão: a falta da disseminação pelos serviços de saúde de

informações acerca de sua importância e o custo para sua aquisição que, em grupos de menor nível socioeconômico, pode inviabilizar sua utilização de maneira regular e contínua (FRIAS et al., 2012). Além disso, em algumas situações, os menores possuem acesso às medidas de educação em saúde bucal e à escova dental apenas por intermédio da escola e a distribuição do fio dental no ambiente escolar, em alguns casos, não é realizada (DAVLOGIO et al.; 2009).

### **2.2.1 Determinantes dos hábitos de higiene bucal**

Quanto aos determinantes dos hábitos de higiene bucal, percebe-se a influência das características individuais infantis na frequência de escovação dentária e no uso do fio dental. Na pesquisa de Villalobos-Rodelo et al. (2007), os autores estudaram as variáveis que estavam associadas aos padrões de higiene bucal de uma população de 3048 crianças mexicanas com idades de seis a 12 anos. Os resultados evidenciaram uma associação positiva entre as características infantis e os índices de higiene bucal, pois as crianças de menor idade e do sexo masculino apresentaram os piores indicadores de higiene. Além disso, crianças de seis a nove anos possuíam 34% maior de chance de ter condições de higiene bucal desfavoráveis. Resultados similares foram descritos por Vallejos-Sánchez et al. (2008) em estudo conduzido em 1373 crianças mexicanas de seis a doze anos com o propósito de identificar as variáveis associadas à frequência de escovação. Esses autores também relataram que a frequência de escovação dentária era maior em crianças mais velhas e do sexo feminino. Já Casanova-Rosado et al. (2014) pesquisaram 1644 crianças mexicanas com idades entre 6 a 13 anos, com o intuito de determinar a frequência de escovação dental e os fatores associados. Os resultados também apontaram que crianças de maior idade e do sexo feminino escovavam os dentes com maior frequência.

Nos estudos descritos, o sexo feminino e a maior idade associaram-se com a realização de hábitos mais benéficos a saúde bucal de maneira mais frequente. O que pode estar relacionado com tais associações é o fato de que crianças de menor idade possuem um menor desenvolvimento das habilidades motoras necessárias para a realização das técnicas adequadas de escovação. Crianças

mais velhas demonstram padrões mais uniformes no curso e na amplitude de movimento da escova, fatores necessários para a realização da escovação de forma adequada e eficiente (SUNDELL; KLEIN, 1982). Já em relação a associação encontrada com o sexo feminino, observa-se que as meninas possuem uma maior preocupação com sua aparência física em relação às crianças do sexo masculino (MONTERO et al.; 2012). Essa diferença pode ser devido à influência dos padrões sociais e culturais vigentes, o que faz com que as mães assumam um maior cuidado em relação ao seu corpo, repercutindo dessa maneira nos hábitos e comportamentos de saúde das crianças. Crianças que percebem que suas mães estão frequentemente tentando perder peso estão mais propensas a tornarem-se mais preocupadas com seu próprio peso ou a realizarem alguma forma de dieta de maneira mais constante, por exemplo (FIELD et al., 2001).

Ao analisarmos o conceito atual de saúde, os determinantes gerais relacionados aos aspectos socioeconômicos tornam-se protagonistas na adoção de hábitos referentes aos cuidados em saúde (FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Melhores condições socioeconômicas podem refletir em melhores condições de moradia e na disponibilidade de instalações sanitárias adequadas que beneficiem as práticas de higiene bucal (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002). Além disso, uma condição social mais favorável pode estar relacionada, em alguns casos, a melhor renda, maior escolaridade, maior conhecimento a respeito da saúde bucal e maior discernimento quanto às decisões mais favoráveis à saúde (PAREDES et al.; 2009). Nesse contexto, mães com menor escolaridade podem não instruir de maneira adequada seus filhos quanto às práticas de higiene bucal, visto que indivíduos com maior grau de escolaridade tendem a escovar seus dentes mais vezes e a compartilhar o hábito mais precocemente com seus filhos (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002).

Rajab et al. (2002) conduziram um estudo com 1556 crianças de seis a 16 anos da Jordânia com o objetivo de analisar as características familiares e sociais relacionadas aos hábitos de saúde bucal dos escolares. Os resultados apontaram que o nível de escolaridade dos responsáveis mostrou-se diretamente associado à frequência de escovação das crianças, pois quando os pais possuíam um nível de escolaridade menor, os filhos escovavam os dentes

em menor frequência. Esses achados corroboram com o estudo de Vallejos-Sánchez et al. (2008) cujos resultados demonstraram que mães que possuíam um maior nível de escolaridade tinham também uma maior probabilidade de que seus filhos escovassem os dentes de maneira mais frequente. Já no estudo de Casanova-rosado et al. (2014) nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os níveis de escolaridade dos responsáveis e a frequência de escovação dentária das crianças, contrariando diversos estudos já conduzidos (LAPRESA; BARBERO; ARIZALETA., 2011; ARMFIELD et al., 2013; RAJAB et al., 2002; VALLEJOS-SÁNCHEZ et al., 2008; TANAKA et al., 2010).

Outros fatores que exercem influência na realização dos hábitos de higiene bucal são aqueles relacionados às características familiares. Em famílias com maior número de pessoas a manutenção de hábitos de higiene bucal adequados pode ser comprometida devido à necessidade de maiores recursos financeiros a serem distribuídos para todos os membros. No estudo de Prado et al. (2001) conduzido com 141 escolares brasileiros de baixo nível socioeconômico, cinco crianças não possuíam escova dental em sua residência e 19,1% das crianças estudadas compartilhavam o uso da escova com algum familiar. Tanaka et al. (2010) também observaram associação positiva entre características familiares e hábitos de higiene bucal, pois em estudo realizado com 20.703 crianças japonesas de seis a 15 anos, a frequência de escovação diminuía a medida que o número de habitantes da mesma residência aumentava.

Além do meio socioeconômico e familiar e das características individuais infantis, é relatada também a importância do apoio social na adoção de práticas de higiene bucal. Observa-se que a identificação emocional com grupos sociais reflete na adoção, por parte das crianças, de medidas relacionadas aos seus hábitos de saúde (FREEMAN, 1999). Em casos de apoio social não satisfatório, os indivíduos podem adotar comportamentos de saúde bucais não recomendados, conforme relatado por estudo de Davlogio et al. (2009). Os pesquisadores encontraram que aqueles adolescentes que não se sentiam solitários escovavam os dentes com maior frequência, corroborando com o estudo de Koerber et al. (2006) conduzido em 575 crianças americanas afrodescendentes de 5ª a 8ª série. Os resultados apontaram que em crianças da 5ª série a influência dos amigos da mesma faixa etária, a sensação de serem

amadas e a autoestima foram determinantes para que a escovação ocorresse na frequência de duas ou mais vezes ao dia.

A utilização dos serviços de saúde odontológicos também é um determinante social importante na frequência de escovação dentária e uso de fio dental por crianças (DAVOGLIO et al.; 2009). Medina-Solís et al. (2009) estudaram 3048 escolares do México de seis a 12 anos de idade com o intuito de avaliar os fatores relacionados a utilização de serviços de saúde bucal. A utilização dos serviços de saúde odontológicos esteve associada à maior frequência de escovação dentária já que aquelas crianças que relataram escovar o dente mais de sete vezes por semana foram as que mais fizeram uso de algum tipo de serviço de saúde bucal. Tanaka et al. (2010) observaram que em crianças que visitaram o cirurgião-dentista no intervalo de um ano anterior a realização da pesquisa, a chance de escovar os dentes pelo menos uma vez ao dia aumentou em 37%. A associação entre as visitas ao cirurgião-dentista e as maiores frequências de escovação pode ser devido à reiteração pelo profissional de saúde dos procedimentos necessários para que a saúde bucal seja alcançada.

Com base nos estudos apresentados percebe-se que há uma diversidade de fatores envolvidos na realização ou não dos hábitos de higiene bucal necessários a uma saúde bucal adequada, alguns muito estudados e outros ainda pouco explorados. As características individuais dos sujeitos demonstram influenciar de maneira significativa a realização da escovação e o uso do fio dental. Além disso, as desigualdades socioeconômicas podem determinar diversos aspectos relacionados à saúde ao expor os indivíduos a diferentes níveis de risco, favorecendo ou não escolhas e hábitos fundamentais a manutenção da saúde de uma maneira geral.

### **3. JUSTIFICATIVA**

No Brasil, as prevalências dos índices de cárie e problemas bucais vêm diminuindo nas últimas décadas, ao passo que as taxas de utilização dos serviços de saúde odontológicos vêm aumentando. Essa mudança de contexto parece ser advinda de medidas adotadas como resultado da Reforma Sanitária brasileira e da concepção do princípio de equidade em saúde que norteia as ações do SUS. Entretanto, as diferenças regionais e municipais na prevalência dos problemas de saúde bucal e na utilização dos serviços de saúde parecem persistir. Essas disparidades no acesso à saúde refletem as desigualdades presentes entre os grupos populacionais que não condizem com a concepção da saúde como direito promulgada na Constituição de 1988.

O acesso aos serviços odontológicos é medida importante na manutenção da saúde bucal por meio da realização de procedimentos curativos, preventivos e educativos pelo cirurgião-dentista. De maneira similar, a maneira mais eficiente de se prevenir os problemas bucais é por meio da remoção mecânica do biofilme dental com a escova e com os métodos auxiliares de higiene bucal. Entretanto, a utilização dos serviços odontológicos e a adoção dos métodos de higiene bucal são mecanismos complexos que parecem depender de um conjunto de fatores relacionados ao contexto socioeconômico, às características individuais e no caso das crianças em especial, à influência dos pais, familiares e semelhantes. Os menores são particularmente susceptíveis aos comportamentos em saúde bucal adotados por indivíduos que fazem parte de seu contexto social e os fatores socioeconômicos, psicossociais e de estilo de vida podem vir a influenciar seus hábitos de saúde e sua própria saúde em todas as etapas da vida.

Uma importante fase do desenvolvimento infantil acontece na escola. O ambiente escolar tem sido reconhecido como um meio de ajudar a criança a desenvolver suas próprias atitudes e comportamentos em saúde se caracterizando assim, como um espaço importante para realização de estudos e pesquisas. Além disso, as relações sociais são determinantes de saúde e a convivência com professores e colegas pode incentivar a adoção de condutas e até mesmo mudanças de comportamento.

Quando consideramos o caso da cidade de Vitória, Espírito Santo, em específico, em relação à composição e representatividade da população de interesse para a realização desse estudo, observa-se que o número de crianças e adolescentes, compreendidos entre as idades de sete aos 14 anos é expressivo, de maneira que quase sua totalidade está matriculada em escolas públicas ou particulares do município.

A capital Vitória concentra elevado número de habitantes no Estado do Espírito Santo e vem se destacando, entre as capitais brasileiras, pelos elevados indicadores de desenvolvimento socioeconômico. Quanto à saúde bucal, apresenta com uma proporção expressiva de cobertura das equipes de saúde bucal na atenção básica, em comparação a outras cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes. A cidade de Vitória se caracteriza, portanto, como uma capital com indicadores de elevado desenvolvimento socioeconômico, mas que parece possuir desigualdades internas que podem não permitir o acesso da população às ações de saúde e à utilização dos serviços odontológicos.

Torna-se importante salientar também que a maioria das pesquisas científicas em saúde bucal realizadas no Brasil e também em Vitória aborda a faixa etária de cinco e 12 anos determinada como padrão pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que gera uma lacuna no conhecimento a respeito da faixa etária de sete a 10 anos que será considerada nesse estudo.

Tendo em vista as considerações explanadas, a realização dessa pesquisa científica se justifica ao tentar elucidar as características da população escolar no que diz respeito à adoção de hábitos de higiene bucal, utilização de bens e serviços odontológicos e fatores associados.

#### **4. OBJETIVOS**

##### OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores relacionados às práticas de higiene bucal e à utilização de bens e serviços odontológicos em escolares de sete a 10 anos.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar os determinantes de utilização dos serviços e posse de bens de saúde bucal como medida de acesso por escolares de sete a 10 anos no município de Vitória- ES.

Verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, as características maternas e infantis e a realização de práticas de higiene bucal em escolares de sete a 10 anos no município de Vitória- ES.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo/analítico do tipo transversal e quantitativo, com dados coletados entre os meses de maio a dezembro de 2007 como parte de um estudo voltado para a Nutrição e Saúde dos escolares de sete a 10 anos matriculados em escolas públicas e privadas de Vitória – ES denominado Estudo SAÚDES.

### 5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra consistiu de crianças, na faixa etária de sete a 10 anos, matriculadas no primeiro ciclo do ensino fundamental de escolas da rede pública e privada do município de Vitória, nascidas entre 30 de novembro de 1996 e 1º de julho de 1999. O processo de amostragem se deu no intuito de cobrir geograficamente o município de Vitória baseado nas zonas escolares, de modo que a cobertura espacial pudesse gerar uma amostra representativa da população da cidade (ANEXO A) bem como uma proporção de igual representatividade dos sexos (feminino e masculino), idades (sete, oito, nove e 10 anos) e redes de ensino (pública e privada).

A população total estimada para o município de Vitória em 2005 era de 313.312 habitantes (BRASIL, 2008), de maneira que, na faixa etária de interesse, 23.095 menores estavam matriculados, no ano de 2006, nas primeiras séries do ensino fundamental (BRASIL, 2008) em 96 escolas públicas e privadas do município (VITÓRIA, 2008).

Ao estratificar a amostra por cota chegou-se a uma população final de 1282 crianças de maneira que n=1068 em escolas públicas, sendo 267 crianças por idade, e n=214 em escolas privadas, sendo 57 crianças por idade. A prevalência de sobrepeso considerada foi de 20%, o erro amostral foi de 3% e o nível de significância de 5%.

Nos meses de fevereiro a abril de 2007 foram realizadas as seleções e treinamento dos acadêmicos de enfermagem e nutrição bem como dos enfermeiros que participariam do processo de coleta de dados. Foram formadas quatro equipes de trabalho compostas por um coordenador, um antropometrista e quatro entrevistadores. Cada participante recebeu treinamento concernente aos objetivos do estudo, protocolo, instrumentos de coleta e fundamentação teórica e prática para a coleta dos dados.

Em maio de 2007 foi realizado um estudo piloto com 49 crianças, em escola localizada no campus da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Após esse estudo, ajustes foram efetuados nos questionários e uma reunião foi realizada com os representantes das escolas para que as dúvidas pudessem ser sanadas. Dentre as escolas sorteadas para a realização do estudo, duas escolas privadas se recusaram a participar e foram substituídas por outras previamente sorteadas para esse fim.

### 5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados seguiu a metodologia proposta pela OMS em 1995 e consistiu primeiramente na obtenção dos dados antropométricos (peso e estatura) das crianças. Em um segundo momento, a criança foi encaminhada ao entrevistador que utilizando um instrumento padrão realizou a entrevista.

As questões abordadas foram pertinentes a práticas de alimentação, hábitos alimentares no âmbito da escola, comportamentos durante aulas de educação física e recreio, influência da televisão nas opções alimentares, percepção do estado nutricional e práticas relacionadas à saúde bucal (ANEXO B).

Após o término da entrevista, um formulário que deveria ser respondido pelos responsáveis foi entregue. Tal instrumento abrangia dados da mãe da criança (peso, estatura, ganho de peso gestacional, tempo de aleitamento materno exclusivo e total, paridade, escolaridade e prática de atividade física); dados referentes à presença de patologias no histórico dos pais, hábitos alimentares, hábitos de atividade física da criança (tempo gasto em atividades sedentárias); aspectos socioeconômicos, dentre outras variáveis (ANEXO C).

## 5.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 5.4.1 Uso de Fio Dental

Em relação à variável uso de fio dental, a criança deveria responder ao entrevistador se utilizava ou não esse método auxiliar de higiene bucal ou se o uso era esporádico.

### 5.4.2 Frequência de escovação

A variável frequência de escovação foi obtida pelo questionamento direto aos escolares a respeito de quantas vezes ao dia ele realizava esse hábito de higienização. A variável foi agrupada em: uma vez ao dia, duas vezes ao dia, três ou mais vezes ao dia e não escova.

### 5.4.3 Práticas de higiene bucal

Uma variável resumo foi obtida por meio das variáveis relacionadas à frequência de escovação e uso do fio dental conforme explicitado no Quadro1. Para a obtenção da variável resumo, cada possibilidade de resposta foi pontuada de acordo com situação mais favorável para menos favorável de maneira que, a frequência de escovação de três ou mais vezes ao dia, foi classificada igual a +3 pontos, duas vezes ao dia, igual a +2 pontos, uma vez ao dia, igual a +1 ponto. Quando a escovação não ocorria durante o dia a pontuação considerada foi de -1 ponto. O uso do fio dental foi classificado em: às vezes (+1 ponto), sim (+2 pontos) e não (-1 ponto).

Para cada criança participante do estudo os pontos referentes à frequência de escovação e utilização de fio dental foram somados determinando três situações possíveis concernentes às práticas de higiene bucal: situação menos favorável (pontuação -2 e 0), situação intermediária (pontuação 1, 2 e 3), situação mais favorável (pontuação 4 e 5).

Quadro 1: Pontuação e situações possíveis de desfecho da variável de práticas de higiene bucal da amostra de 1282 escolares do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2016.

<b>Frequência de escovação</b>	<b>Uso de fio dental</b>	<b>Desfecho</b>
1 vez ao dia (+1 ponto)	Às vezes (+ 1 ponto)	Situação intermediária (+2 pontos)
	Sim (+ 2 pontos)	Situação intermediária (+3 pontos)
	Não (- 1 ponto)	Situação menos favorável (0 pontos)
2 vezes ao dia (+ 2 pontos)	Às vezes (+ 1 ponto)	Situação intermediária (+3 pontos)
	Sim (+ 2 pontos)	Situação mais favorável (+4 pontos)
	Não (- 1 ponto)	Situação intermediária (+1 ponto)
Não escova (- 1 ponto)	Às vezes (+ 1 ponto)	Situação menos favorável (0 pontos)
	Sim (+ 2 pontos)	Situação intermediária (+1 ponto)
	Não (- 1 ponto)	Situação menos favorável (-2 pontos)

Fonte: Próprio autor

#### 5.4.4 Características infantis

As variáveis relacionadas às características infantis foram: experiência de cárie, sexo, idade, tipo de escola, raça/cor, doença respiratória, companhia no almoço e jantar, local do almoço e jantar, prematuridade e peso ao nascer. A experiência de cárie foi coletada por questionamento direto às crianças e classificada em sim ou não. As variáveis: sexo, tipo de escola e raça/cor foram registradas por pesquisadores calibrados no momento da entrevista com os escolares, de maneira que em relação a variável raça/cor, a criança foi classificada em branca, preta ou parda. Os dados referentes à idade dos participantes do estudo foram obtidos nos arquivos escolares para maior precisão e depois categorizadas em sete, oito, nove e 10 anos. Em relação à variável: companhia no almoço e jantar, o intuito foi de compreender se a criança possuía algum acompanhante durante as principais refeições. O entrevistador obteve essa variável ao questionar com quem os menores almoçam e jantavam na maior parte das vezes (5 ou mais vezes por semana): sozinho, com a mãe/pai/irmãos/outro acompanhante. Já a variável relacionada ao local do almoço e do jantar foi obtida por meio de

questionamento direto a respeito do local que as crianças costumavam sentar-se (mesa, televisão, usar o computador ou realizar alguma outra atividade qualquer) nessas duas refeições principais.

Entre as características infantis descritas, as variáveis referentes à doença respiratória, peso ao nascer e prematuridade foram obtidas por meio do formulário entregue aos responsáveis. Os responsáveis foram inquiridos a respeito da frequência (nenhuma/uma/duas ou mais/não sabe/não lembra) de problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, etc.) em seus filhos nos últimos seis meses. Quanto às variáveis relacionadas às condições de nascimento, as mães foram indagadas se lembravam o peso dos filhos ao nascerem e se a criança nasceu com menos de 38 semanas.

#### **5.4.5 Características maternas**

As variáveis relacionadas às características maternas foram respondidas pelos responsáveis das crianças. Por meio de formulário entregue aos escolares verificou-se: idade da mãe, número de filhos, escolaridade materna, tabagismo materno e ocupação materna.

#### **5.4.6 Características socioeconômicas**

Por meio do formulário entregue aos responsáveis pelas crianças registrava-se: residência conjunta pai e mãe; aglomeração humana domiciliar; tipo de casa; acesso à água tratada, à rede de esgoto e à água filtrada; quantidade de quartos, escolaridade do chefe, classe socioeconômica, posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida. A classe socioeconômica foi determinada a partir da escolaridade do chefe da família e do número de bens duráveis disponíveis no domicílio. O critério utilizado foi o da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA)/Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) e Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) e a categorização foi realizada em três classes para melhor representatividade (A+B, C e D+E). Já a variável posse de escova dental

própria foi obtida pelo questionamento direto à criança com o objetivo de registrar a posse exclusiva ou partilhada desse bem de saúde bucal. A consulta odontológica uma vez na vida também foi registrada no questionário infantil com o intuito de pesquisar se a criança já havia visitado o cirurgião cirurgião-dentista alguma vez na vida. Foi agrupada nas categorias de resposta: sim ou não. O quadro 2 apresenta as variáveis agrupadas por assunto e as respectivas categorias de análise de dados.

Quadro 2: Variáveis em estudo da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

<b>Variável</b>	<b>Fonte</b>	<b>Tipo</b>	<b>Categoria</b>
<b>Uso do fio dental</b>	Criança	Infantis	Sim Não Às vezes
<b>Frequência de escovação</b>	Criança	Infantis	1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 ou mais vezes ao dia Não escova
<b>Práticas de higiene bucal</b>	Criança	Infantis	Menos favorável Intermediária Mais favorável
<b>Experiência de cárie</b>	Criança	Infantis	Sim Não Não sabe
<b>Sexo</b>	Criança	Infantis	Masculino Feminino
<b>Idade</b>	Criança	Infantis	7 anos 8 anos 9 anos 10 anos
<b>Tipo de escola</b>	Criança	Infantis	Pública Privada
<b>Cor/Raça</b>	Criança	Socioeconômica	Branco Preto Pardo
<b>Doença respiratória</b>	Mãe	Infantis	Sim Não
<b>Companhia no almoço</b>	Criança	Infantis	Sozinha Com alguém da família Outras pessoas
<b>Companhia no jantar</b>	Criança	Infantis	Sozinha Com alguém da família Outras pessoas

Continua

Quadro 2: Variáveis em estudo da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

<b>Local almoço</b>	Criança	Infantis	Mesa Vendo TV Outra atividade
<b>Local jantar</b>	Criança	Infantis	Mesa Vendo TV Outra atividade
<b>Prematuridade</b>	Mãe	Infantis	Sim Não
<b>Idade materna</b>	Mãe	Maternas	Até 34 anos 35 ou mais
<b>Peso ao nascer</b>	Mãe	Infantis	Menos de 2500g Mais de 2500g
<b>Nº de filhos</b>	Mãe	Maternas	Um Dois Três Quatro ou mais
<b>Escolaridade materna</b>	Mãe	Maternas	1 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais
<b>Tabagismo Materno</b>	Mãe	Maternas	Sim Não
<b>Ocupação materna</b>	Mãe	Maternas	Empregadas/profissional liberal Desempregadas Dona de casa
<b>Residência conjunta pai e mãe</b>	Criança	Socioeconômicas	Sim Não
<b>Aglomeración humana domiciliar</b>	Mãe	Socioeconômicas	Até 5 pessoas Mais de 5 pessoas
<b>Tipo de casa</b>	Mãe	Socioeconômicas	Própria Cedida Alugada
<b>Acesso a água tratada</b>	Mãe	Socioeconômicas	Sim Não
<b>Acesso a rede de esgoto</b>	Mãe	Socioeconômicas	Sim Não
<b>Acesso a água filtrada</b>	Mãe	Socioeconômicas	Sim Não

Continua

Quadro 2: Variáveis em estudo da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

<b>Quantidade de quartos</b>	Mãe	Socioeconômicas	Um Dois ou mais
<b>Escolaridade do chefe</b>	Mãe	Socioeconômicas	1 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais
<b>Classe socioeconômica</b>	Mãe	Socioeconômicas	A+B C D+E
<b>Consulta odontológica uma vez na vida</b>	Criança	Socioeconômicas	Sim Não
<b>Posse de escova dental própria</b>	Criança	Socioeconômicas	Sim Não

Conclusão

## 5.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises estatísticas foram realizadas pela revisão e adequação do banco de dados digitado no programa *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 17.0 (SPSS)* selecionando as variáveis de interesse. O nível de significância adotado, para todos os testes, foi de 5%.

### 5.5.1 Análise Bivariada

Investigou-se a existência de associação entre as variáveis referentes à posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida, determinantes do acesso aos serviços de saúde, e às variáveis previamente agrupadas em características infantis, maternas e socioeconômicas. Foi avaliada também, a existência de associação entre as três situações possíveis da variável de práticas de saúde bucal com as variáveis infantis, maternas e socioeconômicas. As associações bivariadas foram testadas por meio do teste Qui-quadrado com associação de Yates.

### **5.5.2 Regressão Logística Multivariada e Regressão Multinomial Multivariada**

As variáveis infantis, maternas e socioeconômicas, que demonstraram nível de significância menor ou igual a 0,10 na análise bivariada, foram incorporadas ao modelo final de regressão de maneira que para cada variável foi obtido a *odds ratio* e o intervalo de confiança. A Regressão Logística Multivariada, segundo método *Enter* foi conduzida entre as variáveis acima e o desfecho relacionado à posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida determinantes do acesso aos serviços de saúde odontológicos. Realizou-se também a análise por meio da Regressão Multinomial Multivariada entre as três situações possíveis da variável de práticas de saúde bucal: menos favorável, intermediária e mais favorável com as características infantis, maternas e socioeconômicas.

### **5.6-CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, em 26/10/06 sob número de registro no CEP/UFES 089/06 (ANEXO D).

A Secretaria Municipal de Educação do Município de Vitória autorizou a realização da coleta dos dados nas escolas públicas participantes do estudo. Os escolares participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E) para que o responsável pudesse assinar e habilitar a criança a cooperar com os pesquisadores. A autorização para o uso do banco de dados foi concedida pela coordenadora do Estudo SAUDES, Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Del Carmen Bisi Molina (ANEXO F).

## 6. RESULTADOS

### 6.1. ARTIGO 1: UTILIZAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR ESCOLARES DE 7 A 10 ANOS EM VITÓRIA-ES\*.

#### Resumo

**Introdução:** A utilização dos bens e serviços de saúde é considerada uma expressão positiva de acesso, sendo influenciada por diversos fatores relacionados às condições socioeconômicas, às características individuais e às necessidades em saúde. No Brasil, o acesso aos bens de saúde bucal e aos serviços odontológicos reflete as desigualdades sociais ainda presentes no país.

**Objetivo:** Identificar os determinantes da utilização de serviços e posse de bens de saúde bucal como medida de acesso por escolares de sete a 10 anos no município de Vitória-Espírito Santo (ES).

**Metodologia:** Estudo seccional realizado com escolares (7-10 anos) de amostra probabilística por conglomerado de triplo estágio. Os dados foram coletados por meio de formulário aplicado às crianças e questionário enviado aos pais/responsáveis para preenchimento e devolução. O desfecho de interesse é o acesso aos bens e serviços de saúde odontológicos, construído a partir das variáveis consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria. As variáveis independentes foram às relacionadas com as características infantis, maternas e socioeconômicas. As variáveis independentes que apresentaram significância estatística menor ou igual a 0,10, na análise bivariada, foram incluídas no modelo de Regressão Logística Multivariada. O nível de significância adotado no modelo final foi de 5%.

**Resultados:** No modelo final permaneceram associadas à posse de escova dental: idades de oito ( $p=0,028$ ), 9 ( $p=0,024$ ) e 10 anos ( $p=0,014$ ); tabagismo materno ( $p<0,0001$ ) e consulta odontológica uma vez na vida ( $p=0,023$ ). Quanto à consulta odontológica uma vez na vida, as variáveis associadas foram: idades de nove ( $p=0,003$ ) e 10 anos ( $p<0,001$ ); tipo de escola ( $p=0,011$ ); quantidade de quartos ( $p=0,027$ ) e posse de escova dental própria ( $p=0,047$ ).

**Conclusão:** Crianças mais velhas, filhas de mães não-fumantes e que já foram ao cirurgião-dentista alguma vez na vida apresentam maior acesso a escova dental própria como bem de saúde. Além disso, o fato da criança ser estudante de escola

privada, ser mais velha, ter residência maior e ter escova dental própria, também contribuiu para o acesso à consulta odontológica uma vez na vida.

Palavras chaves: Utilização. Saúde bucal. Criança. Serviços de saúde.

## Use of oral assets and health services for students aged 7 to 10 years in Vitória- ES

### Abstract

**Introduction:** The use of health services is considered a positive expression of access, which is influenced by several factors related to socioeconomic conditions, individual characteristics and health needs. In Brazil, access to oral assets and dental services reflects the social inequalities still present in the country.

**Objective:** To identify the determinants of use of services and possession of oral health assets as a means of access for students aged seven to 10 years in the city of Vitória- Espírito Santo (ES). **Methodology:** Cross-sectional study with school sample (7-10 years) and probabilistic sample of triple stage conglomerate. Data were collect using a questionnaire applied to children and questionnaire sent to parents / guardians to complete and return. The outcome of interest is the access to oral health assets and dental services, obtained from the variables dental appointment once in a lifetime and own a toothbrush. The independent variables were relate to the child, maternal and socioeconomic characteristics. Independent variables that showed statistically significant lower or equal to 0.10 in the Bivariate Analysis were included in the Multivariate Logistic Regression model. The level of significance in the final model was 5%. **Results:** In the final model remained associated with own a toothbrush the ages of eight ( $p=0.028$ ), nine ( $p=0.024$ ) and 10 years old ( $p= 0.014$ ); maternal smoking ( $p<0.0001$ ) and dental appointment once in a lifetime ( $p=0.023$ ).To dental appointment, the associated variables were the ages of nine ( $p=0.003$ ) and 10 years old ( $p<0.001$ ); type of school ( $p=0.011$ ); amount of rooms ( $p=0.027$ ) and own a toothbrush ( $p=0.047$ ).

**Conclusion:** Older children, non-smoking mothers and children who have been to the dentist at least once in life has greater chance to own a toothbrush. Moreover, the fact of the child being a private school student , be older , have a bigger house and own a toothbrush, also contributed to the access to dental appointment.

Key words: Utilization. Oral Health. Child. Health Services.

## Introdução

Os sistemas de saúde são compostos por diferentes componentes que se articulam entre si para que as intervenções em saúde, orientadas por diferentes princípios, ocorram de maneira a contribuir com a saúde da população<sup>1</sup>. No Brasil, o princípio de equidade no acesso aos serviços de saúde norteia o sistema de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS) - que possui como objetivo garantir acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde<sup>2</sup>. A determinação do conceito e da terminologia do acesso é temática complexa de maneira que parece não haver um consenso a respeito dos múltiplos significados dados ao termo<sup>3,4</sup>. Donabedian<sup>5</sup> e Frenck<sup>6</sup> utilizam o termo acessibilidade. Para Donabedian<sup>5</sup> a acessibilidade estaria relacionada às características do sistema de saúde que facilitariam ou obstruíram a utilização dos serviços pelos usuários em potencial. Frenck<sup>6</sup> define que o cuidado em saúde só poderia ser obtido frente à capacidade do usuário em superar os obstáculos impostos no momento da procura por atenção em saúde. Já Penchansky e Thomas<sup>3</sup> utilizam o termo acesso para definir a relação de ajuste entre as características do sistema de saúde e as características e expectativas dos usuários.

Para Andersen e Newman<sup>7</sup> o conceito de acesso estaria ligado à entrada inicial do indivíduo ao sistema de saúde e influenciaria a utilização dos serviços de saúde por meio dos fatores capacitantes, predisponentes e necessidades em saúde. Os fatores predisponentes seriam aqueles relacionados às características demográficas, sociais e as crenças dos indivíduos. Os fatores capacitantes considerariam as características familiares e da comunidade que o sujeito estaria inserido. Já as necessidades de saúde representariam o estado de saúde do indivíduo, seja ele percebido ou diagnosticado. Em análises posteriores do modelo, Andersen<sup>8</sup> incorpora novas dimensões de acesso denominadas de: acesso potencial; acesso realizado, referido como a utilização dos serviços de saúde propriamente dita; e acesso eficiente. Starfield<sup>9</sup> define o termo acessibilidade como um aspecto relacionado à estrutura do sistema de

saúde que permitiria que o cuidado fosse obtido e acesso como a forma como o indivíduo experimenta a acessibilidade de determinado serviço.

Nos dias atuais Thiede et al.<sup>10</sup>, após ampla revisão de literatura, determinam acesso como a oportunidade dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde mediante a fatores externos que assim o permitissem. Dessa maneira, o acesso estaria relacionado a três dimensões: disponibilidade dos serviços, viabilidade financeira e aceitabilidade entre as atitudes dos profissionais e dos usuários.

Conforme explicitado, o conceito de acesso é complexo e varia conforme a abordagem dos autores. De maneira similar, sua relação com a utilização dos serviços de saúde também é pouco clara<sup>4</sup>. Entretanto, a utilização dos serviços de saúde pode ser analisada como um indicador de acesso<sup>11,12</sup> ao considerarmos que no decorrer da vida a maioria dos indivíduos depara-se com situações de necessidade de cuidado por algum profissional de saúde. Sendo assim, a análise das taxas de utilização dos serviços de saúde também pode propiciar uma avaliação a respeito da acessibilidade do serviço<sup>12</sup>.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde<sup>4</sup> e configura-se como o meio pelo qual os trabalhadores de saúde atendem as demandas e às necessidades dos usuários e da população<sup>1</sup>. Diversos são os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, porém, de uma maneira geral, o acesso tende a refletir as desigualdades sociais existentes entre os grupos populacionais<sup>13</sup>.

As desigualdades de acesso podem ocorrer nos diversos tipos de serviços de saúde, inclusive odontológicos, de maneira que fatores relacionados à renda, escolaridade, idade, sexo, necessidades em saúde, entre outros, influenciam na obtenção ou não do cuidado em saúde bucal. Em relação às características socioeconômicas, observa-se que a utilização dos serviços é desigual e a favor dos mais ricos<sup>14,15</sup> e que o consumo tende a aumentar à medida que a renda e a escolaridade aumentam<sup>16,17</sup>. Quanto às necessidades de saúde, a doença é protagonista na procura de serviços de saúde<sup>15,18</sup>, pois indivíduos com dor dentária, diagnóstico de doenças crônicas e auto percepção de saúde como ruim, possuem maiores frequências de acesso aos serviços de saúde odontológicos<sup>11,15,16,19</sup>. Os indicadores de acesso apontam diferenças importantes também de gênero e idade, pois a frequência de consultas odontológicas tende a ser maior entre as mulheres e entre os mais jovens<sup>18,20</sup>.

Essas desigualdades observadas no acesso aos serviços de saúde bucal podem ocorrer tanto entre as regiões brasileiras, como dentro de um mesmo estado ou município. A capital Vitória do Estado do Espírito Santo, Brasil, vem se destacando pelos elevados indicadores de desenvolvimento socioeconômico<sup>21</sup>. Além disso, apresenta uma organizada rede de saúde bucal com proporção de cobertura na atenção básica superior às outras cidades brasileiras<sup>22</sup>. Todavia, as características de desenvolvimento favorável podem não refletir na utilização igualitária pela população aos serviços de saúde, pois a equidade na utilização dos serviços depende, além de bons indicadores, da disponibilidade de oferta dos serviços de saúde, dos recursos humanos e das tecnologias em saúde disponíveis na região<sup>13</sup>. Portanto, o objetivo desse estudo foi verificar os determinantes da utilização de serviços e posse de bens de saúde bucal como medida de acesso por escolares de sete a 10 anos no município de Vitória-ES.

## **Metodologia**

Este estudo é parte de um estudo denominada Nutrição e Saúde dos escolares de sete a 10 anos matriculados em escolas públicas e privadas de Vitória- ES, realizada entre os meses de maio a dezembro de 2007.

O estudo é de delineamento seccional com amostragem probabilística por conglomerado de triplo estágio<sup>12</sup>. A amostra final consistiu de 1282 escolares com proporções representativas de sexo (feminino e masculino), idade (7, 8, 9 e 10 anos) e rede de ensino (pública e privada).

A coleta dos dados foi realizada por meio de dois instrumentos. O primeiro consistia em um formulário aplicado às crianças por pesquisadores calibrados no qual eram abordadas questões relacionadas às práticas de alimentação e de saúde bucal. O segundo instrumento tratava-se de um questionário para autopreenchimento pelas mães/cuidadoras das crianças com questões relativas aos aspectos socioeconômicos, alimentação e atividade física. O presente estudo investigou o acesso aos bens e serviços de saúde odontológicos por meio da variável de utilização<sup>3,7,8,33</sup> de consulta odontológica, pelo menos uma vez na vida (consulta odontológica uma vez na vida) e por meio da variável posse de escova dental própria, sem compartilhamento domiciliar, associadas com as

variáveis independentes relacionadas às características infantis, maternas e socioeconômicas. Para tanto, o conceito de acesso adotado foi conforme o descrito por Andersen<sup>8</sup> em que a dimensão de acesso realizado é considerada como a utilização dos serviços de saúde propriamente dita.

As características infantis testadas foram: experiência de cárie, sexo, idade, tipo de escola, raça/cor, doença respiratória, companhia no almoço, companhia no jantar e prematuridade. As características maternas testadas foram: idade; escolaridade; tabagismo e ocupação. De maneira similar, as características socioeconômicas testadas foram: residência conjunta pai e mãe, aglomeração humana domiciliar, tipo de casa, acesso a água tratada, acesso a rede de esgoto, acesso à água filtrada, quantidade de quartos no domicílio, escolaridade do chefe da residência e classe socioeconômica.

Com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 17.0 (SPSS)* investigou-se a existência de associação entre as variáveis referentes à posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida determinantes do acesso aos serviços de saúde e às variáveis independentes previamente agrupadas em características infantis, maternas e socioeconômicas. As associações bivariadas foram testadas por meio do teste o Qui-quadrado com associação de Yates.

As variáveis independentes que apresentaram significância menor ou igual a 0,10 com o desfecho, quando a análise bivariada foi conduzida, foram incluídas no modelo de Regressão Logística Multivariada, segundo método *Enter*. O nível de significância adotado para as variáveis no modelo final foi 5% e para cada variável independente foi obtido as *odds ratio* e os intervalos de confiança.

Optou-se, de acordo com a literatura científica pesquisada<sup>11,19,20,27</sup>, por não incluir no modelo de análise final as variáveis relacionadas à escolaridade do chefe e à escolaridade materna por estarem fortemente associadas entre si e com a classe socioeconômica (p-valor<5%). Porém, a classe socioeconômica funcionou como variável de ajuste.

A pesquisa principal do qual o presente estudo se originou foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo em 26/10/06, sob número de registro no CEP/UFES 089/06. A realização do estudo nas escolas públicas foi autorizada oficialmente pela Secretaria Municipal de Educação do Município de Vitória e todas as crianças

participantes da pesquisa possuíam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis. Também foi obtida autorização formal do coordenador do estudo para realização dessa pesquisa.

## Resultados

A tabela 1 mostra os resultados da análise bivariada referente às características infantis e às variáveis desfecho: posse de escova dental própria e consulta odontológica uma vez na vida. As características infantis que se relacionaram com a variável dependente posse de escova dental própria foram: experiência de cárie ( $p=0,005$ ), idade ( $p=0,001$ ), tipo de escola ( $p=0,060$ ) e raça/cor ( $p<0,001$ ). Quando o desfecho referente à consulta odontológica uma vez na vida, foi considerado as mesmas variáveis permaneceram associadas de maneira que o nível descritivo do teste foi: experiência de cárie ( $p<0,001$ ), idade ( $p<0,001$ ), tipo de escola ( $p<0,001$ ) e raça/cor ( $p<0,001$ ).

As características maternas e socioeconômicas estão demonstradas na tabela 2. Dentre as características maternas que se relacionaram com os desfechos estão a: escolaridade materna, tanto com posse de escova dental própria ( $p=0,007$ ) quanto com consulta odontológica uma vez na vida ( $p<0,001$ ), e tabagismo materno, tanto com posse de escova dental própria ( $p=0,011$ ) quanto consulta odontológica uma vez na vida ( $p=0,100$ ).

Quanto às características socioeconômicas, a residência conjunta com pai e mãe ( $p=0,029$ ) e a quantidade de quartos ( $p=0,001$ ) associaram-se apenas com a consulta odontológica uma vez na vida e a aglomeração humana domiciliar apenas com a posse de escova dental própria ( $p<0,001$ ). As outras variáveis que se relacionaram com ambas as variáveis dependentes foram: acesso à água filtrada ( $p<0,001$  para posse de escova própria,  $p=0,006$  para consulta); escolaridade do chefe ( $p=0,001$  para posse de escova própria,  $p<0,001$  para consulta) e classe socioeconômica ( $p=0,010$  para posse de escova própria,  $p<0,001$  para consulta). Além disso, essas variáveis de desfecho estão também associadas entre si ( $p=0,038$ ).

No modelo de Regressão Logística Multivariada permaneceram associadas ao desfecho referente à posse de escova dental própria as variáveis: idade (8 anos

– OR=3,303; IC95%= 1,135 – 9,610; p=0,028 / 9 anos – OR=3,452; IC95% = 1,176 - 10,137; p=0,024 / 10 anos – OR= 6,901; IC95% = 1,468 – 32,434; p=0,014); tabagismo materno (OR=4,509; IC95% = 2,021-10,060; p<0,0001) e consulta odontológica uma vez na vida (OR=2,481; IC95% = 1,131-5,443; p=0,023).

Quanto à consulta odontológica uma vez na vida as variáveis independentes associadas foram idade (9 anos – OR=2,321; IC95% = 1,340 – 4,022; p=0,003 / 10 anos – OR= 3,155; IC95% = 1,687 – 5,899; p<0,001); tipo de escola (OR: 3,691; IC95% = 1,343 – 10,145; p=0,011); quantidade de quartos (OR= 1,736; IC95% = 1,063 – 2,835; p=0,027) e posse de escova dental própria (OR=2,065; IC95% = 1,009 – 4,226; p=0,047). Os resultados das análises multivariadas estão descritos nas tabelas 3 e 4.

Tabela 1: Análise bivariada das características infantis com os desfechos de consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.

Variáveis	Categorias	Escova dental própria			P valor	Consulta odontológica uma vez na vida			
		Sim (%)	Não (%)	Total		Sim (%)	Não (%)	Total	P valor
<b>Experiência de Cárie</b>	Sim	560 (98,9)	6 (1,1)	566	<b>0,005</b>	501 (89,1)	61 (10,9)	562	<b>0,000</b>
	Não	489 (96,1)	20 (3,9)	509		411 (81,2)	95 (18,8)	506	
<b>Sexo da Criança</b>	Masculino	524(97,4)	14(2,6)	538	0,486	460 (85,7)	77 (14,3)	537	0,955
	Feminino	729 (98,0)	15 (2,0)	744		633 (85,8)	105 (14,2)	738	
<b>Idade da Criança</b>	Sete	238 (94,4)	14 (5,6)	252	<b>0,001</b>	196 (77,8)	56 (22,2)	252	<b>0,000</b>
	Oito	352 (98,1)	7 (1,9)	359		296 (82,7)	62 (17,3)	358	
	Nove	354 (98,3)	6 (1,7)	360		317 (89,3)	38 (10,7)	355	
	Dez	309 (99,3)	2 (0,7)	311		284 (91,6)	26 (8,4)	310	
<b>Tipo de Escola</b>	Pública	1032 (97,3)	29 (2,7)	1061	<b>0,060</b>	878 (83,3)	176 (16,7)	1054	<b>0,000</b>
	Privada	221 (100)	0 (0)	221		215 (97,3)	6 (2,7)	221	
<b>Cor/Raça da Criança</b>	Branco	417 (99,5)	2 (0,5)	419	<b>0,000</b>	380 (91,3)	36 (8,7)	416	<b>0,000</b>
	Preto	157 (93,4)	11 (6,6)	168		135 (80,8)	32 (19,2)	167	
	Pardo	638 (97,8)	14 (2,2)	652		540 (83,1)	110 (16,9)	650	
<b>Doença Respiratória</b>	Sim	191 (99)	2 (1)	193	0,295	167 (87,0)	25 (13,0)	192	0,544
	Não	1021 (97,5)	26 (2,5)	1047		888 (85,3)	153 (14,7)	1041	
<b>Companhia no Almoço</b>	Sozinha	170 (98,3)	3 (1,7)	173	0,752	139 (80,8)	33 (19,2)	172	0,135
	Com alguém da família	910 (97,5)	23 (2,5)	933		803 (86,6)	124 (13,4)	927	
	Outras pessoas	166 (98,2)	3 (1,8)	169		145 (85,8)	24 (14,2)	169	
<b>Companhia no Jantar</b>	Sozinha	126 (97,7)	3 (2,3)	129	0,528	103 (79,8)	26 (20,2)	129	0,107
	Com alguém da família	1011 (97,9)	22 (2,1)	1033		885 (86,3)	141 (13,7)	1026	
	Outras pessoas	99 (96,1)	4 (3,9)	103		91 (88,3)	12 (11,6)	103	
<b>Prematuro</b>	Sim	119 (98,3)	2 (1,7)	121	1,000	104 (86,7)	16 (13,3)	120	0,815
	Não	1079 (97,7)	25 (2,3)	1104		943 (85,9)	155 (14,1)	1098	

Tabela 2: Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com os desfechos de consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.

Variáveis	Categorias	Escova dental própria			P valor	Consulta odontológica uma vez na vida			
		Sim (%)	Não (%)	Total		Sim (%)	Não (%)	Total	P valor
Idade materna	Até 34 anos	1034 (97,8)	23 (2,2)	1057	0,653	898 (85,4)	153 (14,6)	1051	0,531
	35 ou mais	219 (97,3)	6 (2,7)	225		195 (87,1)	29 (12,9)	224	
Escolaridade materna	1 a 4 anos	127 (96,2)	5 (3,8)	132	0,007	108 (83,1)	22 (16,9)	130	0,000
	5 a 8 anos	346 (96,1)	14 (3,9)	360		284 (79,8)	72 (20,2)	356	
	9 a 11 anos	509 (98,3)	9 (1,7)	518		442 (85,5)	75 (14,5)	517	
	12 anos ou mais	245 (100)	0 (0)	245		235 (95,9)	10 (4,1)	245	
Tabagismo Materno	Sim	149 (94,9)	8 (5,1)	157	0,011	127 (81,4)	29 (18,6)	156	0,100
	Não	1104 (98,1)	21 (1,9)	1125		966 (86,3)	153 (13,7)	1119	
Ocupação materna	Empregada/ Profissional liberal	763 (97,6)	19 (2,4)	782	0,753	677 (87,1)	100 (12,9)	777	0,286
	Desempregadas	226 (97,4)	6 (2,6)	232		192 (83,1)	39 (16,7)	231	
	Dona de casa	236 (98,3)	4 (1,7)	240		204 (85,3)	35 (14,7)	239	
Residência conjunta pai e mãe	Sim	326 (96,7)	11 (3,3)	337	0,179	275 (82,1)	60 (17,9)	335	0,029
	Não	894 (98,0)	18 (2,0)	912		789 (87,0)	118 (13)	907	
Aglomeramento humano domiciliar	Até 5 pessoas	985 (98,5)	15 (1,5)	1000	0,000	862 (86,6)	133 (13,4)	995	0,147
	Mais de 5 pessoas	224 (94,5)	13 (5,5)	237		195 (83,0)	40 (17,0)	235	
Tipo de casa	Própria	880 (97,9)	19 (2,1)	899	0,214	776 (86,8)	118 (13,2)	894	0,140
	Cedida	236 (96,3)	9 (3,7)	245		199 (81,9)	44 (18,1)	243	
	Alugada	107 (99,1)	1 (0,9)	108		94 (87,0)	14 (13,0)	108	
Acesso a água tratada	Sim	1232 (97,7)	29 (2,3)	1261	1,000	1076 (85,8)	178 (14,2)	1254	0,513
	Não	20 (100)	0 (0)	20		16 (80,0)	4 (20,0)	20	
Acesso a rede de esgoto	Sim	1191 (97,7)	28 (2,3)	1219	0,543	1042 (85,9)	171 (14,1)	1213	0,807
	Não	32 (97,0)	1 (3,0)	33		27 (84,4)	5 (15,6)	32	
Acesso a água filtrada	Sim	1060 (98,3)	18 (1,7)	1078	0,000	931 (86,8)	141 (13,2)	1072	0,006
	Não	139 (92,7)	11 (7,3)	150		117 (78,5)	32 (21,5)	149	

Continua

Continuação

Tabela 2: Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com os desfechos de consulta odontológica uma vez na vida e posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES. Vitória- ES, 2007.

<b>Quantidade de quartos</b>	Um	154 (96,8)	5 (3,2)	159	0,454	123 (77,3)	36 (22,7)	159	<b>0,001</b>
	Dois ou mais	1072 (97,8)	24 (2,2)	1096		946 (86,9)	143 (13,1)	1089	
<b>Escolaridade do chefe</b>	1 a 4 anos	157 (96,3)	6 (3,7)	163	<b>0,001</b>	136 (89,9)	26 (16,1)	162	<b>0,000</b>
	5 a 8 anos	324 (95,3)	16 (4,7)	340		276 (81,9)	61 (18,1)	337	
	9 a 11 anos	407 (98,6)	6 (1,4)	413		341 (83,0)	70 (17,0)	411	
	12 anos ou mais	231 (100)	0 (0)	231		223 (96,5)	8 (3,5)	231	
<b>Classe socioeconômica</b>	A+B	262 (100)	0 (0)	262	<b>0,010</b>	251 (96,2)	10 (3,8)	261	<b>0,000</b>
	C	387 (98,2)	7 (1,8)	394		338 (86,4)	53 (13,6)	391	
	D+E	447 (95,7)	20 (4,3)	467		367 (78,9)	98 (21,1)	465	
<b>Consulta odontológica uma vez na vida/ Posse de escova dental própria</b>	Sim	1072 (98,1)	21 (1,9)	1093	<b>0,038</b>	1072 (86,0)	174 (14,0)	1246	<b>0,038</b>
	Não	174 (95,6)	8 (4,4)	182		21 (72,4)	8 (27,6)	29	

Conclusão

Tabela 3: Análise multivariada do desfecho posse de escova dental própria da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES, Vitória- ES, 2007\*.

Variáveis	Categorias	B	Erro padrão	Teste de Wald	df	p-valor	OR ajustada	Intervalo de confiança 95%	
								LI	LS
Idade	7					Referência			
	8	1,195	0,545	4,807	1	<b>0,028</b>	3,303	1,135	9,610
	9	1,239	0,550	5,083	1	<b>0,024</b>	3,452	1,176	10,137
	10	1,932	0,790	5,986	1	<b>0,014</b>	6,901	1,468	32,434
Tabagismo materno	Sim					Referência			
	Não	1,506	0,409	13,527	1	<b>0,000</b>	4,509	2,021	10,060
Consulta odontológica uma vez na vida	Não					Referência			
	Sim	0,909	0,401	5,136	1	<b>0,023</b>	2,481	1,131	5,443

\* Modelo ajustado pelas variáveis: experiência de cárie, tipo de escola, raça/cor, aglomeração humana domiciliar, acesso a água filtrada e classe socioeconômica

Tabela 4: Análise multivariada do desfecho consulta odontológica uma vez na vida da amostra de 1282 crianças do Estudo SAÚDES, Vitória- ES, 2007\*.

Variáveis	Categorias	B	Erro padrão	Teste de Wald	df	p-valor	OR ajustada	Intervalo de confiança 95%	
								LI	LS
Idade	7					Referência			
	8	0,334	0,257	1,695	1,000	0,193	1,396	0,845	2,309
	9	0,842	0,280	9,015	1,000	<b>0,003</b>	2,321	1,340	4,022
	10	1,149	0,319	12,950	1,000	<b>0,000</b>	3,155	1,687	5,899
Tipo de escola	Pública					Referência			
	Privada	1,306	0,516	6,408	1,000	<b>0,011</b>	3,691	1,343	10,145
Quantidade de quartos	Um Quartos					Referência			
	Dois ou mais	0,552	0,250	4,861	1,000	<b>0,027</b>	1,736	1,063	2,835
Posse de escova dental própria	Não					Referência			
	Sim	0,725	0,365	3,935	1,000	<b>0,047</b>	2,065	1,009	4,226

\* **Modelo ajustado pelas variáveis: experiência de cárie, raça/cor, tabagismo materno, residência conjunta pai e mãe, acesso a água filtrada e classe socioeconômica.**

## Discussão

A ausência de utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira varia conforme as condições socioeconômicas de cada região do país.<sup>24</sup> Por exemplo, na Região Sul, a quantidade de indivíduos que nunca foram ao cirurgião-dentista, aos 12 anos, é a metade do que é encontrado nas demais regiões do país (cerca de 18%)<sup>24</sup>. Porém essa situação não poderia ocorrer, visto que o SUS constitucional deve assistir à toda população brasileira de forma universal, igualitária e hierarquizada<sup>2</sup>.

As desigualdades relacionadas à utilização de serviços podem ser explicadas tanto por fatores predisponentes, como por fatores capacitantes e pelas necessidades de saúde<sup>8</sup>. Dentre tais aspectos, as características individuais dos usuários e prestadores de serviços, o modo como o sistema de saúde está organizado<sup>4</sup>, a posse ou não de plano de saúde, a oferta de serviços<sup>25</sup>, o tempo decorrido entre marcação e consulta<sup>26</sup> e as dificuldades no deslocamento para a realização da consulta<sup>15</sup>, são alguns dos fatores que podem funcionar como barreiras de acesso.

No presente estudo, foram captadas as variáveis relacionadas às características individuais infantis, maternas e socioeconômicas. Contudo, tais associações encontradas devem ser interpretadas com cautela, visto que a consulta odontológica uma vez na vida e a posse de escova dental própria foram as variáveis que mediram a dimensão do acesso realizado<sup>8</sup> de maneira que as dimensões de qualidade e satisfação não foram objeto de estudo. Em relação às características individuais dos escolares, a idade associou-se com as duas variáveis dependentes utilizadas para determinar o acesso aos bens e serviços de saúde, visto que crianças na faixa etária de nove a 10 anos apresentaram respectivamente, cerca de duas e três vezes mais chance de já terem realizado consulta odontológica em algum momento de suas vidas. De maneira similar, as chances de possuir escova dental própria aumentaram gradativamente nas idades de oito (cerca de três vezes), nove (cerca de 3,5 vezes) e 10 anos (cerca de sete vezes). Esses achados corroboram com o estudo de Medina-Solis et al.<sup>27</sup> que evidenciaram um aumento da chance de crianças terem frequentado à consulta odontológica, num prazo igual ou inferior a 12 meses, à medida em que sua idade aumentava.

Deve-se considerar que, com o avanço da idade, a autonomia da criança, quanto a posse dos seus próprios objetos de higiene bucal, pode aumentar devido a novos conhecimentos adquiridos dentro e fora do ambiente escolar<sup>28</sup>. Por outro lado, a maior prevalência de posse de bens de saúde e utilização de serviços odontológicos, por crianças mais velhas, pode ser explicada pelo maior tempo de exposição dos dentes na cavidade bucal, permitindo uma maior interação dos agentes etiológicos necessários para o desenvolvimento das doenças bucais<sup>29</sup> e aumento da necessidade de tratamento odontológico.

Portanto, em grupos de crianças mais velhas há maior prevalência de enfermidades bucais e tratamentos restauradores<sup>30</sup> do que em escolares de menor idade. De maneira similar, Abreu et al<sup>31</sup> também observaram que num grupo de crianças, com idades de quatro a 15 anos, o índice de dentes perdidos, cariados e obturados (CPOD) aumentava conforme a idade. Sendo assim, o fato da criança possuir alguma enfermidade bucal pode propiciar também maior procura por algum tipo de cuidado bucal. Isso representa um dos mais importantes fatores que determinam o acesso aos bens e serviços de saúde, que está relacionado ao estado de saúde, seja ele percebido ou diagnosticado<sup>32</sup>, sendo a medida mais aproximada de necessidade em saúde do ponto de vista biológico.

Outro fator que pode explicar a associação encontrada entre idade e as variáveis dependentes estudadas é que, em crianças de menor idade, a dentição decídua é a predominante. Isso direciona pouca atenção e cuidado com a cavidade bucal das crianças pelos pais e/ou responsáveis devido à cultura brasileira pré-existente que considera a temporalidade dos dentes decíduos.<sup>33</sup>

Quanto aos aspectos sociais, o acesso aos serviços de saúde tende a refletir a vulnerabilidade a que cada indivíduo está exposto de acordo com sua inserção na sociedade.<sup>32</sup> A relação do acesso aos serviços de saúde odontológicos com as características socioeconômicas vem sendo relatado por diferentes autores.<sup>16,17,34</sup> Neste estudo, o tipo de escola associou-se com a realização de consulta odontológica uma vez na vida, visto que os escolares matriculados em escolas privadas têm quase quatro vezes mais chance de já terem realizado consulta odontológica, quando comparados àqueles estudantes da rede pública de ensino. Achados similares foram encontrados por Claro et al.<sup>35</sup> no qual alunos de 12 a 17 anos de escolas privadas apresentaram maior chance de procurar o

serviço de saúde, nos três meses que antecederam a pesquisa, em relação aos alunos de escolas públicas.

Deve-se considerar que o tipo de escola pode ser analisado como indicador socioeconômico, pois é necessário que a família da criança disponha de recursos financeiros para custear gastos diretos e indiretos relacionados ao ensino privado. Na pesquisa de Araújo et al.<sup>16</sup>, adolescentes das classes A/B consultaram o cirurgião-dentista 60% a mais que os adolescentes de nível D/E. Já no estudo de Barros et al.<sup>17</sup>, indivíduos de grupos mais ricos (quinto quintil) foram ao cirurgião-dentista quase três vezes mais quando comparados ao grupo de menor renda (primeiro quintil).

Indivíduos com condição socioeconômica desfavorável tendem a procurar menos os serviços de saúde devido a barreiras de acesso relacionadas aos aspectos sociais e culturais. Gastos com transporte e alimentação, tempo de deslocamento e turnos de trabalho eventualmente perdidos se configuram como barreiras de acesso.<sup>20</sup> Além disso, a percepção da necessidade de tratamento e a importância atribuída à saúde influenciam a utilização de serviços pelos diferentes grupos sociais.<sup>20</sup>

No presente estudo, a classe socioeconômica foi utilizada no modelo final, sem interferência da escolaridade materna, mas não permaneceu estatisticamente significativa. Há de se considerar que o tipo de escola que a criança frequenta pode não ser resultante apenas da classe socioeconômica na qual a criança foi categorizada. Pois, nesta pesquisa, a classe socioeconômica foi determinada segundo níveis socioeconômicos da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)<sup>36</sup> que considera a posse de itens e a escolaridade do chefe da residência em sua classificação.

O município de Vitória possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior a maioria das capitais brasileiras<sup>21</sup>, além de um elevado produto interno bruto (PIB).<sup>21</sup> Por consequência, as classes determinadas pela ABIPEME talvez não tenham sido capazes de discriminar com precisão as diferenças entre os níveis socioeconômicos, medidos prioritariamente pela capacidade de consumo de bens. Por isso, o tipo de escola obteve maior capacidade de fazer essa distinção entre os níveis socioeconômicos. Além disso, deve-se considerar o elevado valor das mensalidades nas escolas particulares de Vitória.

Neste estudo, crianças com residências que possuíam dois ou mais quartos também apresentavam quase duas vezes mais chance de terem realizado consulta odontológica uma vez na vida em relação àqueles com residência de apenas um quarto. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Noro et al.<sup>37</sup>, em que crianças com melhores condições de moradia tiveram também mais chance de terem utilizado o serviço de saúde odontológico. O fato das crianças residirem em casas maiores pode ser indicativo de exposição a uma situação socioeconômica mais favorável da família em algum momento da vida, o que pode ter propiciado um maior acesso às informações a respeito da saúde bucal<sup>38</sup> e influenciado na escolha de decisões mais favoráveis no cuidado com a saúde.<sup>39</sup>

Considerando o contexto familiar, o comportamento em saúde bucal dos familiares, em especial o materno, pode influenciar na adoção de hábitos benéficos à saúde e no cuidado e engajamento na saúde bucal por parte das crianças.<sup>40,41</sup> Neste estudo, o tabagismo materno demonstrou associação significativa com posse de escova dental própria, pois no grupo de crianças que a mãe não fumava, a chance de ter escova dental própria foi quase cinco vezes maior em relação àqueles menores em que a mãe era tabagista.

O consumo do tabaco pode coexistir com outros comportamentos de risco.<sup>42,43</sup> Dessa maneira, o fato da mãe não fumar pode estar relacionado a práticas e hábitos de vida mais saudáveis adotados pela família, resultando em uma maior preocupação também com a correta higienização da cavidade bucal. Menores em que a mãe não é tabagista estão inseridos em um contexto que favorece a incorporação de hábitos saudáveis, visto que fumar é um hábito desfavorável à saúde. Além disso, há de se considerar a hipótese de que o gasto com o cigarro é prioritário e a compra de escova dental pode não ser realizada, pois representaria mais um ônus no orçamento familiar, sendo que a posse de escova dental se torna essencial para que a higiene bucal ocorra de maneira adequada. O tabagismo configura-se também como uma variável indicadora de renda visto a associação positiva entre os piores indicadores econômicos e de escolaridade com a prevalência do tabagismo.<sup>44</sup>

Também deve-se destacar que a posse de escova dental própria e a consulta odontológica uma vez na vida foram variáveis altamente associadas entre si. Pois, tanto o fato de ter escova dental própria aumentou a chance de as crianças

terem ido ao cirurgião-dentista, como ter ido ao cirurgião-dentista aumentou a chance dos escolares terem escova dental própria.

Os hábitos de cuidado com a saúde, da mesma maneira que os fatores de risco, geralmente estão relacionados entre si.<sup>45,46,47</sup> Ter ido ao cirurgião-dentista em algum momento da vida pode vir a contribuir positivamente para a incorporação de hábitos de higiene bucal mais adequados e a posse de escova dental própria é essencial para que a higiene bucal ocorra de maneira correta. De maneira similar, aquelas crianças que possuem escova própria também podem estar mais propensas a escovarem os dentes e a estenderem esse cuidado sob a forma de visitas regulares ao cirurgião-dentista.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao momento da coleta dos dados, de maneira que algumas informações podem estar sujeitas a viés de informação e memória tanto por parte das crianças quanto por parte dos responsáveis pelos escolares. Além disso, as associações encontradas devem ser analisadas com cautela, visto que o estudo não pretende realizar inferências diretas entre causas e efeitos por se tratar de um estudo transversal. Possui como vantagem o fato de que, ao considerar em seu delineamento os escolares, conseguiu abranger quase a totalidade de crianças de sete a 10 anos visto que 97,53%<sup>39</sup> dos menores dessa faixa etária estão matriculados no sistema de ensino brasileiro.

## **Conclusão**

Os resultados desse estudo apontam para a desigualdade no acesso às ações e serviços de saúde odontológicos. Crianças nas faixas etárias de oito, nove e 10 anos, filhas de mães não-fumantes e que já foram ao cirurgião-dentista alguma vez na vida apresentam maior acesso a escova dental própria como bem de saúde. Além disso, o fato da criança ser estudante de escola privada, ter nove ou 10 anos, ter residência maior e ter escova dental própria, também contribui para o acesso à consulta odontológica uma vez na vida.

Observa-se desta maneira que o acesso aos bens e serviços de saúde tende a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade e que cada grupo social apresenta necessidades de cuidado em saúde distintas. Neste sentido, as políticas públicas de saúde bucal coletiva devem visar acesso mais igualitário

aos bens e serviços de saúde a fim de garantir a saúde como direito social, por meio da elaboração de estratégias compensatórias, visando diminuir as desigualdades e os riscos a que as classes menos favorecidas estão expostas.

## Referências

- 1) Souza LEPPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p.49-68.
- 2) Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.183-206.
- 3) Penchansky D, Thomas J. Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. care.* 1981;19(2):127-40.
- 4) Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(Sup 2):190-98.
- 5) Donabedian A. Capacity to produce service in relation to need and demand. In: \_\_\_\_\_. *Aspects of medical care administration.* Cambridge (Mass.): Harvard University Press; 1973. p. 418-85.
- 6) Frenck J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. *Health service research: an anthology.* Washington: Pan American Health Organization; 1992. p. 842-55.
- 7) Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund: Health and Society.* 1973;51(1):95-124.
- 8) Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1):1-10.

- 9) Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>.
- 10) Thiede, M, Akewengo P, Mc'intyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: MC'INTYRE, D.; MOONEY, G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-61.
- 11) Palma ABO, Ferreira RC, Martins AMEB, Assis KBO, Duarte DA. Determinantes do não uso de serviços odontológicos por crianças de cinco anos. Arq. Odontol. 2015;51(1):14-24.
- 12) Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(4):819-32.
- 13) Porto SM, Travassos C, Ugá MAD, Santos IS. Equidade no financiamento da saúde, alocação de recursos e utilização dos serviços de saúde no Brasil. In: McIntyre D, Mooney G, organizadores. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 253-79.
- 14) Politi R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. Economia aplicada. 2014;18(1);117-37.
- 15) Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik, AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):733-40.
- 16) Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(5):1063-72.
- 17) Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc. Saúde coletiva. 2002; 7(4):709-17.
- 18) Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciênc. Saúde coletiva. 2006;11(4):999-1010.
- 19) Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Cad. Saúde Pública. 2011;27(Sup 2):272-83.

- 20) Rohr RIT, Barcellos AL. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. Rev Odontol. 2008;10(3):37-41.
- 21) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Vitória: Ministério da Saúde. [atualizada em novembro de 2013, acesso em 15 de março de 2016]. Disponível em: [http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idh/ranking\\_capitais.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idh/ranking_capitais.asp).
- 22) Vitória. Prefeitura de Vitória, 2015. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/brasilsorridentepremiavitoriacomomelhoratendimentoemsaudebucalnopais15356>>. Acesso em: 17/03/2016.
- 23) Faria CP, Cade NV, Nascimento LR, Molina MDCB. Prevalência de excesso de peso em crianças de sete a dez anos de Vitória - ES, Brasil: um estudo de base escolar. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2011;13(1):31-7.
- 24) Ministério da Saúde. Brasil, 2011. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 25) Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc. e saúde coletiva. 2012;17(11):2865-75.
- 26) Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc. e saúde coletiva. 2012;17(11):3115-24.
- 27) Medina-Solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA, Portillo-Núñez 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. Saúde Pública 2009;25(12):2621-31.
- 28) Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. British Dental Journal. 1999;187(1):15-8.
- 29) Newbrum E. Cariologia. São Paulo: Santos; 1988.
- 30) Freire MCM, Pereira MF, Batista SMO, Borges MRS, Barbosa MI, Rosa AGF. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. Rev. Saúde Pública. 1999;33(4):385-90.
- 31) Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(5):334-44.

- 32) Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva. 2008;22(2):19-29.
- 33) Coelho MLG, Bezerra MM, Júnior FFG, Viana RS, Chagas MIO. Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, Sobral - CE. *Sanare* 2005 jan./jun;1:86-72.
- 34) Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. e saúde coletiva* 2006;11(4):975-86.
- 35) Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, 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(8):1565-74.
- 36) Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil – 2008. Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME).
- 37) Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil, *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1509-16.
- 38) Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solis CE, Maupomé J, Vallejos-Sánchez AA, Lau-Rojo L, León-Viedas MVP. Socioeconomic and Sociodemographic Variables Associated With Oral Hygiene Status in Mexican Schoolchildren Aged 6 to 12 Years. *J Periodontol*. 2007;78(5):816-22.
- 39) Paredes SO, Almeida DB, Fernandes JMF, Forte FDS, Sampaio F C. Behavioral and social factors related to dental caries in 3 to 13 year-old children from João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Rev. odonto ciênc*. 2009;24(3):231-35.
- 40) Ostberg AL, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand*. 2002;60:167-73.
- 41) Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, Miura K. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002;12:101-08.

- 42) Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciênc. e saúde coletiva*. 2010;5(Supl. 2):3027-34.
- 43) Freire MCM, Leles CR, Sardinha LMV, Junior MP, Malta DC, Marco AP. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(Suppl.):133-45.
- 44) Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, Godoy I. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):980-85.
- 45) Davoglio RS, Aerts DRG, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(3):655-67.
- 46) Fernandes RA, Christofaro GDD, Casonatto J, Kawaguti SS, Ronque NRV, Cardoso JR, Júnior IFF, Oliveira AR. Cross-sectional association between healthy and unhealthy food habits and leisure physical activity in adolescents. *J Pediatr*. 2011;87(3):252-56.
- 47) Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(4):723-34.
- 48) IBGE Censo demográfico 2010: Resultados da amostra de educação. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=320530&idtema=105&search=espírito%20%ADsanto%7Cvitoria%7Ccenso%20%ADdemografico%20%AD2010:%20%ADresultados%20%ADda%20%ADa%E2%80%A67/7>. Acesso em: 15 de março de 2016.

## 6.2- ARTIGO 2 – PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL DE ESCOLARES SÃO INFLUENCIADAS POR CARACTERÍSTICAS INFANTIS, MATERNAS E SOCIOECONÔMICAS.

### Resumo

**Introdução:** A prevenção da cárie dental é feita basicamente pela escovação e uso de fio dental. A adoção desses hábitos, principalmente em crianças, é um processo complexo que depende de fatores relacionados a diferentes aspectos da vida. **Objetivo:** Verificar associação entre fatores socioeconômicos, características maternas e infantis, e a realização de práticas de higiene bucal em escolares de sete a 10 anos no município de Vitória - ES. **Metodologia:** Estudo seccional realizado com amostra probabilística por conglomerado de triplo estágio com população final de estudo de 1282 escolares. Dados coletados por meio de formulário aplicado às crianças e questionário enviado aos pais/responsáveis para preenchimento e devolução. O desfecho foi a variável resumo denominada de práticas de higiene bucal com três composições possíveis: nível menos favorável, nível intermediário e nível mais favorável. As variáveis independentes foram agrupadas em características infantis, maternas e socioeconômicas. A análise de Regressão Multinomial foi conduzida entre as variáveis independentes que demonstraram significância menor ou igual a 0,10 na análise bivariada e a variável resumo. O nível de significância adotado para as variáveis no modelo final foi de  $p < 0,05$  e a situação menos favorável foi utilizada como categoria de referência. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino 744 (58,0%), com idades entre oito 359 (28,0%) e nove anos 360 (28,1%) e matriculados na rede pública de ensino 1061 (82,8%). A prática de higiene bucal mais favorável apresentou maior prevalência 1012 (78%) entre os escolares avaliados. Permaneceram associadas no modelo final de Regressão as variáveis: peso ao nascer, morar com pai e mãe, consulta odontológica uma vez na vida, experiência de cárie e posse de escova dental própria. **Conclusão:** Os determinantes sociais possuem forte influência na adoção de hábitos positivos para manutenção da adequada saúde bucal.

Palavras chaves: Higiene bucal. Hábitos. Criança.

\*Artigo conforme as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

## **Oral hygiene habits in schoolchildren are influenced by children's, maternal and socioeconomic characteristics.**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The prevention of dental caries is done by brushing and flossing the teeth. The adoption of these habits, especially in children, is a complex process that depends on factors related to different aspects of life. **Objective:** To verify the association between children's, maternal and socioeconomic characteristics with oral hygiene habits in students aged seven to 10 years in Vitória - ES. **Methods:** Cross-sectional study conducted with probabilistic sample of triple stage with final study population of 1282 students. Data were collect using a questionnaire applied to children and questionnaire sent to parents to fill out and return. The outcome was the variable summary called oral hygiene practices with three possible combinations: less favorable level, intermediate level and more favorable level. The independent variables were children's, maternal and socioeconomic characteristics. The Multinomial Regression Analysis was performed between the independent variables that showed significance less or equal to 0.10 in the Bivariate Analysis and the summary variable. The significance level for the variables in the final model was  $p < 0.05$  and less favorable level was used as reference. **Results:** Most were female 744 (58.0 %), aged eight 359 (28.0%) and nine years 360 (28.1%) and enrolled in public schools 1061 (82.8 %). The most favorable oral hygiene level showed the highest prevalence 1012 (78 %) among schoolchildren. Remained associated in the final model of regression the variables: birth weight, living with father and mother in the same home, dental appointment once in a lifetime, cavity experience and own a toothbrush. **Conclusion:** Social determinants have a strong influence on the adoption of positive habits.

Key words: Oral hygiene. Habits. Child.

## Introdução

A remoção do biofilme das superfícies dentárias ocorre principalmente por meio da escovação e da utilização do fio dental, o que contribui de maneira significativa para a prevenção das doenças bucais<sup>1,2</sup>. Apesar dos métodos de higiene bucal serem amplamente difundidos, a adoção, propriamente dita, dos comportamentos de saúde é um mecanismo bastante complexo<sup>3</sup>. Nesse contexto, os determinantes gerais de saúde relacionados ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural em que os indivíduos habitam tornam-se protagonistas na adoção de hábitos referentes aos cuidados em saúde<sup>4</sup>.

As crianças são particularmente suscetíveis às condições a que são expostas<sup>5</sup> de maneira que seus comportamentos em saúde estão constantemente sendo moldados pelo ambiente, pela história pregressa de vida e por experiências pessoais vivenciadas<sup>3</sup>. Sendo assim, alguns fatores irão contribuir para a adoção efetiva de seus hábitos de higiene bucal tais como: características individuais<sup>6,7,8</sup>; socioeconômicas relacionadas a renda familiar<sup>7,9,10</sup>, condições de moradia<sup>11</sup>, nível de escolaridade materna<sup>19,26,36</sup> e características concernentes ao apoio social recebido por seus familiares e amigos<sup>8,26,44</sup>.

No Brasil, a população jovem é expressiva visto que em 2015 dos quase 205 milhões de brasileiros, mais de 30 milhões estavam na faixa etária de cinco a 14 anos<sup>14</sup> sendo que quase a totalidade desses pode ser encontrada no ambiente escolar (96,7%). Além disso, a escola possui papel fundamental na formação de atitudes e valores<sup>15</sup> ao reunir crianças em idades que favoreçam a assimilação de medidas preventivas, como hábitos de higiene que são formados na infância<sup>16</sup>. O ambiente escolar também influencia no processo de socialização infantil, pois as crianças ao conviverem com professores e amigos assimilam o comportamento dos mesmos e moldam atitudes e comportamentos referentes à sua própria saúde bucal<sup>3</sup>.

O presente estudo possui como cenário de pesquisa o município de Vitória- ES, Brasil, que se destaca entre as capitais brasileiras por apresentar características socioeconômicas favoráveis, tais como: o maior Produto Interno Bruto (PIB)<sup>17</sup> *per capita* em 2011 e o melhor Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) no ano de 2012<sup>18</sup>. Diante dessas considerações, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, as características maternas e

infantis e a realização de práticas de higiene bucal em escolares de sete a 10 anos no município de Vitória- ES.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo seccional, com dados coletados entre os meses de maio a dezembro de 2007, como parte do Estudo: Nutrição e Saúde dos escolares de sete a 10 anos matriculados em escolas públicas e privadas de Vitória- ES <sup>19</sup>.

Os participantes do estudo foram selecionados em um processo de amostragem probabilística por conglomerado de triplo estágio <sup>19</sup> de modo que a cobertura espacial pudesse gerar uma amostra representativa da população da cidade, bem como uma proporção de representatividade dos sexos (feminino e masculino), idades (7, 8, 9 e 10 anos) e redes de ensino (pública e privada). Dessa maneira, a amostra final consistiu em 1282 escolares.

A coleta dos dados foi realizada por meio de dois instrumentos: o primeiro aplicado às crianças por pesquisadores calibrados para o esclarecimento de dúvidas e o segundo enviado aos responsáveis para o autopreenchimento. O formulário infantil abordava questões pertinentes a práticas de alimentação e saúde bucal bem como dados antropométricos da criança. Já o questionário entregue aos responsáveis abrangia informações da mãe da criança, aspectos socioeconômicos e outras variáveis.

No presente estudo foram investigados os hábitos de higiene bucal das crianças e sua relação com características infantis, maternas e socioeconômicas. Desta maneira, as variáveis relacionadas à frequência de escovação diária e ao uso do fio dental foram sintetizadas em uma variável resumo denominada de práticas de higiene bucal.

Para a obtenção da variável resumo, cada possibilidade de resposta foi pontuada de acordo com situação mais favorável para menos favorável de maneira que, a frequência de escovação de três ou mais vezes ao dia, foi classificada igual a +3 pontos, duas vezes ao dia igual, a +2 pontos, uma vez ao dia, igual a +1 ponto. Quando a escovação não ocorria durante o dia a pontuação considerada foi de -1 ponto. O uso do fio dental foi classificado em: às vezes (+1 ponto), sim (+2 pontos) e não (-1 ponto).

Para cada criança participante do estudo os pontos referentes à frequência de escovação e utilização de fio dental foram somados determinando três situações possíveis concernentes às práticas de higiene bucal: situação menos favorável (pontuação -2 e 0), situação intermediária (pontuação 1, 2 e 3), situação mais favorável (pontuação 4 e 5).

As variáveis independentes utilizadas foram agrupadas em características infantis, características maternas e características socioeconômicas. As características infantis incluíam: experiência de cárie, sexo, idade, tipo de escola, companhia no almoço, companhia no jantar, local do almoço, local do jantar e peso ao nascer. Já as características maternas foram relacionadas ao número de filhos; escolaridade; ocupação das mães das crianças participantes do estudo; e, as características socioeconômicas consideradas foram: residência conjunta pai e mãe, aglomeração humana domiciliar, escolaridade do chefe da residência, classe socioeconômica, consulta odontológica uma vez na vida e escova dental própria da criança.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *SPSS for Windows* 17.0. Inicialmente, investigou-se a existência de associação entre as três situações possíveis da variável de práticas de saúde bucal e os fatores em estudo por meio das análises bivariadas exploratórias com o teste o Qui-quadrado de associação de Yates. A seguir, realizou-se a análise de Regressão Multinomial Multivariada entre a variável desfecho Práticas de higiene bucal e as variáveis independentes que demonstraram nível de significância menor ou igual a 0,10 na análise bivariada, de maneira que, para cada variável independente, foi obtido a *odds ratio* e o intervalo de confiança. O nível de significância adotado para as variáveis no modelo final foi de  $p < 0,05$  e a situação menos favorável foi utilizada como categoria de referência.

De acordo com a literatura científica pesquisada<sup>1,6,7,13</sup>, optou-se por não incluir no modelo de análise final as variáveis relacionadas à escolaridade do chefe e classe socioeconômica, por estarem fortemente associadas entre si e com a escolaridade materna ( $p$ -valor  $< 0,05$ ). Porém, a escolaridade materna funcionou como variável de ajuste.

A pesquisa do qual o presente estudo se originou foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo em 26/10/06, sob número de registro no CEP/UFES 089/06. A realização

do estudo nas escolas públicas foi autorizada oficialmente pela Secretaria Municipal de Educação do Município de Vitória e todas as crianças participantes da pesquisa possuíam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis.

## **Resultados**

A amostra estudada foi composta de 744 (58%) crianças do sexo feminino e 538 (42%) do sexo masculino, matriculadas em escolas públicas 1061 (82,8%) e privadas 221 (17,2%) do município de Vitória- ES, com idade predominante de oito e nove anos. A maioria das crianças nasceu com peso normal 1083 (84,5%), possuía alguém da família como companhia durante a realização tanto do almoço 933 (72,8%) quanto do jantar 1033 (80,6%) e almoçavam 755 (58,9%) e jantavam 751 (58,6%) assistindo televisão. Em relação à variável relacionada às práticas de higiene bucal, as seguintes frequências foram identificadas: 44 (3%) crianças possuíam uma prática de higiene bucal menos favorável, 194 (15%) uma prática intermediária e 1012 (78%) possuíam uma prática de higiene bucal mais favorável. Além disso, 566 (44,1%) dos escolares relataram cárie (Tabela 1)

Quanto às características das mães das crianças os resultados apontaram que a maioria das mulheres, 518 (40,4%), havia estudado de nove a 11 anos possuíam dois filhos 511 (39,9%) e trabalhavam fora de casa e/ou eram profissionais liberais 782 (61%). Em relação às variáveis socioeconômicas das famílias pesquisadas, houve uma predominância de menores, 912 (71,1%), que não residiam com ambos os pais na mesma residência, famílias com até cinco habitantes 1000 (78%), famílias pertencentes à classe socioeconômica D+E 467 (36,4%) e famílias em que a escolaridade do chefe da residência era de nove a 11 anos, 413 (32,2%). Além disso, 1093 (85,3%) crianças já haviam ido ao cirurgião-dentista em algum momento da vida e 1253 (97,7%) possuíam escova dental própria (Tabela 2).

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises bivariadas relacionadas as características infantis, maternas e socioeconômicas e os três cenários possíveis de desfecho. Nessas análises, as práticas de higiene bucal associaram-se, considerando o nível de significância de 10%, com: experiência

de cárie ( $p < 0,001$ ), sexo ( $p = 0,036$ ), idade ( $p = 0,003$ ), companhia no jantar ( $p = 0,084$ ), local do almoço ( $p < 0,001$ ) e peso ao nascer ( $p = 0,018$ ). Quanto às características maternas e socioeconômicas verificaram-se associação com o desfecho as variáveis: escolaridade materna ( $p = 0,004$ ); residência conjunta com pai e mãe ( $p = 0,001$ ); escolaridade do chefe ( $p = 0,012$ ), classe socioeconômica ( $p = 0,061$ ), consulta odontológica uma vez na vida ( $p < 0,001$ ) e posse de escova dental própria ( $p < 0,001$ ).

Tendo como referência as práticas de higiene bucal no nível menos favorável, foram associadas ao nível intermediário: peso ao nascer (OR=0,24; IC95%=0,07-0,79;  $p = 0,02$ ), residência conjunta pai e mãe (OR=0,339; IC95%=0,14-0,819;  $p = 0,016$ ) e consulta odontológica uma vez na vida (OR=2,606; IC95%=1,008-6,739;  $p = 0,048$ ). Contudo, no nível mais favorável, outras duas variáveis apareceram significativamente associadas no modelo final: a experiência de cárie (OR=3,017; IC95%=1,167-7,795;  $p = 0,023$ ) e a posse de escova dental própria (OR=3,807; IC95%=1,047-13,841;  $p = 0,042$ ), além das variáveis: peso ao nascer (OR=0,33; IC95%=0,118-0,960;  $p = 0,042$ ) e residência conjunta pai e mãe (OR=3,142; IC95%=1,333 a 7,407;  $p = 0,009$ ).

Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas às características infantis do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

Variável	Categorias	N	%	Intervalo de Confiança 95	
				LI	LS
Prática de higiene bucal*	Menos favorável	44	3,5	2,1	3,9
	Intermediária	194	15,1	13,0	17,0
	Mais favorável	1012	78,9	75,7	80,3
	<b>Total</b>	<b>1250</b>	<b>97,5</b>		
Experiência de cárie*	Sim	566	44,2	41,4	46,9
	Não	509	39,7	36,3	41,7
	Não sabe	199	15,6	13,0	17,0
	<b>Total</b>	<b>1274</b>	<b>99,5</b>		
Sexo	Masculino	538	42,0	39,3	44,7
	Feminino	744	58,0	55,3	60,7
	<b>Total</b>	<b>1282</b>	<b>100</b>		
Idade (em anos)	Sete	252	19,7	17,5	21,9
	Oito	359	28,0	25,5	30,5
	Nove	360	28,1	25,5	30,5
	Dez	311	24,2	21,7	26,3
	<b>Total</b>	<b>1282</b>	<b>100</b>		
Tipo de escola	Pública	1061	82,8	79,9	84,1
	Privada	221	17,2	14,9	19,1
	<b>Total</b>	<b>1282</b>	<b>100</b>		
Companhia almoço*	Sozinha	173	13,5	11,2	14,8
	Com alguém da família	933	72,8	69,5	74,5
	Outras pessoas	169	13,2	11,2	14,8
	<b>Total</b>	<b>1275</b>	<b>99,5</b>		
Companhia no jantar*	Sozinha	129	10,4	8,4	11,6
	Com alguém da família	1033	80,5	77,8	82,2
	Outras pessoas	103	8,1	6,5	9,5
	<b>Total</b>	<b>1265</b>	<b>99,0</b>		

Continua

Continuação

Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas às características infantis do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

<b>Local almoço*</b>	Mesa	<b>509</b>	39,7	36,3	41,7
	Vendo TV	755	58,9	55,3	60,7
	Outra atividade	14	1,1	0,5	1,5
	<b>Total</b>	<b>1278</b>	<b>99,7</b>		
<b>Local jantar*</b>	Mesa	492	38,4	36,3	41,7
	Vendo TV	751	58,6	55,3	60,7
	Outra atividade	22	1,7	0,5	1,5
	<b>Total</b>	<b>1265</b>	<b>98,7</b>		
<b>Peso ao nascer*</b>	Menos 2500g	110	8,6	6,5	9,5
	2500g ou mais	1083	84,5	82,0	86,0
	<b>Total</b>	<b>1193</b>	<b>93,10</b>		

\*Algumas variáveis não totalizam 100% devido a perdas amostrais no momento de categorização

Conclusão

Tabela 2. Características maternas e socioeconômicas das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.

Variável	Categorias	N	%	Intervalo de Confiança 95%	
				LI	LS
Nº de filhos*	Um	271	21,1	18,8	23,2
	Dois	511	39,9	36,3	41,7
	Três	276	21,5	18,8	23,2
	Quatro ou mais	203	15,8	13,0	17,0
	<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>98,3</b>		
Escolaridade materna*	1 a 4 anos	132	10,3	8,4	11,6
	5 a 8 anos	360	28,1	25,5	30,5
	9 a 11 anos	518	40,4	37,3	42,7
	12 anos ou mais	245	19,1	16,9	21,1
	<b>Total</b>	<b>1255</b>	<b>97,9</b>		
Ocupação materna*	Empregadas/profissional liberal	782	61,0	58,3	63,7
	Desempregadas	232	18,1	15,9	20,1
	Dona de casa	240	18,7	15,9	20,1
	<b>Total</b>	<b>1254</b>	<b>97,8</b>		
Residência Conjunta pai/mãe*	Sim	337	26,3	23,6	28,4
	Não	912	71,1	68,5	73,5
	<b>Total</b>	<b>1249</b>	<b>97,4</b>		
Agglomeração humana domiciliar*	Até 5 pessoas	1000	78,0	75,7	80,3
	Mais de 5 pessoas	237	18,5	15,9	20,1
	<b>Total</b>	<b>1237</b>	<b>96,5</b>		
Escolaridade do chefe*	1 a 4 anos	163	12,7	10,2	13,8
	5 a 8 anos	340	26,5	23,6	28,4
	9 a 11 anos	413	32,2	29,4	34,6
	12 anos ou mais	231	18,1	15,9	20,1
	<b>Total</b>	<b>1147</b>	<b>89,5</b>		

Continua

Tabela 2. Características maternas e socioeconômicas das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007. Continuação

<b>Classe socioeconômica*</b>	A+B	262	20,4	17,8	22,2
	C	394	30,8	27,5	32,5
	D+E	467	36,4	33,4	38,6
	<b>Total</b>	<b>1123</b>	<b>87,6</b>		
<b>Consulta odontológica uma vez na vida*</b>	Sim	1093	85,2	83,0	87,0
	Não	182	14,2	12,1	15,9
	<b>Total</b>	<b>1275</b>	<b>99,4</b>		
<b>Posse de escova dental própria</b>	Sim	1253	98,0	96,9	98,6
	Não	29	2,0	1,4	3,1
	<b>Total</b>	<b>1282</b>	<b>100</b>		

\*Algumas variáveis não totalizam 100% devido a perdas amostrais no momento de categorização

Conclusão

Tabela 3: Análise bivariada das características infantis com os desfechos de prática de higiene bucal das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, 2007.

	Categorias	Prática de Higiene Bucal*			Total	Qui quadrado	p valor	Associação Linear	p-valor
		Menos favorável	Intermediária	Mais favorável					
Experiência de Cárie	Sim	9 (1,6%)	66 (11,9%)	478 (86,5%)	553	24.341	<b>0,000</b>	24.360	0.000
	Não	26 (5,3%)	97 (19,6%)	371 (75,1%)	494				
	Não sabe	9 (4,6%)	30 (15,4%)	156 (80,0%)	195				
Sexo da Criança	Masculino	21 (4,0%)	96 (18,4%)	405 (77,6%)	522	6.664	<b>0,036</b>	5,492	0,019
	Feminino	23 (3,2%)	98 (13,5%)	607(83,3%)	728				
Idade da Criança	Sete	19 (7,7)	43 (17,3%)	186 (75,0%)	248	20.185	<b>0,003</b>	14,045	0,000
	Oito	12 (3,4%)	55 (15,9%)	281 (80,7%)	348				
	Nove	9 (2,6%)	54 (15,6%)	284 (81,8%)	347				
	Dez	4 (1,3%)	42 (13,7%)	261 (85,0%)	307				
Tipo de Escola	Pública	40 (3,9%)	157 (15,1%)	838 (81%)	1035	2.509	0,285	0,281	0,596
	Privada	4 (1,9%)	37 (17,2%)	174 (80,9%)	215				
Companhia no Almoço	Sozinha	8 (4,8%)	27 (16,1%)	132 (79,1%)	167	1.567	0,815	0,049	0,825
	Com alguém da família	29 (3,2%)	138 (15,2%)	742 (81,6%)	909				
	Outras pessoas	7 (4,2%)	27 (16,2%)	133 (79,6%)	167				
Companhia no Jantar	Sozinha	9 (7,2%)	21 (16,8%)	95 (76,0%)	125	8.208	<b>0,084</b>	0,524	0,469
	Com alguém da família	30 (3,0%)	151 (15,0%)	827 (82,0%)	1008				
	Outras pessoas	4 (4,0%)	20 (20,0%)	76 (76,0%)	100				
Local almoço	Mesa	7 (1,4%)	61 (12,3%)	429 (86,3)	497	20,888	<b>0,000</b>	20,412	0,000
	Vendo TV	36 (4,9%)	129 (17,5%)	570 (77,6%)	735				
	Outra atividade	1 (7,1%)	4 (28,6%)	9 (64,3%)	14				
Local jantar	Mesa	11 (2,3%)	69 (14,4%)	399 (83,3%)	479	4,535	0,338	3,579	0,059
	Vendo TV	31 (4,2%)	120 (16,4%)	581 (79,4%)	732				
	Outra atividade	1 (4,6%)	3 (13,6%)	18 (81,8%)	22				
Peso ao nascer	Menos 2500g	8 (7,6%)	11 (10,4%)	87 (82,0%)	106	7.984	<b>0,018</b>	0,598	0,439
	2500g ou mais	31 (2,9%)	167 (15,8%)	861 (81,3%)	1059				

Tabela 4: Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com os desfechos de prática de higiene bucal das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES,2007.

		Prática de Higiene Bucal			Total	Qui quadrado	p valor	Associação Linear	p-valor
		Menos favorável	Intermediária	Mais favorável					
Quantidade de filhos	Um	9 (3,4%)	39 (14,9%)	213 (81,6%)	261	6,854	0,335	0,542	0,462
	Dois	20 (4,0%)	73 (14,6%)	408 (81,4%)	501				
	Três	4 (1,5%)	47 (17,5%)	218 (81,0%)	269				
	Quatro ou mais	11 (5,5%)	31 (15,7%)	156 (78,8%)	198				
Escolaridade Materna	1 a 4 anos	10 (7,7%)	14 (10,8%)	106 (81,5%)	130	18,811	<b>0,004</b>	2,270	0,132
	5 a 8 anos	19 (5,4%)	55 (15,6%)	278 (79%)	352				
	9 a 11 anos	8 (1,6%)	78 (15,6%)	414 (82,8%)	500				
	12 anos ou mais	6 (2,5%)	42 (17,4%)	193 (80,1%)	241				
Ocupação Materna	Empregadas/profissional liberal	22 (2,9%)	117 (15,4%)	618 (81,7%)	757	2,692	0,611	1,259	0,262
	Desempregadas	9 (3,9%)	34 (14,9%)	186 (81,2%)	229				
	Dona de casa	12 (5,1%)	36 (15,2%)	188 (79,7%)	236				
Residência Conjunta Pai/Mãe	Sim	22 (6,7%)	44 (13,4%)	262 (79,9%)	328	13,942	<b>0,001</b>	3,717	0,054
	Não	21 (2,3%)	142 (16%)	727 (81,7%)	890				
Aglomeracão Humana Domiciliar	Até 5 pessoas	31 (3,2%)	148 (15,2%)	794 (81,6%)	973	2,204	0,332	1,398	0,237
	Mais de 5 pessoas	12 (5,2%)	36 (15,5%)	184 (79,3%)	232				
Escolaridade do Chefe	1 a 4 anos	13 (8,0%)	24 (14,9%)	124 (77,01%)	161	16,356	<b>0,012</b>	5,931	0,015
	5 a 8 anos	17 (5,2%)	49 (15,0%)	261 (79,8%)	327				
	9 a 11 anos	7 (1,8%)	61 (15,2%)	334 (83,0%)	402				
	12 anos ou mais	5 (2,2%)	37 (16,4%)	184 (81,4%)	226				
Classe Socioeconômica	A+B	7 (2,7%)	39 (15,1%)	212 (82,2%)	258	9,000	<b>0,061</b>	1,294	0,255
	C	8 (2,0%)	64 (16,8%)	311 (81,2%)	383				
	D+E	25 (5,5%)	61 (13,5%)	366 (81,0%)	452				
Consulta Odontológica Vital	Sim	28 (2,6%)	164 (15,4%)	871 (82,0%)	1063	17,975	<b>0,000</b>	10,893	0,001
	Não	16 (8,9%)	29 (16,1%)	135 (75,0%)	180				
Posse de escova Dental Própria	Sim	37 (3,0%)	188 (15,4%)	997 (81,6%)	1222	40,841	<b>0,000</b>	27,884	0,000
	Não	7 (25,0%)	6 (21,4%)	15 (53,6%)	28				

Tabela 5: Análise multivariada dos desfechos intermediário e mais favorável de prática de higiene bucal em relação à prática menos favorável das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória - ES, 2007.\*\*

	Categorias	B	Erro padrão	Teste de Wald	Df	p valor	OR ajustada	Intervalo de confiança 95%		
								LI	LS	
Práticas de Higiene Bucal (Nível Intermediário)*	Experiência de cárie	Sim	0,514	0,510	1,016	1	0,314	1,671	0,616	4,537
		Não								
	Sexo	Masculino	0,156	0,440	0,126	1	0,723	0,86	0,361	2,028
		Feminino								
	Peso ao nascer	Menos de 2500 g	1,438	0,620	5,389	1	<b>0,020</b>	0,237	0,070	0,799
		2500 g ou mais								
	Residência conjunta Pai/Mãe	Sim								
Não		1,082	0,451	5,771	1	<b>0,016</b>	0,339	0,140	0,819	
Consulta odontológica uma vez na vida	Sim	0,958	0,485	3,904	1	<b>0,048</b>	2,606	1,008	6,739	
	Não									
Escova dental própria	Sim	1,149	0,803	2,047	1	0,152	3,155	0,654	15,221	
	Não									
Práticas de Higiene Bucal (Nível Mais Favorável)*	Experiência de cárie	Sim	1,104	0,484	5,197	1	<b>0,023</b>	3,017	1,167	7,795
		Não								
	Sexo	Masculino	0,432	0,414	1,088	1	0,297	0,649	0,288	1,462
		Feminino								
	Peso ao nascer	Menos de 2500g	1,089	0,535	4,143	1	<b>0,042</b>	0,336	0,118	0,960
		2500 g ou mais								
	Residência conjunta Pai/Mãe	Sim								
Não		0,896	0,416	0,427	1	<b>0,031</b>	0,408	0,181	0,927	
Consulta odontológica uma vez na vida	Sim	1,145	0,438	6,846	1	<b>0,009</b>	3,142	1,333	7,407	
	Não									
Escova dental própria	Sim	1,337	0,659	4,119	1	0,042	3,807	1,047	13,841	
	Não									

\* A Categoria Práticas de Higiene Bucal (Nível Menos Favorável) é o padrão de referência para a Regressão Multinomial.

\*\* Modelo ajustado pelas variáveis: idade da criança, companhia no jantar, local do almoço, escolaridade materna.

## DISCUSSÃO

A adoção de comportamentos positivos dos indivíduos sobre sua saúde bucal é influenciada por uma série de fatores externos, tais como: nível socioeconômico, renda, educação<sup>20</sup>, condições de moradia e habitação<sup>21</sup> além de suas características individuais<sup>22</sup>. A saúde é, portanto resultado dos diferentes modos de organização social <sup>23</sup>.

Em relação às características individuais infantis, o presente estudo observou que entre os escolares, a frequência de práticas de higiene bucal no nível mais favorável foi maior em crianças do sexo feminino em relação a crianças do sexo masculino. Essas diferenças nos comportamentos de saúde entre os sexos também vêm sendo observadas em outros estudos já realizados <sup>6,7,8</sup>. Esses estudos revelam que meninas parecem adotar comportamentos mais positivos relacionados à saúde do que os meninos, além de possuírem também uma maior preocupação com sua aparência física<sup>24</sup>. Essas atitudes relacionadas aos cuidados em saúde, de acordo com o sexo, podem ocorrer devido à influência dos padrões sociais e culturais vigentes, que estimulam mulheres a assumirem maior cuidado em relação ao seu corpo, repercutindo nos hábitos e comportamentos de saúde das crianças <sup>25,26</sup> e no cuidado com a higiene bucal. A variável posse de escova dental própria associou-se, com o desfecho no nível mais favorável, visto que as crianças que possuíam escova tinham quase quatro vezes mais chance de terem uma prática de higiene bucal mais favorável, em relação a uma prática menos favorável, do que aquelas crianças que não possuíam escova dental ou compartilhavam em seu domicílio. Deve-se compreender que o acesso ao utensílio escova dental é o pressuposto inicial para a incorporação de hábito de higiene bucal pela criança<sup>27</sup>, porém não o único.

Tendo em vista que na infância, os pais e a família são a influência mais importante no desenvolvimento e formação de hábitos de saúde bucal por parte das crianças<sup>3,28,29</sup>, esse estudo também investigou aspectos concernentes ao ambiente familiar que a criança estava inserida. Quanto aos aspectos familiares, os resultados apontaram uma associação positiva entre o fato de a criança residir na mesma casa com o pai e a mãe e as práticas de higiene bucal nível intermediário e nível mais favorável, ao considerarmos a situação menos favorável como referência. Sendo assim, o fato dos escolares não residirem na

mesma casa com o pai e a mãe evita que os menores possuam uma prática intermediária e mais favorável de higiene bucal. Baseado nessa evidência científica contata-se a importância da estrutura familiar nos comportamentos em saúde das crianças e que os pais em conjunto são os principais responsáveis pelos ensinamentos em saúde bucal aos menores <sup>30,31</sup>.

De maneira similar, outras investigações têm demonstrado resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, ao apontarem associação entre os hábitos e estilo de vida das famílias com a frequência de escovação por parte das crianças. Maes et al.<sup>32</sup> evidenciaram que em crianças e adolescentes de 11 a 15 anos aqueles, que viviam com ambos os pais na mesma residência, possuíam maior probabilidade de escovarem os dentes mais de uma vez ao dia em relação aqueles que residiam com apenas um dos responsáveis.

Em outro estudo, realizado por Levin et al. <sup>8</sup>, com crianças na faixa etária de 11 a 15 anos, a chance de escovar os dentes duas vezes ao dia foi menor entre aqueles que viviam com apenas um dos pais em relação àqueles que viviam com ambos. Já em uma pesquisa conduzida, em 32 países do mundo, com pais de crianças de três e quatro anos observou-se que quando os pais estimulam a escovação das crianças pelo menos duas vezes ao dia, isso é fundamental para que o hábito seja adquirido e perpetuado pelos menores<sup>33</sup>.

Além da influência que os pais possuem na frequência de realização de práticas de higiene bucal de seus filhos, observa-se também que famílias de pais divorciados enfrentam situações que podem influenciar de maneira negativa a saúde física de seus membros<sup>34,35</sup>. A diminuição dos recursos econômicos disponíveis para suprir as necessidades familiares, baixos níveis de suporte social e as alterações na rotina proveniente da reestruturação familiar podem enfraquecer a qualidade da saúde física dos menores <sup>34,35</sup>, visto que a coesão familiar deficiente está relacionada diretamente a uma maior chance de baixa frequência de escovação diária pelas crianças e adolescentes <sup>36</sup>. Dessa maneira, pode-se inferir que a adoção de hábitos de higiene bucal mais favoráveis depende do ambiente familiar propício e que os pais influenciam de maneira determinante a saúde bucal de suas crianças.

Em relação às características dos responsáveis pelos menores, a escolaridade materna não se associou significativamente com a prática de higiene bucal nível mais favorável contrariando alguns estudos <sup>9,12,13</sup>. Porém, esse achado corrobora

com o estudo de Casanova-Rosado et al.<sup>6</sup> em que os níveis de escolaridade maternos e paternos não se mostraram diferentes entre os grupos de alta e baixa frequência de escovação.

Deve-se considerar que, apesar do conhecimento adquirido por meio da escolaridade possibilitar um maior acesso às informações de saúde, ao permitir que indivíduos tomem decisões mais positivas acerca dos cuidados em saúde e a perpetuem o cuidado em seu âmbito familiar<sup>37</sup>. Além disso, o ensino dos métodos de higiene bucal é bastante difundido na sociedade especialmente no meio escolar, o que pode contribuir para reduzir as desigualdades de informação que os diferentes níveis de escolaridade propiciam. O Programa Saúde na Escola (PSE) do governo brasileiro pode ser citado como exemplo. Ele vem sendo instituído nos municípios desde 2007, com a finalidade de promover a saúde geral e bucal dos alunos das instituições de ensino público. Entre as ações concernentes à saúde bucal estão: educação em saúde bucal, escovação supervisionada e distribuição escova, fio dental e creme dental<sup>38</sup>. No caso específico de Vitória-ES, onde o presente estudo foi conduzido, as ações de saúde nas escolas têm sido realizadas antes da instituição do PSE por meio do Programa Sorria Vitória criado em 1995. Em uma ação conjunta entre as escolas e as unidades de saúde as crianças do município têm acesso a ações curativas, preventivas e de educação em saúde bucal de maneira a reduzir a incidência e progressão das doenças bucais<sup>50</sup>. A associação das práticas de higiene bucal com a utilização dos serviços odontológicos também vem sendo relatado por diferentes pesquisas científicas<sup>20,39,40</sup>. Nesse estudo, a consulta odontológica realizada pelo menos uma vez na vida associou-se de maneira significativa com a variável práticas de higiene bucal no nível mais favorável, demonstrando que quem realizou consulta odontológica tem aproximadamente 3,2 vezes mais chance de ter uma prática mais favorável de higiene bucal do que aquelas crianças que nunca foram ao cirurgião-dentista. Esses achados corroboram com a pesquisa conduzida por Casanova-Rosado et al.<sup>6</sup>, cujos resultados apontaram uma maior probabilidade (37%) de escovar os dentes, pelo menos uma vez ao dia, em crianças que já haviam ido ao cirurgião-dentista. De maneira similar, outros estudos<sup>13,20</sup> vêm relatando uma frequência de escovação diária mais elevada em grupos que utilizam os serviços odontológicos com uma maior frequência. A associação da consulta

odontológica com uma prática de higiene bucal mais favorável pode ocorrer devido à orientação de forma mais constante por um profissional treinado, sobre a importância dos hábitos de higiene na manutenção da saúde bucal, estimulando a criança a realizar a escovação e o uso do fio de maneira mais frequente. Além disso, a consulta parece estimular aos pais a incorporarem os cuidados ensinados por um profissional habilitado <sup>6</sup>.

O baixo peso ao nascer (<2500g) também se associou de maneira significativa com o nível intermediário e mais favorável de prática de higiene bucal quando comparados ao nível menos favorável. A literatura científica relata que crianças com baixo peso ao nascer possuem um risco aumentado de paralisia cerebral, convulsões, retardo mental severo, infecções no trato respiratório, dentre outros riscos <sup>41</sup>. Na cavidade bucal também podem ocorrer alterações relacionadas a defeitos no esmalte dentário, alteração na cronologia de erupção dentária e predisposição de lesões de cárie dentária na dentição decídua <sup>41,42</sup> além de disfunções no complexo craniofacial que podem ocasionar desvio do palato <sup>43</sup>.

Tendo em vista as intercorrências relacionadas, os resultados encontrados podem ser devido a associação entre os aspectos psicossociais e a adoção de hábitos positivos relacionados a saúde bucal. O estudo de Davlogio et al.<sup>26</sup> demonstrou que aqueles adolescentes que não sentiam-se discriminados e eram aceitos pelo seu grupo de convivio escovavam os dentes com maior frequência. Em outro estudo conduzido por Koerber et al. <sup>44</sup> aquelas crianças que não possuíam problemas com sua aparência física também adotavam hábitos de higiene bucal mais favoráveis.

Dentre as doenças bucais, a cárie dentária é a principal enfermidade que acomete a cavidade bucal. Nesse sentido, a remoção do biofilme da superfície dental por meio da escovação por escolares contribui de maneira significativa para sua prevenção <sup>1,2</sup>. Os resultados do presente estudo apontaram uma associação entre a experiência de cárie positiva com o nível mais favorável de prática de higiene bucal contrariando alguns estudos <sup>6,45,46,47,48,49</sup> que descreveram associação positiva entre maior frequência de escovação e uso do fio dental e menor incidência de cárie. Entretanto, a maioria dos estudos apresentados <sup>6,47,48</sup>, considera a frequência de escovação limitada a uma vez ou duas vezes ao dia, sem considerar o uso do fio dental. Neste estudo, a avaliação dos níveis de práticas de higiene bucal foram mais rigorosas, porque as frequências de

escovação, no nível mais favorável, por exemplo, considerou a realização da escovação pela criança, de duas ou mais vezes ao dia, vinculada à utilização do fio dental de modo esporádica ou frequente. Isso pode explicar a aparente contradição entre o presente estudo e a literatura científica consultada.

Além disso, a experiência pregressa de cárie pode ter influência positiva ao incentivar a adoção de hábitos de higiene mais frequentes já que as atitudes e comportamentos em saúde são afetados de maneira significativa por experiências de vida e histórias pessoais <sup>3</sup>.

O estudo possui como limitação o fato das informações obtidas com as crianças e no questionário dos responsáveis estarem sujeitas a viés de informação e memória. Além disso, as associações encontradas devem ser analisadas com cautela, visto que o estudo não pretende realizar inferências diretas entre causas e efeitos, mas sim avaliar a complexidade de elementos comportamentais e sociais envolvidos na prática da higiene bucal das crianças.

Apesar de se tratar de um estudo de base escolar, a inferência dos resultados para uma população de crianças não-escolares é contundente. Com a inclusão de escolares no delineamento obteve-se a quase totalidade das crianças da faixa etária de sete a 10 anos visto que, 97,53%<sup>49</sup>, dos menores de seis a 14 anos estão matriculados no sistema de ensino brasileiro.

## **Conclusão**

A adoção de hábitos de higiene bucal em crianças é um comportamento complexo determinado por uma variedade de fatores relacionados a diferentes aspectos de vida.

Entre as características infantis estudadas, o peso ao nascer e a experiência de cárie associaram-se com a prática de higiene bucal no nível intermediário e mais favorável, respectivamente. Os resultados deste estudo reforçam que a coesão familiar é importante para frequência de realização de hábitos de higiene bucal, da mesma forma que a utilização dos serviços de saúde por meio da consulta odontológica e a posse de escova dental própria sem compartilhamento. É evidente a importância dos determinantes sociais na adoção de hábitos positivos para manutenção da adequada saúde bucal reforçando a necessidade de uma abordagem mais abrangente sob a ótica das desigualdades sociais. Além disso,

é de fundamental necessidade, uma maior compreensão por parte dos profissionais de saúde de como os comportamentos em saúde evoluem, se desenvolvem e se modificam para que o conhecimento a respeito dos métodos de higiene bucal seja transmitido de maneira individual de acordo com o contexto social e familiar que cada criança está inserida. Além disso, as considerações explicitadas nesse estudo podem ser utilizadas para subsidiarem ações e programas de saúde que se mostrem mais positivas e eficazes em relação à adoção e perpetuação dos hábitos de higiene bucal e manutenção da saúde bucal pelas crianças e dos envolvidos em seu contexto social.

## Referências

1. Herrera MDS, Medina-Solis CE, Minaya-Sánchez M, Pontigo-Loyola AP, Villalobos-Rodelo JJ, Islas-Granillo H, et al. Dental plaque, preventive care, and tooth brushing associated with dental caries in primary teeth in schoolchildren ages 6–9 years of Leon, Nicaragua. *Med Sci Monit.* 2013;19:1019-26.
2. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(5):634-7.
3. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *British Dental Journal* 1999;187(1):15-8.
4. Filho AP, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: Determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. 2014. In Paim, J.S, ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 305-26.
5. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:370-7.
6. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Mendoza-Rodríguez M, et al. Tooth brushing frequency in Mexican schoolchildren and associated socio-demographic, socioeconomic, and dental variables. *Med. Sci. Monit.* 2014; 20:938-44.

7. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solis CE, Maupomé J, Vallejos-Sánchez AA, Lau-rojo L, León-Viedas MVP. Socioeconomic and Sociodemographic Variables Associated With Oral Hygiene Status in Mexican Schoolchildren Aged 6 to 12 Years. *J Periodontol.* 2007;78(5):816-22.
8. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38:10-8.
9. Lapresa LB, Barbero BS, Arizaleta LH. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. *An Pediatr* 2012;76(3):140-7
10. Sehou L, Currie C, Mcqueen D. Using a lifestyle perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990;18:230-4.
11. Macgregor IDM, Balding JW. Toothbrushing frequency in relation to family size and bedtimes in English schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987;15: p. 181-3.
12. Vallejos-sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-rosado JF, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, et al. Sociobehavioral Factors Influencing Toothbrushing Frequency Among Schoolchildren. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:743-9.
13. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2002;12:168-76.
14. Projeção da População. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [atualizada em 31 de outubro de 2013; acesso em 19 de janeiro de 2016]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm).
15. Santos T. Educação em Saúde Bucal na Escola: Uma Análise dos Sujeitos Envolvidos no Processo. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Estadual de Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2009.
16. Vasconcelos R, Matta ML, Pordeus IA, Paiva SM. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *Rev Fac Odontologia.* 2001;4(3):43-51.

17. Perfil Socioeconômico. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória [atualizada em agosto de 2015; acesso em 14 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/perfil.asp>.
18. Índice de Desempenho do SUS. Vitória: Ministério da Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória [atualizada em; acesso em 15 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idsus1.asp>.
- 19-Faria CP, Cade NV, Nascimento LR, Molina MDCB. Prevalência de excesso de peso em crianças de sete a dez anos de Vitória - ES, Brasil: um estudo de base escolar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(1):31-7.
- 20- Medina-solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA, Portillo-Núñez 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. Saúde Pública*. 2009;25(12):2621-31.
- 21-Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location—a review of evidence. *European Journal of Public Health* 2009; 20(1):36-42.
- 22-Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto M. TA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(1):49-59.
- 23-Campos GW, Barros RB, Castro AM. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(3):745-9.
- 24-Montero P, Molina MCB, Faria CP, Cade NV, Rodríguez YS. Women's weight self-perception and perception of their children's weight. *Rev. Esp. Antrop. Fís*. 2012;33:20-9.
- 25-Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*. 2001;107(1):54-60.
- 26-Davoglio RS, Aerts DRG, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(3):655-67.

- 27-Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cortelli SC. Condição Dentária e Hábitos de Higiene Bucal em Crianças com Idade Escolar. *Rev. Biociênc.* 2001;7(1):63-9.
- 28-Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2002;12:101-8.
- 29-Castilho ARF, Mialheb FL, Barbosa TS, Puppim-Rontanid MR. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013;89(2):116-123.
- 30-Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2008;18(1): 66-78.
- 31-Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):606-14.
- 32-Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal.* 2006;56:159-67.
- 33-Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health.* 2004;21:102-11.
- 34-Nunes-Costa RA, Lamela DJPV, Figueiredo BFC. Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. *J Pediatr.* 2009;85(5):385-96.
- 35-Raposo HS, Figueiredo BFC, Lamela DJPV, Nunes-Costa RA, Castro MC, Prego J. Ajustamento da criança a separação ou divorcio dos pais. *Rev Psiq Clín.* 2001;38(1):29-33.
- 36-Ferreira LL, Brandão GAM, Garcia G, Batista MF, Costa LST, Ambrosano GMB, et al. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013;18(8):2461-73.
- 37-Paredes SO, Almeida DB, Fernandes JMFA, Forte FDS, Sampaio FC. Behavioral and social factors related to dental caries in 3 to 13 year-old

- children from João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Rev. odonto ciênc.* 2009;24(3):231-35.
- 38-Ministério da saúde. Instrutivo PSE. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
- 39-Noro LRA; Roncalli AG, Mendes FIRJ, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil, *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(7):1509-16.
- 40-Jiménez R, Tapias-Ledesma MA, Gallardo-Pino C, Carrasco P, Miguel AG. Influence of sociodemographic variables on use of dental services, oral health and oral hygiene among Spanish children. *International Dental Journal.* 2004;54:187-92.
- 41-Diniz MF, Coldebella RC, Zuanon ACC, Cordeiro RCL. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(3):449-55.
- 42-Nicolau B, Marcenesa W, Bartleya M, Sheihama AA. Life Course Approach to Assessing Causes of Dental Caries Experience: The Relationship between Biological, Behavioural, Socio-Economic and Psychological Conditions and Caries in Adolescents. *Caries Res.* 2003; 37:319–26.
- 43-Seow KW. Effects of preterm birth on oral growth and Development. *Australian Dental Journal.* 1997;42(2):85-91.
- 44-Koerber A, Graumlich S, Punwani LC, Berbaum ML, Burns JL, Levy SR, et al. Covariates of Tooth-brushing Frequency in Low-income African Americans From Grades 5 to 8. *Pediatric Dentistry.* 2006;28(6).
- 45-Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(5):334-44.
- 46-Amin TT, Al-Abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. *Int J Dent Hygiene.* 2008;6:361–70.
- 47-Guido JA, Mier EAM, Soto A, Eggertsson H, Sanders BJ, Jone JE, et al. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2011;21:432-40.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção em saúde bucal tem histórico de ser postergada para segundo plano de maneira que as desigualdades nos cuidados odontológicos se evidenciam no cotidiano dos diferentes grupos sociais. O gradiente social determina tanto a exposição aos riscos que cada parcela da população está exposta, como a percepção da concepção do que é saúde e como ela pode ser adquirida.

O presente estudo foi conduzido em uma capital de elevados indicadores de desenvolvimento socioeconômico e organizada rede pública de atendimento em saúde bucal. Porém, os resultados evidenciaram tanto diferenças no acesso aos bens e serviços de saúde odontológicos como na adoção das práticas de higiene bucal adequadas. Crianças de mães não fumantes, mais velhas, estudantes de escola privada e residentes em moradias com maior espaço físico, apresentaram maiores chances de acesso aos bens e serviços de saúde odontológicos. De maneira similar, a frequências de escovação dentária e uso do fio dental nos escolares foram influenciados por diversos fatores como: consulta odontológica positiva, experiência de cárie pregressa, baixo peso ao nascer, residir com pai e mãe na mesma residência e posse de escova dental própria. Observa-se, portanto que os fatores socioeconômicos e individuais estão relacionados tanto com o acesso aos bens e serviços odontológicos como com os comportamentos de saúde. Evidencia-se também, que as desigualdades sociais têm amplo efeito negativo sobre os distintos aspectos relacionados à saúde bucal.

Apesar da saúde configura-se como direito social garantido em constituição, as políticas públicas falham em garantir acesso universal as ações e serviços de saúde de maneira igualitária. Os resultados apontados, ao elucidarem os diferentes fatores relacionados aos determinantes biopsicosociais dos comportamentos em saúde bucal, podem subsidiar medidas a serem implementadas na infância, época em que os comportamentos em saúde estão mais propícios a serem adquiridos, moldados e modificados.

## 8 REFERÊNCIAS GERAIS

1. ARMFIELD, J. M.; SPENCER, A. J.; ROBERTS-THOMSON, K. F.; PLASTOW, K. Water Fluoridation and the Association of Sugar-Sweetened Beverage Consumption and Dental Caries in Australian Children. *Amer jour publ health*, **103 (3)**, 2013.
2. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: *IMS ABRASCO*, 112-113, 2001.
3. FARIA, C. P. **Sobrepeso em crianças de 7 a 10 anos e fatores associados: um estudo de base escolar em Vitória/ES**. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. 116 p.
4. FRIAS, A. C.; MYSUGUTI, A. H.; SANCHEZ, T.P.; MANTOVANI, G. L. S.; PESTANA, S. R. C. C. Social determinants and use of dental floss by 35-44-year-old adults. *Rev Gaúcha Odontol*. Porto Alegre, **60 (3)**, 321-327, 2012.
5. GATOU, T.; KOUNARI, H. K.; MAMAI-HOMATA E. Dental caries prevalence and treatment needs of 5- to 12-year-old children in relation to area-based income and immigrant background in Greece. *Int Dent J*. **61**, 144-151, 2011.
6. GUIDO, J. A.; MIER, E. A. M.; SOTO, A.; EGGERTSSON, H.; SANDERS, B. J.; JONE, J. E.; WEDDELL, J. A.; CRUZ, I. V.; CONCHA, J. L. A. de la. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *Int J Paediatr Dent*. **21**, 432-440, 2011.
7. HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001. 3008 p.
8. LOYOLA, M. C. Características Socioeconómicas y Salud Bucal de Escolares de Instituciones Educativas Públicas. *Kiru*, **6 (2)**, 78-83, 2009.
9. MANHÃES, A. L. D; Costa, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, **24 (1)**, 207-218, 2008.

10. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptES.def>. Acessado em 15 de fevereiro de 2016.
11. NERI, M; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, **18** (Suplemento), 77-87, 2002.
12. PERES, K. G. de A.; BASTOS, J. R. de M.; LATORRE, M. do R. D. de O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev. Saúde Pública*, **34** (4), 402-408, 2000.
13. PINHEIRO R. S; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. saúde Coletiva*, **11**(4), 999-1010, 2006.
14. PRADO, J. S.; AQUINO, D. R.; CORTELLI, J. R.; CORTELLI, S. C. Condição Dentária e Hábitos de Higiene Bucal em Crianças com Idade Escolar. *Rev. biociênc*, **7** (1), 63-69, 2001.
15. Relatório da área de educação. Disponível em: [http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110511\\_agendavix\\_educacao\\_diag.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110511_agendavix_educacao_diag.pdf). Acessado em 04 de maio de 2016.
16. RIBEIRO, M. C. S. de A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. de; SILVA, Z. P da. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, **11** (4), 1011-1022, 2006.
17. ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, A. L. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *Rev Odontol*, **10** (3), 37-41, 2008.
18. RUOTTINEN, S.; KARJALAINEN, S.; PIENIHÄKKINEN, K.; LAGSTRÖM H.; NIINIKOSKI, H.; SALMINEN, M.; RÖNNEMAA, T.; SIMELL O. Sucrose Intake since Infancy and Dental Health in 10-Year-Old Children. *Caries Res*, **38**, 142–148, 2004.
19. SANDERS A. E.; SPENCER, A. J. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*, **33**, 370-377, 2005.
20. SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Publica*, **35** (4), p.349-55, 2001.
21. SUNDELL, S. O.; KLEIN, H. Toothbrushing behavior in children: a study of pressure and stroke frequency. *Pediatr Dent*, **4** (3), 225-227, 1982.

22. TANAKA, K.; MIYAKE, Y.; ARAKAWA, M.; SASAKI, S.; OHYA, Y. Household smoking and dental caries in schoolchildren: the Ryukyus Child Health Study. *BMC Public Health*, **10 (335)**, 1-9, 2010.



## ANEXO B



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
PROJETO SAÚDE E NUTRIÇÃO DE ESCOLARES – VITÓRIA/ES

### FORMULÁRIO 1 – ESCOLAR

#### PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

Nº □□□□

1. Nome da criança:	
2. Escola:	□□/□□
3. Bairro:	
4. Sexo: ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino	<input type="checkbox"/>
5. Data de nascimento: ____/____/____	□□/□□/□□
6. Idade: (7) (8) (9) (10)	<input type="checkbox"/>
7. Série: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª)	<input type="checkbox"/>
8. Mora com pai: (1) sim (2) não	<input type="checkbox"/>
9. Mora com a mãe: (1) sim (2) não	<input type="checkbox"/>

#### PARTE II – ANTROPOMETRIA/MEDIDAS HEMODINÂMICAS

10.	Peso:
11.	Altura
12.	Circunferência da cintura: Medida 1 / Medida 2 Média:
13.	Circunferência do quadril: Medida 1 / Medida 2 Média:
14.	Circunferência do braço: Medida 1 / Medida 2 Média:
15.	Prega cutânea triçiptal: Medida 1 / Medida 2 / Medida 3 Média:
16.	PAS 1:
17.	PAD1:
18.	PAS 2:
19.	PAD 2:
20.	PAS 3:
21.	PAD 3:
22.	Frequência Cardíaca 1:
23.	Frequência Cardíaca 2:
24.	Frequência Cardíaca 3:
25.	Obs. Da medida da pressão arterial:
26.	Cor/Grupo Étnico: ( 1 ) Branco ( 2 ) Preto ( 3 ) Pardo ( 4 ) Amarelo

#### PARTE III – ALIMENTAÇÃO / ATIVIDADE FÍSICA / SAÚDE ORAL

	Quais refeições você faz diariamente ou na maior parte das vezes?	
27.	Café da Manhã	1 – Sim 2 – Não
28.	Lanche da Manhã	1 – Sim 2 – Não
29.	Almoço	1 – Sim 2 – Não
30.	Lanche da Tarde	1 – Sim 2 – Não
31.	Jantar ou lanche que o substitua	1 – Sim 2 – Não
32.	Lanche antes de dormir	1 – Sim 2 – Não

33.	Com quem você almoça na maior parte das vezes? (5 ou mais vezes por semana) 1 – Sozinha 2 – com a mãe, pai, irmãos 3 – com outro acompanhante
34.	Com quem você janta na maior parte das vezes? (5 ou mais vezes por semana) 1 – Sozinha 2 – com a mãe, pai, irmãos 3 – com outro acompanhante
35.	Durante o almoço você costuma: 1 – sentar à mesa 2- ver televisão ou usar o PC 3 – Realizar outra atividade
36.	Durante o jantar você costuma: 1 – sentar à mesa 2- ver televisão ou usar o PC 3 – Realizar outra atividade
37.	Na escola, em geral (3 ou mais vezes por semana) você: 1 – come a merenda escolar 2 – traz lanche de casa 3 – compra lanche
38.	O que você comeu ontem no lanche?
39.	O que você comeu / vai comer hoje no lanche?
40.	Quando você não come a merenda da escola, porque você não come? 1 – Não gosta do cardápio 2 – Não sente fome 3 – Não tem tempo/prefere brincar
41.	Dê uma nota de 0 a 7 para a merenda da sua escola? _____ (somente escola pública)
42.	Você costuma comprar alguma coisa para comer na cantina da escola? 1 – Não 2 – Sim, todos os dias 3 – Sim, 3 a 4 x por semana 4 – Sim, 1 a 2 x por semana 5 – Sim, mas apenas raramente 6 – Na minha escola não tem cantina
43.	Você costuma comprar alguma coisa para comer (com colegas, pela grade ou perto da escola?) 1 – Não 2 – Sim, todos os dias 3 – Sim, 3 a 4 x por semana 4 – Sim, 1 a 2 x por semana 5 – Sim, mas apenas raramente
44.	Você se lembra de alguma propaganda de alimentos (TV, Cartaz ou Computador) 1 – Sim 2 - Não
45.	Se respondeu sim à pergunta 44, diga qual(is)?
46.	Você pede para seus pais ou avós comprarem alimentos que aparecem nas propagandas? 1 – Sim 2 - Não
47.	Você tem aula de educação física na escola? 1 – Sim 2 - Não
48.	Quantas aulas de educação física você tem por semana?
49.	Como você se comporta nas aulas de educação física? 1 – Sempre participa 2 – Participa às vezes 3 – Nunca / quase nunca participa
50.	Durante a maior parte do recreio, o que você faz? 1 – Come merenda / Conversa 2 – Brinca sentado (sem correr) 3 – Brinca ativamente (correndo)
51.	Quanto ao seu corpo, você se considera? 1 – Muito magro 2 – Magro 3 – Normal 4 – Gordo 5 – Muito gordo
52.	O que você já fez para mudar o seu corpo? 1 – Nunca fiz nada 2 – Dieta ou mudança na alimentação 3 – Exercício ou esporte 4 - Usei remédio para emagrecer 5 – Usei remédio para engordar 6 – Outra coisa
53.	Você já foi ao dentista? 1 – Sim 2 – Não
54.	Você tem escova de dentes? 1 – Não tenho escova 2 – Tenho uma só para mim 3 – Divido com alguém
55.	Quantas vezes por dia você escova os dentes? _____
56.	Você usa fio dental? _____
57.	Você já teve cárie? 1 – Sim 2 – Não 3 – Não sei

Entrevistador:	
Horário de Início:	Horário de Término:
Observações:	

## ANEXO C



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
PROJETO SAÚDE E NUTRIÇÃO DE ESCOLARES – VITÓRIA/ES

### FORMULÁRIO 2 – MÃE DA CRIANÇA

1	Qual o seu nome completo?		
2	Qual a sua idade?	_____ anos	
3	A senhora está grávida?	( 1 ) Sim ( 2 ) Não	
4	Qual o seu peso?	_____ kilos	5 Qual a sua altura?
6	A senhora se considera: ( 1 ) Muito magra ( 2 ) Magra ( 3 ) Normal ( 4 ) Acima do Peso ( 5 ) Muito Acima do Peso	_____ metro	
6	Quantos filhos a senhora tem?	_____ filhos	
7	Indique a idade dos seus filhos: Filho 1: _____ anos Filho 2: _____ anos Filho 3: _____ anos Filho 4: _____ anos Filho 5: _____ anos		
8	Alguma vez algum médico ou profissional de saúde já te disse que a senhora é: ( 1 ) Diabética – Tem açúcar no sangue ( 2 ) Hipertensa – Tem pressão alta ( 3 ) Cardiopata – Tem problema no coração ( 4 ) Outra doença – Qual?		
9	A senhora está tomando algum remédio regularmente (todo dia ou quase todo dia)?	( 1 ) Sim ( 2 ) Não	
10	Se respondeu sim na pergunta 9, diga quais:	_____	
11	Até que série a senhora estudou?	_____ série	
12	A senhora está: ( 1 ) Empregada ( 2 ) Desempregada ( 3 ) Trabalhando em Emprego Temporário ( 4 ) Trabalhando por conta própria (empresário ou profissional liberal) ( 5 ) Trabalhando em casa apenas (dona de casa)		
13	Se está empregada, qual a sua ocupação?	_____	
14	A senhora fuma atualmente? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim, regularmente ( 2 ) Sim, ocasionalmente (menos de 7 cigarros por semana)		
15	A senhora pratica alguma atividade física?	( 1 ) Sim ( 2 ) Não	
16	Se respondeu sim, diga qual: ( 1 ) Caminhada, ginástica aeróbica ( 2 ) Corrida/Natação ( 3 ) Ginástica Localizada/Musculação ( 4 ) Outras:	_____	
17	Se respondeu sim na pergunta 15, diga qual a duração da atividade, em média, por sessão:	_____ minutos	
18	Se respondeu sim na pergunta 15, diga quantas vezes por semana pratica a atividade:	_____ vezes	
<b>Agora gostaríamos que a senhora nos desse informações sobre o seu filho(a) que está participando da pesquisa</b>			
19	Qual foi o peso que seu filho(a) nasceu?	_____ kilos	( ) Não sei ( ) Não me lembro
20	Seu filho(a) nasceu prematuro (menos de 38 semanas)?	( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( ) Não sei ( ) Não me lembro	
21	Até que idade seu filho(a) mamou no peito?	_____	( ) Não sei ( ) Não me lembro
22	Até que idade seu filho(a) se alimentou somente com leite materno?	_____	( ) Não sei ( ) Não me lembro
23	Qual foi o primeiro alimento, diferente do leite materno, que a senhora ofereceu para seu filho(a) ( 1 ) Água ( 2 ) Suco de Frutas ( 3 ) Chá ( 4 ) Leite de Soja ( 5 ) Leite de vaca (saquinho ou caixinha) ( 6 ) Papinha de legumes ou frutas ( 7 ) Arroz, feijão, polenta/angú ( 8 ) Outro	_____	
24	Com quantos meses a senhora introduziu este alimento na alimentação de seu filho(a)?	_____	
25	A senhora já foi informada por médico ou profissional de saúde que seu filho(a) tem alguma doença?	( 1 ) Sim ( 2 ) Não	
26	Se respondeu sim na questão 25, diga qual?	_____	

27	Seu filho(a) tem ou já teve alguma doença nos rins?	(1) Sim (2) Não
28	A senhora deu remédios para tratar vermes ao seu filho(a) no último ano?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não lembra
29	A senhora deu remédios para tratar anemia ao seu filho(a) no último ano?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não lembra
30	Quantas vezes seu filho(a) teve diarreia (fezes líquidas, com várias evacuações) nos últimos 30 dias?	(0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas ou mais (3) Não sabe (4) Não lembra
31	Quantas vezes seu filho(a) teve problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, etc) nos últimos 6 meses?	(0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas ou mais (3) Não sabe (4) Não lembra
32	Marque as refeições que seu filho(a) faz diariamente?	(1) Café da manhã (2) Lanche da manhã (3) Almoço (4) Lanche da tarde (5) Jantar (6) Ceia
33	Com relação ao lanche da escola, em geral (3 ou mais vezes por semana), o seu filho:	(1) Come a merenda escolar (2) Leva lanche de casa (3) Compra o lanche na escola
34	Se o seu filho leva lanche de casa, o que costuma levar?	
35	Quanto ao peso do seu filho, como a senhora o classifica?	(1) Muito magro (2) Magro (3) Normal (4) Acima do peso (5) Muito acima do peso
36	A senhora se preocupa ou já se preocupou com o peso do seu filho?	(1) Sim (2) Não
<b>Agora gostaríamos que a senhora nos desse informações sobre o pai biológico do seu filho(a)</b>		
37	O pai biológico do seu filho(a) é hipertenso (tem pressão alta)?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe
38	Qual a altura do pai biológico do seu filho(a)?	_____ metros (3) Não sabe
39	Qual o peso atual do pai biológico do seu filho(a)	_____ kilos (3) Não sabe

<b>Agora queremos saber sobre os hábitos alimentares de seu filho(a) participante da pesquisa. Responda quantos dias por semana a criança costuma comer estes alimentos:</b>							
<b>Se em uma semana seu filho come miojo e em outras semanas não come, varia de tempos em tempos, marque X na opção "Raramente"</b>							
	Alimento	Todos os dias	5 a 6 dias por semana	3 a 4 dias por semana	1 a 2 dias por semana	Raramente	Não come nunca
40	Feijão						
41	Macarrão tipo MIOJO						
42	Carne/Frango						
43	Peixes e mariscos						
44	Batata/Mandioca/Banana fritas						
45	Salada crua						
46	Batata/Mandioca cozidas						
47	Legumes cozidos (menos batata e mandioca)						
48	Maionese						
49	Hambúrguer/Cachorro quente						
50	Leite/Iogurte/Queijos						
51	Frutas						
52	Suco de Fruta Natural						
53	Refrigerante						
54	Salgados (coxinha, pastel..)						
55	Doces/balas/sobremesa						
56	Presunto/salame/mortadela						

<b>Este quadro é para sabermos sobre as atividades físicas que seu filho(a) pratica</b>	
57	Como seu filho(a) vai para escola? (1) A pé (2) De ônibus (3) De bicicleta (4) De carro, moto ou transporte escolar
58	Quanto tempo seu filho(a) demora para chegar na escola? _____ minutos

59	Se vai de ônibus: Quanto tempo seu filho(a) precisa andar para chegar no ponto? _____ minutos
60	Se vai de ônibus: Quanto tempo seu filho(a) precisa andar do ponto para a escola? _____ minutos
61	Seu filho(a) assiste televisão ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
62	Se respondeu sim na questão 61, diga quanto tempo ele (a) assiste TV por dia? _____ minutos
63	Seu filho(a) joga videogame? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
64	Se respondeu sim na questão 63 diga quanto tempo ele(a) joga dia? _____ minutos
65	Seu filho(a) usa computador? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
66	Se respondeu sim na questão 65, diga quanto tempo ele (a) usa por dia? _____ minutos
67	Quantas horas seu filho(a) costuma dormir por noite? _____ horas
68	Seu filho participa de alguma escolinha, time ou treinamento desportivo? (desde que haja treinador/professor) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
69	Se respondeu sim na questão 68, diga quais esportes e a duração total da atividade por semana: Esporte 1: _____ Duração total por semana 1: _____ Esporte 2: _____ Duração total por semana 2: _____ Esporte 3: _____ Duração total por semana 3: _____
70	Por quantas horas diárias seu filho(a) brinca ativamente (joga futebol, corre, dança, nada, anda de bicicleta, brinca de pique etc)? _____ horas



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
PROJETO SAÚDE E NUTRIÇÃO DE ESCOLARES – VITÓRIA/ES

**FORMULÁRIO 3 – DOMICÍLIO**

1	Nome da criança participante do estudo: _____							
2	Nome do respondente: _____							
3	Qual o seu grau de parentesco com a criança? ( 1 ) Mãe ( 2 ) Pai ( 3 ) Avô/Avó ( 4 ) Tio/Tia ( 5 ) Outro							
4	Endereço: Rua: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____							
5	Diga um ponto de referência para encontrarmos a sua casa? _____							
6	Qual o melhor telefone para entrar em contato com o senhor/senhora? _____							
7	Quantas pessoas vivem em sua casa? _____							
8	Sua casa é: ( 1 ) Própria ( 2 ) Alugada ( 3 ) Cedida/Emprestada							
9	Sua casa é ligada ao sistema de água tratada? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não							
10	Sua casa é ligada ao sistema de esgoto? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não							
11	Na sua casa tem filtro de água? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não							
12	Quantos quartos há em sua casa? _____ quartos							
13	Na sua casa (marque apenas uma opção) ( 1 ) só tem geladeira, não tem freezer ( 2 ) tem geladeira duplex ou freezer e geladeira separados ( 3 ) não tem geladeira nem freezer							
14	Quem é o chefe da família? (parentesco com a criança) ( 1 ) Pai ( 2 ) Mãe ( 3 ) Padrasto ( 4 ) Madrasta ( 5 ) Avô /Avó ( 6 ) Outro ( 7 ) Não tem chefe							
15	Até que série o chefe da família estudou? _____ série							
16	Se não tem chefe de família, quem ganha mais na sua casa? ( 1 ) Pai ( 2 ) Mãe ( 3 ) Padrasto ( 4 ) Madrasta ( 5 ) Avô/Avó ( 6 ) Outro ( 7 ) Não tem chefe							
17	Se não tem chefe de família, até que série esta pessoa que ganha mais estudou? _____ série							
18	Responda quantos destes itens existem na sua casa, marque um X sobre a opção correta:							
		Não tem		Tem				
	Televisão	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	DVD ou Vídeo cassete	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Rádio	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Computador	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Banheiro	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Automóvel	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Empregada Doméstica	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Máquina de Lavar	0	1	2	3	4	5	6 ou +
	Aspirador de pó	0	1	2	3	4	5	6 ou +

Daqui para frente vamos perguntar sobre os hábitos alimentares da família e sobre o preparo de alimentos; se o senhor/senhora não prepara os alimentos em sua casa, peça ajuda para quem prepara						
19	Quantos kilos de sal o senhor/senhora usa para cozinhar por mês , em sua casa? _____ kilos					
20	Para cozinhar em sua casa, em uma semana, quantas vezes são usados estes temperos?					
		7 vezes	5 a 6 vezes	3 a 4 vezes	1 a 2 vezes	Raramente Nunca
	Caldo de galinha/carne/legumes					
	Aji-no-moto					
	Tempero completo					
	Condimentos tipo Grill, Fondor					
	Amaciante de carnes					
21	Que tipo de óleo/gorduras são usadas para cozinhar em sua casa? Pode marcar mais de uma opção. ( 1 ) Óleo de soja ( 2 ) Azeite de Oliva ( 3 ) Banha ( 4 ) Bacon, toucinho ( 5 ) Margarina ( 6 ) Manteiga ( 7 ) Outros Óleos ( 8 ) Não usa ( 9 ) Não sei					
22	Quantos latas de óleo o senhor/senhora usa para cozinhar por mês, em sua casa? _____ litros					
23	Com que frequência, dentro de uma semana, são feitas frituras em sua casa? ( 0 ) Todos os dias ( 1 ) 5 a 6 dias ( 2 ) 3 a 4 dias ( 3 ) 1 a 2 dias ( 4 ) Raramente ( 5 ) Nunca					

## ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 26 de outubro de 2006

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

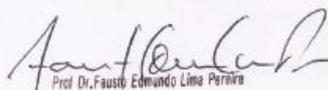
Para: Prof<sup>a</sup>. Maria Del Carmen Bisi Molina  
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"Nutrição e saúde de crianças de 7 a 10 anos matriculadas em escolas públicas e privadas de Vitória-ES"**.

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, No. de Registro no CEP-089/06, intitulado: **"Nutrição e saúde de crianças de 7 a 10 anos matriculadas em escolas públicas e privadas de Vitória-ES"**, e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 25 de outubro de 2006,

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro Biomédico /UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde  
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.  
Telefax: (27) 3335 7504

## ANEXO E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE  
COLETIVA**

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - CEP.29040-090 - Vitória-ES  
[ppgasc@npd.ufes.br](mailto:ppgasc@npd.ufes.br) - 3335-7287

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, ou seja de sua livre e espontânea vontade, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e caso você, pai ou mãe concorde que seu filho(a) faça parte do estudo, assine ao final deste documento. Vocês poderão, se desejarem, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento e, caso haja necessidade de se retirarem da pesquisa, o mesmo será feito imediatamente, sem questionamentos e você e seu filho (a) não serão penalizados de forma alguma. Em caso de dúvida, procure os responsáveis pela pesquisa no telefone ou email abaixo:

Profª Drª Maria del Carmen Bisi Molina - Pesquisadora responsável – Telefone: 27 – 3335-7287  
Pesquisadoras participantes: Profª Drª Nágela Valadão Cade, Profª Drª Eliana Zandonade, Carolina Perim de Faria e Marisa Lyra. E-mail da pesquisa: [saudes.vitoria@gmail.com](mailto:saudes.vitoria@gmail.com)

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA SAÚDE DE CRIANÇAS DE 7 A 10 ANOS MATRICULADAS EM ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE VITÓRIA-ES**

A pesquisa busca conhecer o estado nutricional e de saúde das crianças de 7 a 10 da cidade de Vitória/ES. As crianças selecionadas para participar do estudo serão pesadas e terão sua altura, cintura, quadril e pressão arterial medidas por pesquisadores treinados, sob a supervisão de professores doutores. Serão feitas perguntas ao seu filho (a) sobre seu hábito alimentar, tanto em casa como na escola e sobre a atividade física que realiza. Todos os dados serão coletados enquanto a criança estiver na escola, em dia e horário disponibilizado pela direção da escola.

Será necessário ainda que a mãe ou responsável responda um questionário sobre condições de vida e saúde. Solicitamos um telefone de contato caso seja necessário coletar informações adicionais.

A pesquisa não oferece riscos à saúde da criança e as medidas e os dados obtidos serão somente utilizados para esse fim. Em momento algum a identificação da criança e dos pais será divulgada, sendo preservado o anonimato. Ao participar, o estado nutricional de seu filho (a) será conhecido e informado somente para a família.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA NA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
autorizo a participação de meu filho (a) \_\_\_\_\_ no  
estudo: Saúde de Crianças de 7 a 10 anos Matriculadas em Escolas Públicas e Privadas de Vitória/ES.

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação de meu filho (a). Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo com a escola.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu autorizo os pesquisadores a me telefonarem no número \_\_\_\_\_

## ANEXO F

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS

Eu Maiara Paula Malacarne Zambaldi, orientada pelo Profº Dr. Edson Theodoro dos Santos-Neto, responsável pelo projeto de dissertação de mestrado: **Fatores associados aos hábitos de higiene bucal em escolares de 7 a 10 anos de Vitória - E.S.**, o qual pertence ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), venho pelo presente, solicitar autorização da Profª Dra Maria del Carmen Bisi Molina para realização da coleta de dados no banco de dados do Projeto SAUDES para o trabalho de pesquisa cujo objetivo principal será: Verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, características maternas e infantis e hábitos diários de higiene bucal em escolares de 7 a 10 anos no município de Vitória-ES. Para o cumprimento deste objetivo será necessário a investigação das seguintes variáveis:

- Escova dental própria, uso diário de fio dental, escovação, consulta odontológica vital;
- Frequência de refeições diárias, qualidade da dieta, modo de realizar o almoço e o jantar, companhia no almoço e jantar;
- Características infantis: sexo, idade, série escolar, tipo de escola, cor/raça, classificação do IMC infantil, doença respiratória;
- Características maternas: Idade, Nº filhos, escolaridade materna, tabagismo materno, ocupação materna, características socioeconômicas (residência conjunta, aglomeração humana domiciliar, tipo de casa, acesso à água tratada, acesso à rede de esgoto, acesso à água filtrada, quantidade de quartos, chefe da família, escolaridade do chefe, classe socioeconômica.

Desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Vitória, 06 de abril 2015

Maiara Paula Malacarne Zambaldi

Maiara Paula Malacarne Zambaldi

Edson Theodoro dos Santos Neto

Profº Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto.

Declaro ciência a presente solicitação e autorizo a utilização do banco de dados e as variáveis supracitadas para atender ao objetivo da referida dissertação de mestrado

Maria del Carmen Bisi Molina

Vitória, 08 de abril 2015

Profª Dra Maria del Carmen Bisi Molina

**Mª del Carmen B. Molina**  
Profª Associada - UFES  
SIAPE - 0365696