

Suzely Adas Saliba  
Moimaz<sup>1</sup>

Milene Moreira Leão<sup>2</sup>

Luis Felipe Pupim dos  
Santos<sup>3</sup>

Nemre Adas Saliba<sup>4</sup>

Tânia Adas Saliba<sup>5</sup>

# Estilo de vida e saúde oral de adolescentes brasileiros residentes em assentamentos rurais

*Life style and oral health of Brazilian adolescents from rural settlements*

## > RESUMO

**Objetivo:** Verificar o comportamento, hábitos e condição de saúde bucal de adolescentes brasileiros de assentamentos rurais frente à inequidade de acesso aos serviços odontológicos. **Métodos:** Neste estudo epidemiológico, transversal, foram entrevistados e examinados 179 adolescentes empregando o instrumento *Global School-based Student Health Survey*. Foram coletados dados sobre índice de cáries, saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos, hábitos alimentares e de higiene, Índice de Massa Corpórea (IMC), com foco no Índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) e no Índice Peridontal Comunitário (IPC). IMC, com foco no CPOD e IPC. **Resultados:** 53.3% dos entrevistados consultou um dentista no último ano. Houve associação entre dor e alta prevalência de cárie ( $p=0.0011$ ). A ingestão de comidas calóricas e escovação dentária realizada uma vez/dia estiveram associadas ao sangramento gengival ( $p=0.0465$ ;  $p=0.0172$ , respectivamente), resultando em insatisfação com a saúde bucal ( $p=0.0082$ ). Houve associação entre cárie e falta de escovação ( $p=0.0001$ ), causando dificuldade para mastigar ( $p=0.0098$ ) e vergonha ao sorrir ( $p=0.0098$ ). **Conclusão:** A inequidade de acesso aos serviços odontológicos resultou em alto índice de cárie e gengivite. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentaram os riscos destas doenças. A dificuldade no acesso culminou no agravamento das afecções dentárias, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes. Há necessidade de políticas públicas de saúde que priorizem essa população socialmente excluída assim como o aprimoramento de estratégias de promoção da saúde para ajudar a lidar com os problemas orais.

## > PALAVRAS-CHAVE

Comportamento do adolescente, saúde bucal, saúde pública, população rural.

## > ABSTRACT

**Objective:** Verify the behavior, habits and the oral health of Brazilian adolescents from rural settlements considering the access inequity to odontological services. **Methods:** In this cross-sectional epidemiological study, 179 adolescents

<sup>1</sup>Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Departamento de Odontologia Infantil e Social. Araçatuba, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Professora da Universidade de Cuiabá (UNIC Educacional) - Departamento de Odontologia. Rondonópolis, MT, Brasil.

<sup>3</sup>Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Araçatuba, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Departamento de Odontologia Infantil e Social. Araçatuba, SP, Brasil.

<sup>5</sup>Doutorado em Odontologia Legal e Deontologia pela Unicamp - Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Departamento de Odontologia Infantil e Social. Araçatuba, SP, Brasil.

Tânia Adas Saliba (taniasaliba@foa.unesp.br) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP - Departamento de Odontologia Infantil e Social - Rua José Bonifácio, nº 1193. Araçatuba, SP, Brasil. CEP: 16015-050.

Submetido em 14/12/2017 - Aprovado em 04/02/2018

were interviewed using the Global School-based Student Health Survey instrument. Data were collected on caries index, periodontal health, dental services accessibility, diet and hygiene habits, and body mass index. **Results:** 53.3% of the respondents had consulted a dentist in the last year. High-caloric food consumption ( $p = .0465$ ) and toothbrushing only once a day ( $p = .0172$ ) were associated with gingival bleeding, which was related to unsatisfactory oral health ( $p = .0082$ ). The presence of caries was associated with insufficient toothbrushing ( $p = .0001$ ), which was related to chewing difficulty ( $p = .0098$ ) and being embarrassed to smile ( $p < .0001$ ). **Conclusion:** Inequity of access to odontological services resulted in high caries index and gingivitis. Obesity and low-frequency toothbrushing increased the risks of these diseases. The difficulty in access culminated in the aggravation of the dental affections, damaging the chew and the social life of the adolescents. Public Health Policies to prioritize socially excluded populations area a necessity, as well as Health Promotion strategies to cope oral problems.

### > KEY WORDS

Adolescent behavior, oral health, public health, rural population.

### > INTRODUÇÃO

As disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde têm ganhado destaque nas pesquisas em saúde pública, almejando a aquisição de subsídios para novas políticas que sustentem a oferta de serviços de forma universal e equânime.<sup>1</sup>

Quando se trata de populações socialmente excluídas, como as que habitam as áreas rurais e remotas, as dificuldades no acesso são evidentes haja vista a escassez de unidades de saúde instaladas na zona rural, a falta de infra-estrutura nos locais de promoção de saúde, e a desmotivação dos profissionais para trabalhar em áreas distantes, agravada pela falta de afinidade e comprometimento com o serviço público<sup>1</sup>.

Os assentamentos rurais têm origem na busca pela reforma agrária. Terras improdutivas são invadidas por famílias sem-terra, onde se acampam sem qualquer condição sanitária. Após a concessão e divisão das terras, as famílias passam de acampadas para assentadas, ocorrendo formação de um assentamento rural<sup>2</sup>.

No Brasil, os moradores de assentamentos rurais são assistidos por médico, dentista e enfermeiros que trabalham nos centros de saúde da própria área rural, pois o governo tem garantido investimentos que sustentam a implantação destes centros, a fim de prevenir hábitos nocivos, comportamentos prejudiciais à saúde e doenças crônicas<sup>2</sup>.

No que tange aos cuidados odontológicos, a inequidade no acesso entre populações rurais pode culminar no agravamento de doenças bucais resultando em perdas e danos irreversíveis e prejuízos na qualidade de vida<sup>3</sup>. Dentre os problemas bucais, a cárie e a periodontite se destacam por atingir predominantemente as populações rurais, gerando prejuízos sociais aos indivíduos. Hábitos e estilo de vida podem interferir na saúde bucal, aumentando as chances de desenvolvimento dessas doenças<sup>4</sup>.

O índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) é em torno de três entre adolescentes brasileiros de 11 a 14 anos, e de quase 6 entre jovens de 15 a 19 anos de idade e moradores da zona rural<sup>5</sup>. Quando o uso do fio dental não é uma prática habitual, existe maior probabilidade de ocorrência de gengivite e periodontite, comprometendo a fixação dos dentes nos maxilares<sup>6</sup>. A falta de cuidados às populações com esta condição dentária tende a resultar em uma população com adultos jovens edêntulos, e nas respectivas perdas e danos à saúde geral<sup>5</sup>.

Diante das disparidades no acesso aos serviços de saúde bucal observa-se o desafio de seguir dieta não cariogênica, escovação dentária e uso do fio dental diariamente, e distanciamento de hábitos nocivos como consumo de álcool e tabaco, para evitar a aquisição das afeções bucais<sup>6</sup>. Neste aspecto, o objetivo desta pesquisa foi verificar o comportamento, hábitos e condição de saúde bucal de adolescentes brasileiros

de assentamentos rurais frente à inequidade de acesso aos serviços odontológicos.

## ➤ METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal com inquéritos, de caráter exploratório, descritivo e analítico, no qual todos os adolescentes de um assentamento da zona rural (Caiuá, São Paulo, Brasil) foram convidados a fazer parte da pesquisa. No assentamento existem dois pequenos vilarejos com uma Unidade Saúde da Família em cada um deles, oferecendo atendimento, médico, odontológico e de enfermagem. Em um destes vilarejos encontra-se a escola que atende a todos os moradores adolescentes rurais do município.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. Como no Brasil o Ensino Fundamental e Médio regular compreende jovens entre 06 e 17 anos, a pesquisa foi realizada na própria escola, na qual estão matriculados 349 adolescentes. Por pertencerem às famílias de baixa renda, recebem auxílio financeiro do Governo federal (Bolsa Família) e para manutenção do mesmo, os jovens não podem faltar à escola, facilitando assim, a abordagem com a população de estudo. A coleta de dados foi realizada durante período de aulas, em local reservado para que não lhes causasse constrangimento e/ou coação. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, e os rigores éticos foram seguidos na condução da pesquisa.

Dentre todos os adolescentes entrevistados e examinados, foram incluídos na amostra, somente aqueles cujos pais/responsáveis autorizaram a participação na pesquisa, os jovens que concordaram, e os que permitiram fazer o exame bucal. Foram excluídos da amostra os alunos que se ausentaram nos dias agendados para exame bucal, e/ou entrevistas e não foram encontrados após três tentativas posteriores consecutivas.

Foi utilizado como roteiro das entrevistas, o instrumento GSHS-WHO (*Global School-based Student Health Survey*), desenvolvido em 2003 pela OMS para avaliar os comportamentos de risco à saúde entre adolescentes. Foram exploradas as partes do instrumento original que abordaram hábitos alimentares e IMC (Índice de Massa Corpórea) (33 questões), hábitos de higiene bucal e acesso aos serviços odontológicos (27 questões); o consumo de álcool (24 questões) e tabaco (6 questões)<sup>7</sup>.

Para avaliação da condição dentária e periodontal foi realizado exame bucal dos adolescentes por um único pesquisador calibrado, cujo teste Kappa intraexaminador foi de 0,88, obtido em estudo piloto previamente realizado com outros adolescentes pertencentes às outras áreas rurais da região, para adequação da metodologia. Os exames seguiram as orientações da OMS para estudos epidemiológicos.

Durante o exame bucal foi avaliado o índice CPOD de cárie, que mensura o número de dentes cariados, perdidos e obturados e o IPC (Índice Periodontal Comunitário), que avalia a condição periodontal/gengival da maxila e mandíbula, segundo sextantes, classificando-os como hígido (IPC=0), presença de sangramento gengival (IPC=1), cálculo dentário (IPC=2), bolsa periodontal entre 4 e 5mm de profundidade (IPC=3) e bolsa periodontal com 6mm ou mais (IPC=4). Foi realizada análise descritiva dos dados para caracterização da amostra; em seguida, foram feitas as análises bivariadas, o teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher foi aplicado com intervalo de confiança de 95% para ambos. Foram utilizados os softwares BioEstat 5.3 e SPSS 20.0. A análise multivariada de Regressão Logística foi aplicada às variáveis que foram estatisticamente significantes nas análises bivariadas.

## RESULTADOS ◀

Dentre os 349 alunos que estudavam na escola da zona rural, 15.2% mudaram do assentamento para outras áreas/cidades durante

a vigência da pesquisa, 4.3% parou de estudar, 0.6% foram a óbito; 2.3% se recusaram a participar da pesquisa ou não tinham autorização dos pais/responsáveis, 26.4% não responderam a todas as questões da entrevista ou não permitiram exame bucal. A amostra final foi composta por 179 adolescentes.

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 55.3% consultou um cirurgião-dentista nos últimos 12 meses, o restante consultou há dois anos ou mais, ou mesmo nunca foram consultados. Dentre os 177 que já visitaram um cirurgião-dentista, o principal motivo da última consulta foi a dor resultante de algum problema nos

dentes/gengiva (69.5%), seguido por consultas de rotina (16.4%) e continuidade no tratamento odontológico (14.1%).

Os dados em relação aos hábitos alimentares e de higiene bucal, o comportamento social em relação à própria condição de saúde bucal e o resultado do teste de Mann-Whitney entre as variáveis são apresentados na tabela 1.

Os hábitos referentes ao consumo de álcool e tabaco estão apresentados na tabela 2. Não houve associação entre consumo de álcool e tabaco com cárie dentária, nem com gengivite/periodontite. Dentre os entrevistados, 13.4% estavam acima do peso ideal.

**Tabela 1.** Hábitos alimentares, de higiene bucal, e comportamento social de adolescentes brasileiros residentes em assentamentos rurais. 2016.

Hábitos e Comportamentos			CPOD = 0		CPOD ≥ 1		Mann-Whitney
			n	%	n	%	p-valor
Hábitos alimentares	Café da manhã	Sim	8	4.5	113	63.1	0.9978
		Não	4	2.2	54	30.2	
	Suco natural	Sim	5	2.8	55	30.7	0.5396
		Não	7	3.9	112	62.6	
	Doces	Sim	6	3.4	92	51.4	0.7713
		Não	6	3.4	75	41.9	
	Refrigerante	Sim	2	1.1	45	25.1	0.5137
		Não	10	5.6	112	62.6	
	Leite/derivados	Sim	6	3.4	63	35.2	0.1570
		Não	6	3.4	104	58.1	
	Frutas	Sim	3	1.7	69	38.5	0.3659
		Não	9	5.0	98	54.7	
	Legumes e verduras	Sim	2	1.1	73	40.8	0.0766
		Não	10	5.6	94	52.5	
	Fast-foods e lanches	Sim	4	2.2	22	12.3	0.0795
		Não	8	4.5	143	79.9	
	Comidas calóricas	Sim	0	0.0	4	2.2	1.0000
		Não	12	6.7	163	91.1	
Chá/café adoçado	Sim	7	3.9	100	55.9	0.9998	
	Não	5	2.8	67	37.4		

continua

Continuação da Tabela 1

Hábitos e Comportamentos			CPOD = 0		CPOD ≥ 1		Mann-Whitney
			n	%	n	%	p-valor
Hábitos de higiene	Palito de dentes	Sim	2	1.1	32	17.9	1.0000
		Não	10	5.6	135	75.4	
	Escovação dentária diária	Sim	8	4.5	166	92.7	0.0001*
		Não	4	2.2	1	0.6	
	Uso do fio dental	Sim	2	1.1	48	26.8	0.5138
		Não	10	5.6	118	65.9	
Comportamento social	Satisfação com aparência dentária	Sim	4	2.2	96	53.6	0.0812
		Não	9	5.0	70	39.1	
	Dificuldade para mastigar	Sim	5	2.8	18	10.1	0.0098*
		Não	7	3.9	149	83.2	
	Evitar sorrir	Sim	6	3.4	29	16.2	<0.0001*
		Não	6	3.4	138	77.1	
	Ser motivo de piadas	Sim	0	0.0	10	5.6	0.6276
		Não	12	6.7	157	87.7	

\*Associação estatisticamente significante

**Tabela 2.** Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em adolescentes brasileiros residentes em assentamentos rurais. 2016.

Hábitos nocivos à saúde		n	%
Consumo de bebida alcoólica	<i>Você consome bebida alcoólica?</i>		
	Sim	58	32.4
	Não	121	67.6
	<i>Qual (is) de seu(s) responsável (is) consome bebida alcóolica?</i>		
	Nenhum	77	43.0
	Meu pai ou outro homem responsável por mim	59	33.0
	Minha mãe ou outra mulher responsável por mim	13	7.2
	Ambos	30	16.8
	<i>Onde você estava quando consumiu bebida alcóolica da última vez?</i>		
	Eu nunca consumi bebida alcóolica	121	67.6
	Em casa	16	8.9
	Na casa de alguém	9	5.0
	Na rua ou qualquer outra área aberta	13	7.3
	Em um barzinho, buteco ou balada	15	8.4
	No Restaurante	5	2.8

continua

Continuação da Tabela 2

<b>Hábitos nocivos à saúde</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Consumo de bebida alcoólica	<b><i>Você pode beber em casa?</i></b>		
	Eu não consumo bebida alcoólica	121	67.6
	Sim	17	9.5
	Não	41	22.9
	<b><i>Durante os últimos 30 dias, alguém se recusou em vender bebida alcoólica pra você?</i></b>		
	Eu não tentei comprar bebida alcoólica nos últimos 30 dias	159	88.8
	Sim, alguém se recusou por causa da minha idade	5	2.8
Não, minha idade não foi um impedimento	15	8.4	
Tabagismo	<b><i>Você fuma?</i></b>		
	Sim	7	3.9
	Não	172	96.1
	<b><i>Quantos cigarros você fuma por dia?</i></b>		
	Eu nunca fumei	172	96.2
	Até 10 cigarros	5	2.8
	Mais de 10 cigarros	2	1.0
	<b><i>Em algum momento dos últimos 12 meses você pensou que fumaria um cigarro?</i></b>		
	Com certeza não	160	8.9
	Provavelmente não	1	0.5
	Provavelmente sim	4	2.2
	Com certeza sim	14	7.8
	<b><i>Quantas pessoas, entre as que moram com você, fumam?</i></b>		
	Nenhuma	88	49.2
	1 ou 2 pessoas	82	45.8
	3 ou mais	9	5.0
	<b><i>Como você consegue os cigarros pra fumar?</i></b>		
Eu não fumo	172	96.1	
Pego de alguém da minha família	2	1.0	
Eu mesmo compro meus cigarros	5	2.9	
Total	179	100.0	

Na tabela 3 observa-se a composição do índice CPOD por idade, gênero e componentes do índice. Dentre todas as necessidades de tratamento, os procedimentos restauradores foram

os mais prevalentes (97.3%). Quando questionados sobre a autopercepção da condição dentária, 35.8% a descreveram como “boa”, 58.7% como “regular” e 5.5% como ruim.

Tabela 3. Composição do índice CPOD segundo faixa etária e gênero, de adolescentes brasileiros residentes em assentamentos rurais, 2016.

Faixa Etária	Gênero	N	Cariados			Perdidos			Obturados			CPO-D						
			n dentes	%	Média	dp	n dentes	%	Média	dp	n dentes	%	Média	dp				
11 anos	Mas	12	63	44.1	5.3	3.4	0	0.0	0.0	6	4.2	0.5	1.0	69	48.3	5.8	3.2	
	Fem	16	69	48.3	4.3	2.2	0	0.0	0.0	5	3.5	0.3	0.8	74	51.7	4.6	2.4	
	Total	28	132	92.3	4.7	5.6	0	0.0	0.0	11	7.7	0.8	1.8	143	100.0	5.1	2.8	
12 anos	Mas	15	64	41.0	4.2	3.6	0	0.0	0.9	1.3	9.0	4.4	2.8	78	50.0	5.2	3.3	
	Fem	16	71	45.5	4.4	2.8	0	0.0	0.0	7	4.5	0.4	0.9	78	50.0	4.9	2.7	
	Total	31	135	86.5	8.6	6.4	0	0.0	0.9	1.3	13.5	4.8	3.7	156	100.0	5.0	2.9	
13 anos	Mas	17	64	37.9	3.8	2.7	0	0.0	0.0	0.0	10.7	1.1	1.6	82	48.5	4.8	3.4	
	Fem	12	67	39.6	5.6	4.4	0	0.0	0.0	20	11.8	1.7	2.0	87	51.5	7.3	4.4	
	Total	29	131	77.5	9.4	7.1	0	0.0	0.0	38	22.5	2.8	3.6	169	100.0	5.8	4.0	
14 anos	Mas	15	67	38.1	4.5	3.7	2	1.1	0.1	0.4	19	10.8	1.3	1.6	88	50.0	5.9	3.9
	Fem	18	68	38.6	3.8	2.9	1	0.6	0.1	0.2	19	10.8	1.1	2.0	88	50.0	4.9	3.1
	Total	33	135	76.7	8.3	6.6	3	1.7	0.2	0.6	38	21.6	2.4	3.6	176	100.0	5.3	3.4
15 anos	Mas	11	60	78.9	5.5	3.1	0	0.0	0.0	10	13.2	0.9	1.2	70	92.1	6.4	2.4	
	Fem	1	0	0.0	0.0	0.0	1	1.3	1.0	0.0	5	6.6	5.0	0.0	6	7.9	6.0	0.0
	Total	12	60	78.9	5.5	3.1	1	1.3	1.0	0.0	15	19.7	5.9	1.2	76	100.0	6.3	2.4
16 anos	Mas	17	76	58.0	4.5	4.2	2	1.5	0.1	0.3	10	7.6	0.6	1.0	88	67.2	5.2	3.7
	Fem	6	22	16.8	3.7	3.4	0	0.0	0.0	21	16.0	3.5	2.8	43	32.8	7.2	1.6	
	Total	23	98	74.8	8.2	7.6	2	1.5	0.1	0.3	31	23.7	4.1	3.8	131	100.0	5.7	3.4
17 anos	Mas	6	39	50.0	6.5	3.0	0	0.0	0.0	13	16.7	2.2	1.5	52	66.7	8.7	1.9	
	Fem	9	14	17.9	1.6	2.9	1	1.3	0.1	0.3	11	14.1	1.2	1.1	26	33.3	2.9	2.8
	Total	15	53	67.9	8.1	5.9	1	1.3	0.1	0.3	24	30.8	3.4	2.6	78	100.0	5.2	3.8
18 anos	Mas	8	24	40.7	3.0	2.4	1	1.7	0.1	0.4	34	57.6	4.3	4.1	59	100.0	7.4	4.1
	Fem	0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	-	
	Total	8	24	40.7	3.0	2.4	1	1.7	0.1	0.4	34	57.6	4.3	4.1	59	100.0	7.4	4.1
Total Populacional		179	768	77.7	4.3	3.3	8	0.8	0.0	0.2	21.5	1.2	1.9	988	100.0	5.5	3.3	

O índice IPC variou de 0 a 3 e 68.2% do total não apresentaram alteração periodontal. Analisando a pior condição dentre todos os sextantes examinados, observou-se que 24.6% dos entrevistados apresentavam sangramento gengival (IPC=1), 6.7% cálculo dentário (IPC=2) e 0.5% com bolsa periodontal entre 4 e 5mm de profundidade (IPC=3). Não houve sextante com bolsa periodontal profunda ( $\geq 6$ mm de profundidade). As necessidades de tratamento periodontal se concentraram em ações preventivas com instruções de higiene (19.6%) seguidas por profilaxia (2.7%). Em relação à autopercepção da saúde gengival, 62.6% do total a descreveram como “boa”, 33.0% como regular e 4.4% como ruim.

Nas análises bivariadas, ao ajustar os dados de acordo com a mediana do índice CPOD (mediana = 5), observou-se associação entre alta prevalência de cárie (CPOD  $\geq 5$ ) e as seguintes variáveis: obesidade ( $p=0.0435$ ), motivo de dor na última consulta ( $p=0.0011$ ) e frequência de escovação dentária diária menor do que três vezes ( $p=0.0048$ ).

Quanto à condição periodontal, o sangramento gengival esteve associado com a ingestão de comidas calóricas ( $p=0.046$ ), escovação dentária uma única vez ao dia ( $p=0.0172$ ) e à insatisfação com a saúde bucal ( $p=0.0082$ ); já o cálculo apresentou associação com a ingestão de doces, balas, chicletes, chocolates ( $p=0.0386$ ) e com o motivo de rotina na última consulta ( $p=0.0500$ ). No modelo de regressão logística, houve associação apenas entre cálculo dentário e o motivo da última consulta como sendo de rotina ( $p=0.0158$ ).

## > DISCUSSÃO

Considerando que a população do estudo é assistida por duas Unidades Saúde da Família no assentamento rural, e que ainda assim apresentou piores condições de saúde bucal do que a média nacional, cujo CPOD é 4.2<sup>8</sup>, sugere-se a existência de algum problema de acesso aos serviços odontológicos, uma vez que um pouco

mais da metade dos entrevistados consultaram frequentemente o cirurgião-dentista, e pelo fato da dor ter sido o principal motivo da consulta. Destacou-se também que, durante o desenvolvimento da pesquisa, foram feitas análises dos teores de flúor presente nos poços artesianos que abasteciam os moradores do local, não tendo sido constatado níveis significativos do íon (abaixo de 0,15 mgF/L), sendo, portanto, mais um motivo que pode ter contribuído para a condição da saúde oral encontrada nos adolescentes estudados.

Há duas maneiras de se interpretar a inequidade de acesso: primeiro, como um gradiente inversamente proporcional à renda *per capita* e nível educacional; segundo, como um problema grave entre partes marginalizadas de uma determinada população, caracterizada por falta de recursos, oportunidade, vulnerável e que se contrasta com o resto da população<sup>9</sup>. Quando a inequidade de acesso à saúde persiste, independentemente de sua forma interpretativa, a tendência é encontrar uma população com má condição de saúde bucal, dor, sofrimento e perda dentária significativa<sup>10</sup>.

A inequidade de acesso aos serviços de saúde persiste em muitos países, independente do perfil de cada sistema. Ainda que gestores tentem contê-la com a implantação de novas políticas públicas buscando expandir a cobertura populacional e o acesso o financiamento para novos projetos, a falta de legislação específica sobre acessibilidade e o longo tempo previsto para implantação de novas estratégias tornam-se as principais barreiras<sup>11</sup>.

Diante da disparidade no acesso, é grande o desafio de manter bons hábitos e estilo de vida na intenção de prevenir o agravamento da condição de saúde bucal, destacando principalmente os hábitos alimentares. A juventude de um modo geral tem se mostrado com o mesmo comportamento alimentar por todo o mundo, ainda que seja proveniente de culturas e países diversos, pois já aderiu à inclusão de refrigerantes, suco de frutas, café e leite com adição de açúcar na dieta diária<sup>12</sup>.



No entanto, ainda que realize higiene bucal, a maioria dos adolescentes é acometida por cárie dentária (97%), devido à ação cariogênica do açúcar presente nestes alimentos e a demora na higienização dentária. A higiene deficiente entre jovens moradores da zona rural tem impedido o progresso significativo na redução desta doença<sup>6</sup>. Os adolescentes orientados quanto à técnica adequada de escovação tendem a melhorar a higiene bucal e conseqüentemente, a condição dentária e periodontal<sup>13</sup>.

A higiene dentária inadequada resulta em acúmulo de biofilme e conseqüente inflamação gengival; quando não corrigida a gengivite progride e acomete o periodonto, ou seja, as estruturas de sustentação dentária no osso alveolar<sup>4</sup>. Quanto maior o nível educacional, menor a probabilidade de se desenvolver periodontite moderada e severa<sup>4</sup>.

O consumo de cerveja também tem aumentado entre jovens moradores da zona rural. Os ambientes familiares, cujos hábitos incluem o consumo deliberado de bebidas alcoólicas, estimulam os mesmos costumes nos filhos que convivem nestes ambientes, aderindo a ele, desde o início da adolescência<sup>14</sup>. Ao observar os dados, percebeu-se que as famílias dos jovens entrevistados criam seus filhos em ambiente hostil em relação ao consumo de bebida alcoólica, tornando-os mais vulneráveis ao vício e dependência química. Embora a venda de bebidas alcoólicas seja proibida para menores de 18 anos no Brasil, o seu consumo por jovens não seria evitado, uma vez que os próprios familiares não impediriam tal hábito, afinal, pouco mais de 8% relatou que a menoridade não era impedimento na compra destas bebidas.

A população deste estudo não tem opções de lazer e por isso considera o uso da bebida alcoólica como forma de diversão, cujo hábito é comum para quase todos os membros da família. Em outra vertente, os hábitos de higiene bucal por consumidores de bebidas alcoólicas são insatisfatórios e por isso resultam em halitose e alterações gengivais<sup>15</sup>.

Da mesma forma inicia-se o tabagismo, que também é um fator contribuinte para o agravamento da periodontite e dano sociais; o consumo frequente de cigarros pode elevar em quase três vezes as chances de um indivíduo desenvolver problemas periodontais<sup>15</sup>.

O sobrepeso é outro indicador significativo para doenças crônicas já na adolescência, especialmente no que tange à periodontite<sup>16</sup>. A associação entre sobrepeso e cárie dentária deve-se à ingestão de dieta cariogênica, rica em açúcar e carboidratos. A obesidade deve ser cuidadosamente considerada nos programas preventivos, inclusive na intenção de evitar a cárie dentária, especialmente no que tange as lesões interproximais, devendo incluir vários profissionais de saúde como cirurgiões-dentistas e nutricionistas na equipe.<sup>17</sup>

O agravamento da doença cárie gera altos índices de perda dentária entre jovens adultos, e conseqüentemente, apresenta a "exodontia" como procedimento mais comum no tratamento odontológico<sup>2</sup>. Nos países desenvolvidos, as consultas ao cirurgião-dentista são regulares e preventivas, uma vez que se trata de uma doença multifatorial, que depende da presença de bactérias específicas, restos de alimentos, predisposição genética, pH da saliva, entre outros fatores, o que resulta em baixo percentual de procedimentos restauradores e cirúrgicos<sup>6</sup>.

Dentes cariados, dor e trauma dentário são condições que prejudicam a qualidade de vida de jovens, mas podem ser fatores desencadeantes para a busca por tratamento odontológico entre eles, já que no convívio social, a boa aparência é critério de inclusão em alguns grupos de amigos<sup>18</sup>.

Os dados referentes ao comportamento social do jovem em relação à saúde bucal transcendem os prejuízos sociais que a falta de cuidados bucais traz ao indivíduo, culminando em sofrimento e perda dentária por falta de cuidado. Cabe ressaltar que quase 20% da população estudada relatou evitar sorrir em público por causa da aparência dentária, e que praticamen-

te metade dos jovens relatou satisfação com a aparência dos próprios dentes.

Neste ponto, justifica-se a intervenção de profissionais utilizando a educação em saúde para orientar a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos riscos resultantes da falta de cuidados com a saúde. Consequentemente, esta conduta poderia ser considerada um hábito da população em questão e/ou falta de orientação em saúde bucal. Estes trabalhos com jovens rurais em ambiente escolar são de suma importância para a manutenção da saúde desta população, pois alcançam melhoras nos hábitos de higiene bucal<sup>1</sup> e mudanças nos hábitos alimentares<sup>19</sup>, principalmente quando se utiliza metodologias com demonstração e participação dos adolescentes<sup>20</sup>.

Nessa pesquisa de saúde bucal de adolescentes moradores de um assentamento rural, notou-se que a inequidade de acesso, os

hábitos e comportamentos podem influenciar a condição de saúde bucal. Concluiu-se que a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos culmina no agravamento da cárie e doença periodontal, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes. A condição de saúde bucal depende do estilo de vida, dos hábitos, costumes e comportamento dos jovens, dentre outros aspectos. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentam os riscos de cárie. A ingestão de comidas calóricas e escovação insuficiente resultam em sangramento gengival. A inequidade persistente no acesso aos serviços odontológicos por populações socialmente excluídas precisa ser combatida por meio de políticas públicas de saúde que alcancem os princípios da equidade e universalidade, haja vista as perdas e danos irreversíveis à saúde, especialmente no que tange aos adolescentes.

## > REFERÊNCIAS

1. Friedman JW, Mathu-Muju KR. Dental therapists: improving access to oral health care for underserved children. *Am J Public Health*. 2014;104(6):1005-9.
2. Santos JCB, Hennington EA. Nobody gives orders here: the meaning of work and health for settlers from the Landless Rural Workers' Movement. *Cad Saúde Públ*. 2013;29(8):1595-604.
3. Fisher TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):126-38.
4. Darby I, Phan L, Post M. Periodontal health of dental clients in a community health setting. *Aust Dent J* 2012;57(4):486-92.
5. Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Ciênc Saúde Col* 2010;15:1857-64.
6. Skinner J, Johnson G, Blinkhorn A, Byum R. Factors associated with dental caries experience and oral health status among New South Wales adolescents. *Aust N Z J Public Health* 2014;38(5):485-9.
7. World Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS). 2009. [acesso em março de 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/chp/gshs/GSHS\\_Questionnaire\\_Core\\_Expanded\\_2009\\_English.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Questionnaire_Core_Expanded_2009_English.pdf).
8. Ministry of Health of Brazil. SB Brazil 2010 Project: national research on oral health: main results. Brasília: Ministry of Health; 2011.
9. Vallgård S. Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities. *Scand J Public Health*. 2014;42(4):337-43.

10. Geus JL, Luca CMB, Baldani MH, Czlusniak GD. Caries prevalence and self-perception of oral health condition among children of urban and rural schools of Ponta Grossa, PR, Brazil. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr* 2013;13(1):111-7.
  11. Diez E, Morrison J, Pons-Vingúés M, Borrell C, Corman D, Burström B, et al. Municipal interventions against inequalities in health: the view of their managers. *Scand J Public Health* 2014;42(6):476-87.
  12. Guido JA, Mier EAM, Soto A, Eggertsson H, Sanders BJ, Jones JE, et al. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *Int J Paediatr Dent* 2011;21(6):432-40.
  13. D’Cruz AM, Aradhya S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health to 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *Int J Dent Hyg* 2013;11(2):126-33.
  14. Costa ACQ, Raposo JCS, Valença PAM, Santos CFBF, Amorim VCSA. Álcool e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Brasil. *Adolesc Saude* jul/set 2017;14(3):24-29
  15. Pham TAV, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y. Comparison between self-perceived and clinical oral malodor. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;113(1):70-80.
  16. Irigoyen-Camacho ME, Sanchez-Perez L, Molina-Frechero N, Velazquez-Alva C, Zepeda-Zepeda M, Borges-Yanes A. The relationship between body mass index and body fat percentage and periodontal status in Mexican adolescents. *Acta Odontol Scand.* 2014;72(1):48-57.
  17. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D, Nilsson M. Caries in adolescence: influence from early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(2):125-33.
  18. Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health.* 2011. Vol/ed/Num.p?11:6.
  19. Ha EJ, Caine-Bish N, Holloman C, Lowry-Gordon K. Evaluation of effectiveness of class-based nutrition intervention on changes in soft drink and milk consumption among young adults. *Nutr J* 2009.
  20. Garbin CAS, Queiroz APDG, Garbin AJI, Moimaz SAS, Soares GB. Comparison of methods in oral health education from the perspective of adolescents. *Oral Health Prev Dent.* 2013;11(1):39-47.
-