

Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados

Oral health of quilombola and non-quilombola rural adolescents: a study of hygiene habits and associated factors

Etna Kaliane Pereira da Silva¹
 Patrícia Reis dos Santos¹
 Tatiana Praxedes Rodrigues Chequer¹
 Camila Moreira de Almeida Melo²
 Katiuscy Carneiro Santana²
 Maise Mendonça Amorim¹
 Danielle Souto de Medeiros¹

Abstract *This study evaluated oral hygiene habits and their association with sociocultural, environmental factors and factors related to the use of dental services among Quilombola and non-Quilombola rural adolescents from inland Bahia. This was a cross-sectional study conducted in 2015. Prevalence and prevalence ratios were estimated for the outcomes and multiple Poisson regression analysis with robust variance was performed. We interviewed 390 adolescents, of which 42.8% were Quilombola. Poor tooth brushing and non-flossing were found in 33.3% and 46.7% of adolescents, respectively. Poor tooth brushing was increased by male gender (PR = 1.45), not living with both parents (PR = 1.45), lower hand hygiene habit (PR = 1.72) and worse oral health self-assessment (PR = 1.38). Non-flossing was associated with economic level E (PR = 1.54), older age (PR = 0.91), lower hand hygiene habit (PR = 1.53) and worse oral health self-assessment (PR = 1.33). Different associated factors were observed between Quilombola and non-Quilombola. It is necessary to consider the specificities of the populations for the promotion of adolescent oral health and the importance of the intersectoriality between education and health and care to families.*

Key words *Oral health, Adolescent, Rural health, Ethnicity and health*

Resumo *Este estudo avaliou os hábitos de higiene bucal e sua associação com fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do interior da Bahia. Foi um estudo transversal realizado em 2015. Estimaram-se prevalências e razões de prevalências para os desfechos e foi conduzida análise múltipla por regressão de Poisson com variância robusta. Foram entrevistados 390 adolescentes, 42,8% quilombolas. Escovação dentária insatisfatória e não uso do fio dental foram encontrados em 33,3% e 46,7% dos adolescentes, respectivamente. Mostraram aumentar a escovação dentária insatisfatória: sexo masculino (RP = 1,45), não morar com ambos os pais (RP = 1,45), menor hábito de lavar as mãos (RP = 1,72) e pior autoavaliação da saúde bucal (RP = 1,38). Com o não uso de fio dental, mostraram-se associados: nível econômico E (RP = 1,54), maior idade (RP = 0,91) menor hábito de lavar as mãos (RP = 1,53) e pior autoavaliação da saúde bucal (RP = 1,33). Distintos fatores associados foram observados entre quilombolas e não quilombolas. Ressalta-se a necessidade de se considerar as especificidades das populações para a promoção da saúde bucal dos adolescentes e a importância da intersectorialidade entre educação e saúde e a atenção às famílias.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Adolescente, Saúde da população rural, Origem étnica e saúde*

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. R. Hormindo Barros 58/quadra 17/lote 58, Candeias. 45029-094 Vitória da Conquista BA Brasil. etnakaliane@gmail.com
² Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

Introdução

A adolescência, fase da vida situada entre a infância e a idade adulta, é considerada um período em que se requisita atenção diferenciada no que tange à saúde geral e bucal¹. Transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, típicas dessa fase, tornam esse grupo populacional mais vulnerável a situações de risco à sua saúde².

A saúde bucal é um aspecto relevante na vida dos adolescentes. Uma percepção desfavorável da saúde bucal influencia na autoestima e socialização desse grupo^{3,4}. Entre os agravos bucais que podem interferir na qualidade de vida dos adolescentes estão a cárie dentária não tratada, oclusopatia grave, dor e perda dentária e sangramento gengival^{5,6}.

Uma das formas de prevenção das doenças e agravos bucais é a higiene bucal adequada, sendo a escovação dentária e o uso de fio dental ferramentas indispensáveis¹. Estudos brasileiros evidenciam que as prevalências de escovação dentária (≥ 3 vezes/dia) variam entre 49,8 a 77,0% entre os adolescentes. Entretanto, o uso de fio dental ainda não é um hábito consolidado quando comparado com a escovação, com frequências que variam de 0,5% a 51,0%^{7,8}.

Os hábitos de higiene bucal são influenciados por diferentes fatores relacionados ao indivíduo e à sua família. Observam-se maiores prevalências de hábitos insatisfatórios nos adolescentes do sexo masculino, com menores nível econômico e grau de escolaridade materna, e que relatam sentir-se sozinhos^{7,9,10}. Estudos internacionais têm revelado que baixas prevalências de escovação dentária e uso de fio dental estão associados à residência em áreas rurais^{11,12}. No Brasil, um estudo com crianças e adolescentes rurais de 6 a 12 anos evidenciou escovação dentária (≥ 3 vezes/dia) em 56,4% e uso de fio dental em 26,4% dos entrevistados¹³.

O local de residência configura-se uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. Indivíduos com perfis sociais semelhantes podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal, a depender da localidade e atributos da moradia¹⁴.

Os adolescentes quilombolas residem, em sua maioria, em comunidades rurais com relações territoriais específicas, relacionadas com a resistência à opressão histórica sofrida por essa população^{15,16}. Convivem com vulnerabilidades sociais relacionadas ao seu local de moradia, como menor cobertura de abastecimento de água por rede geral de distribuição e de coleta regular de

lixo, baixo grau de escolaridade e renda familiar, quando comparadas com as demais comunidades rurais¹⁷, assim como dificuldades no acesso ao serviço odontológico¹⁸.

Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar os hábitos de higiene bucal e sua associação com fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas de uma área rural do interior da Bahia.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional e abordagem domiciliar, realizado com adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP)¹⁵ e não quilombolas de Vitória da Conquista, BA. Este estudo faz parte da pesquisa *Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes*, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia.

A estratégia amostral considerou a extensão territorial e a população de adolescentes residentes nas comunidades rurais, a fim de garantir a representatividade e a viabilidade da pesquisa. Foram utilizados como princípios amostrais: selecionar domicílios proporcionalmente ao número de adolescentes por comunidade e entrevistar apenas um destes por domicílio. Além disso, para possibilitar a obtenção de estimativas válidas para as populações quilombolas e não quilombolas, a amostra foi calculada separadamente para cada estrato.

A população de pesquisa foi estimada em 811 adolescentes, divididos em dois estratos: quilombolas ($n = 350$) residentes nas comunidades quilombolas reconhecidas pela FCP e não quilombolas ($n = 461$). Esse universo amostral foi obtido a partir de um levantamento realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) e confirmado em posterior mapeamento das comunidades.

Para o delineamento amostral foram considerados como critérios: prevalência de 50%, dada à heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 1,0, totalizando 184 adolescentes quilombolas e 210 não quilombolas. Foram acrescidos 15% para minimizar as possíveis perdas. Contudo, ao considerar que seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio

e, entre os quilombolas, o número de domicílios seria superado, foram acrescidas 7,1% para perdas nesse grupo.

A amostragem para o estrato não quilombola foi realizada selecionando aleatoriamente os domicílios que continham adolescentes, seguido à distribuição proporcional destes por comunidade. Posteriormente, houve seleção aleatória de adolescentes por domicílio. Já para o estrato quilombola, procedeu-se apenas seleção aleatória dos adolescentes por domicílio. Considerou-se como critério de exclusão a presença de transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo entre os adolescentes.

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi um questionário estruturado elaborado a partir de inquéritos realizados no Brasil. Para este estudo, foram utilizadas questões oriundas da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹⁹, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)²⁰ e da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil)²¹.

O questionário foi dividido em dois blocos, o primeiro, contendo questionamentos sobre características domiciliares e econômicas, foi respondido pelo adolescente (quando com idade \geq 18 anos) ou por seu responsável. O segundo bloco foi respondido apenas pelo adolescente, contendo informações sobre o mesmo.

Foi realizado o estudo piloto em dezembro de 2014 com adolescentes rurais não pertencentes ao estudo principal. A coleta de dados aconteceu entre janeiro e maio de 2015. Foram realizadas re-entrevistas em 5% dos domicílios da amostra, no período de até 7 dias após a primeira, no intuito de garantir a qualidade dos dados.

Os hábitos de higiene bucal foram avaliados a partir da frequência de escovação dentária e de utilização de fio dental. A frequência de escovação dentária foi obtida a partir da pergunta *Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?* com as seguintes opções de respostas: a) Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias, b) Uma vez por dia, c) Duas vezes por dia, d) Três vezes por dia, e) Quatro ou mais vezes por dia e f) Não escovei meus dentes diariamente. Já o uso de fio dental foi obtido a partir do seguinte questionamento *O que você usa para fazer a limpeza da sua boca?*, em que uma das perguntas secundárias era *“Fio dental? (não; sim)”*. Para fins de análises bivariada e multivariada foram consideradas como desfechos: (1) frequência insatisfatória de escovação dentária, quando inferior a três vezes ao dia; (2) não utilização do fio dental.

As variáveis independentes foram selecionadas levando em consideração um modelo conceitual baseado em Petersen²², organizado em dois blocos. O primeiro bloco foi constituído pelos fatores socioculturais e ambientais e o segundo por variáveis relacionadas à utilização de serviços odontológicos.

Os fatores socioculturais foram: nível econômico²³ (B e C – níveis mais altos; D; E – nível mais baixo); sexo; cor/raça, categorizada em negro (pardos e pretos) e não negro (brancos, amarelos e indígenas); idade; escolaridade; experimentação de uma dose de bebida alcoólica; experimentação de tabaco; experimentação de drogas ilícitas; prática de atividade física; número de amigos próximos; composição familiar; sentimento de solidão nos últimos 12 meses; compreensão dos problemas pessoais pelos pais nos últimos 30 dias.

Possuir como principal fonte de abastecimento de água a rede geral de distribuição foi considerado um fator ambiental, assim como o hábito de higienizar as mãos antes das refeições. O segundo bloco foi composto pelas seguintes variáveis: autoavaliação da saúde bucal; percepção da necessidade de tratamento dentário; dor dentária nos últimos 6 meses; e consulta odontológica no último ano.

Foi realizada uma análise descritiva das características relacionadas à saúde bucal por meio da distribuição de frequências para amostra total e por estrato, quilombola e não quilombola, assim como a estimativa da prevalência de escovação dentária e uso de fio dental. As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher.

Para identificar as variáveis associadas à escovação dentária insatisfatória e a não utilização de fio dental, realizou-se análise bivariada. As estimativas de razão de prevalência e respectivos intervalos de confiança foram feitos por meio da regressão de Poisson com variância robusta para a amostral total e por estrato. Todas as variáveis com nível de significância menor que 20% foram incluídas na análise múltipla.

Foi adotada na análise múltipla a entrada hierárquica das variáveis em blocos. As variáveis do primeiro bloco permaneceram como fatores de ajuste para o segundo hierarquicamente inferior, permanecendo no modelo aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$. A comparação entre modelos foi feita pelo critério de Akaike e de informação Bayesiana. A adequação dos valores preditos pelos modelos aos valores observados foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa Sta-

ta, versão 15.0 (Stata Corporation, College Station, USA) foi utilizado para as análises dos dados.

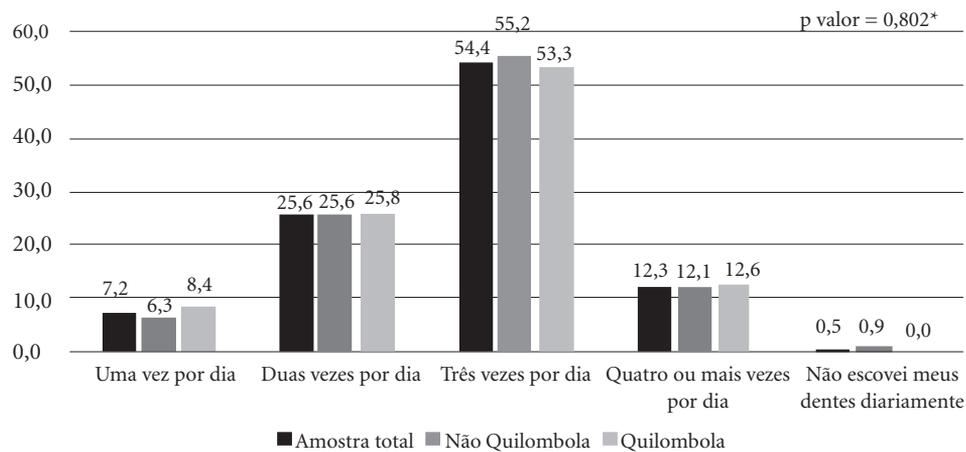
Resultados

Foram entrevistados 390 adolescentes, dos quais 42,8% (167) eram quilombolas. O hábito de escovação dentária menor que três vezes ao dia foi observado em 33,3% da amostra total, em 32,7% dos adolescentes não quilombolas e em 34,1% dos quilombolas (Figura 1A). A prevalência de não uso de fio dental foi de 46,7% para o total de adolescentes e de 46,2% e 47,3% entre não qui-

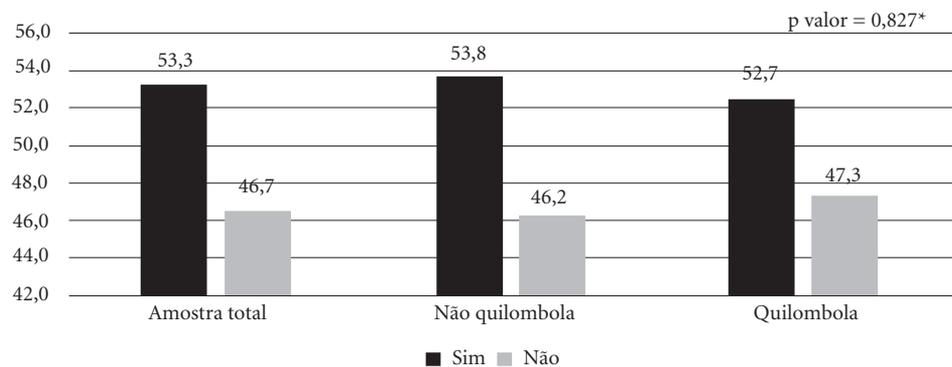
lombolas e quilombolas, respectivamente (Figura 1B). Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois estratos avaliados.

A maioria dos adolescentes relatou utilizar escova dental e dentifrício (99,7%) para realizar a higiene bucal e 49,5% afirmaram substituir a escova dental com menos de 3 meses de uso. Quanto à saúde bucal, 63,0% dos adolescentes consideraram sua saúde bucal boa ou muito boa, 48,1% relataram necessidade de tratamento dentário e 2,6% de prótese dentária total, 19,6% afirmaram dor dentária nos últimos seis meses e 73,1% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com seus dentes e boca (Tabela 1).

A- Escovação dentária



B= Uso de fio dental



A - Escovação dentária. B - Uso de fio dental. *p valor calculado pelo teste qui-quadrado de Pearson para comparação entre quilombolas e não quilombolas.

Figura 1. Prevalência de escovação dentária e uso de fio dental na amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Tabela 1. Características relacionadas à saúde bucal na amostra total, adolescentes quilombolas e não quilombolas. Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Não Quilombola		Quilombola		Valor de p [‡]
	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	
Uso de escova dental							1,000
Não	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Sim	389	99,7	222	99,6	167	100,0	
Uso de dentífrício							1,000
Não	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Sim	389	99,7	222	99,6	167	100,0	
Substituição da escova dental							0,156
Com menos de 3 meses	193	49,5	119	53,4	74	44,3	
Entre 3 meses e menos de 6 meses	155	39,7	84	37,7	71	42,5	
Entre 6 meses e mais / Nunca trocou	42	10,8	20	9,0	22	13,2	
Autoavaliação da saúde bucal							0,375
Muito boa/boa	245	63,0	144	64,9	101	60,5	
Regular / ruim / muito ruim	144	37,0	78	35,1	66	39,5	
Necessidade de tratamento dentário							0,577
Não	202	51,9	118	53,1	84	50,3	
Sim	187	48,1	104	46,9	83	49,7	
Necessidade de prótese dentária total							0,855
Não	380	97,4	217	97,3	163	97,6	
Sim	10	2,6	6	2,7	4	2,4	
Dor dentária nos últimos seis meses							0,521
Não	312	80,4	181	81,5	131	78,9	
Sim	76	19,6	41	18,4	35	21,1	
Satisfação com os dentes/boca							0,251
Muito satisfeito/ Satisfeito	285	73,1	165	74,0	120	71,9	
Nem satisfeito nem insatisfeito	71	18,2	43	19,3	28	16,8	
Insatisfeito/ Muito insatisfeito	34	8,7	15	6,7	19	11,4	
Consulta odontológica alguma vez na vida							0,001
Sim	329	84,4	200	89,7	129	77,3	
Não	61	15,6	23	10,3	38	22,7	
Consulta odontológica no último ano							0,431
Sim	260	66,8	152	68,5	108	64,7	
Não	129	33,2	70	31,5	59	35,3	
Tipo de serviço da última consulta odontológica							0,706
Serviço particular	106	32,2	66	33,0	40	31,0	
Serviço público	223	67,8	134	67,0	89	69,0	
Local da última consulta odontológica							0,231
Unidade Saúde da Família	219	66,8	126	63,3	93	72,1	
Consultório particular ou clínica privada	88	26,8	58	29,2	30	23,3	
Outros	21	6,4	15	7,5	6	4,6	
Motivo da última consulta odontológica							0,227
Limpeza, manutenção, revisão ou prevenção	167	50,8	106	53,0	61	47,3	
Dor de dente/ Extração/ Problemas na gengiva/ Tratamento dentário	138	41,9	77	38,5	61	47,3	
Aparelho ortodôntico/ Orçamento/ Outros	24	7,3	17	8,5	7	5,4	
Avaliação da última consulta odontológica							0,730
Muito bom/ Bom	281	85,4	170	85,0	111	86,0	
Regular	35	10,6	23	11,5	12	9,3	
Ruim / Muito ruim	13	4,0	7	3,5	6	4,7	

*n: número de indivíduos; [†]Frequência relativa; [‡]Valor de p calculado pelo qui-quadrado para comparação entre os estratos quilombola e não quilombola.

Do total de adolescentes, 15,6% relataram nenhuma consulta odontológica na vida e 33,2% nenhuma consulta odontológica no último ano. Dos adolescentes que já realizaram uma consulta odontológica, 67,8% utilizaram o serviço público e 66,8% foram atendidos numa USF, 50,8% realizaram por motivo de limpeza, manutenção, revisão ou prevenção, 41,9% devido à dor de dente, extração, problemas na gengiva e tratamento dentário e 7,3% para manutenção de aparelho ortodôntico ou orçamentos, 85,4% consideraram a última consulta boa ou muito boa. Diferenças entre adolescentes quilombolas e não quilombolas foram observadas apenas para a variável consulta odontológica alguma vez na vida em que 22,7% e 10,3% relataram nenhuma consulta, respectivamente (Tabela 1).

A escovação dentária insatisfatória foi significativamente superior nos adolescentes do sexo masculino, que não moravam com ambos os pais, não higienizavam as mãos antes das refeições frequentemente e consideravam sua saúde bucal regular, ruim ou muito ruim (Tabela 2).

Entre os adolescentes não quilombolas, observou-se associação positiva e significativa entre a escovação dentária insatisfatória e sexo masculino, não morar com ambos os pais, menor frequência de higienização das mãos antes das refeições e não realização de consulta odontológica no último ano. Foi observada associação negativa com compreensão dos pais acerca de seus problemas às vezes nos últimos 30 dias. No estrato quilombola, a escovação dentária menor que três vezes ao dia foi mais prevalente entre os que não higienizavam as mãos antes das refeições frequentemente e os que afirmaram ter uma pior saúde bucal (Tabela 2).

Em relação à não utilização do fio dental, na amostra total foi observada associação positiva e significativa com nível econômico E, ausência da rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água, higienização das mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez, e saúde bucal regular, ruim ou muito ruim. Foi observada associação negativa com a maior idade e escolaridade (Tabela 3).

A não utilização do fio dental foi mais prevalente entre os adolescentes não quilombolas do nível econômico E, que relataram não higienizar as mãos antes das refeições frequentemente e não consultaram um dentista no último ano, e menos prevalente entre os adolescentes com maior idade e escolaridade. Entre os quilombolas, observou-se associação positiva com a compreensão dos problemas pessoais pelos pais nenhuma vez ou raramente nos últimos 30 dias e com ausên-

cia da rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água e negativa com a maior idade e não terem consultado odontólogo no último ano (Tabela 3).

Os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à escovação dentária insatisfatória na amostra total: ser do sexo masculino (RP = 1,45 IC95% = 1,10–1,92); morar apenas com um dos pais ou não morar com os pais (RP = 1,45 IC95% = 1,11–1,90); higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP = 1,72 IC95% = 1,32–2,24); e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP = 1,38 IC95% = 1,05–1,82). Para o estrato não quilombola, ser do sexo masculino (RP = 1,96 IC95% = 1,32–2,91), morar apenas com um dos pais ou não morar com os pais (RP = 1,57 IC95% = 1,12–2,21), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP = 1,91 IC95% = 1,36–2,68) e não ter consultado um dentista no último ano (RP = 1,50 IC95% = 1,04–2,16) estiveram positivamente associados. Para o quilombola, associação positiva foi encontrada com higienização das mãos antes das refeições às vezes/frequentemente (RP = 1,59 IC95% = 1,05–2,40) e relato de uma saúde bucal ruim ou muito ruim (RP = 1,72 IC95% = 1,12–2,62) (Tabela 4).

A não utilização de fio dental na amostra total mostrou-se independentemente associado ao nível econômico E (RP = 1,54 IC95% = 1,19–2,01), idade (RP = 0,91 IC95% = 0,88–0,95), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP = 1,53 IC95% = 1,25–1,88) e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP = 1,33 IC95% = 1,09–1,64) (Tabela 4).

Entre os adolescentes não quilombolas, mantiveram-se independentemente associados ao não uso de fio dental: nível econômico E (RP = 1,57 IC95% = 1,12–2,22), idade (RP = 0,91 IC95% = 0,86–0,95), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP = 1,71 IC95% = 1,31–2,23) e não ter consultado um dentista no último ano (RP = 1,31 IC95% = < 1,00–1,71). Nos quilombolas, encontrou-se associação positiva com compreensão dos problemas pessoais pelos pais às vezes, raramente ou nenhuma vez nos últimos 30 dias (RP = 1,51, IC95% = 1,04–2,20, às vezes e RP = 1,64, IC95% = 1,11–2,42, nenhuma vez ou raramente), ausência da rede de distribuição como principal forma de abastecimento de água (RP = 1,46 IC95% = 1,07–2,00) e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP = 1,51 IC95% = 1,12–2,05) e associação negativa com ter maior idade (RP = 0,91 IC95% = 0,86–0,97) (Tabela 4).

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de escovação dentária menor que três vezes ao dia para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores socioculturais												
Nível econômico												
B e C	46	30,5	1,00	-	34	30,6	1,00	-	12	30,0	1,00	-
D	64	35,0	1,15	0,84 – 1,59	33	35,9	1,17	0,79 – 1,73	31	34,1	1,13	0,65 – 1,98
E	20	35,8	1,17	0,76 – 1,80	6	30,0	0,97	0,47 – 2,02	14	38,9	1,29	0,69 – 2,43
Sexo												
Feminino	56	28,0	1,00	-	25	22,9	1,00	-	31	34,1	1,00	-
Masculino	74	38,9	1,39	1,04 – 1,85	48	42,1	1,83	1,22 – 2,75	26	34,2	1,00	0,65 – 1,53
Cor												
Não negro	31	33,7	1,00	-	22	33,8	1,00	-	9	33,3	1,00	-
Negro	99	33,2	0,98	0,70 – 1,37	51	32,3	0,95	0,63 – 1,44	48	34,3	1,03	0,57 – 1,84
Idade	130	-	0,98	0,93 – 1,03	73	-	0,99	0,93 – 1,06	57	-	0,95	0,88 – 1,03
Escolaridade	130	-	0,98	0,93 – 1,03	73	-	0,98	0,91 – 1,05	57	-	0,98	0,90 – 1,07
Experimentação de bebida alcoólica												
Não	88	31,4	1,00	-	48	31,4	1,00	-	40	31,5	1,00	-
Sim	42	38,2	1,21	0,90 – 1,63	25	35,7	1,13	0,77 – 1,69	17	42,5	1,34	0,86 – 2,10
Experimentação de tabaco												
Não	124	33,5	1,00	-	68	32,3	1,00	-	56	35,2	1,00	-
Sim	6	30,0	0,89	0,45 – 1,78	5	41,8	1,29	0,64 – 2,60	1	12,5	0,35	0,05 – 2,25
Experimentação de drogas ilícitas												
Não	127	33,2	1,00	-	70	32,1	1,00	-	57	34,5	-	-
Sim	3	42,9	1,29	0,54 – 3,07	3	60,0	1,86	0,89 – 3,93	0	0,00	-	-
Prática de atividade física												
Maior ou igual 300 min/semana	63	35,2	1,00	-	37	36,6	1,00	-	26	33,3	1,00	-
Menor que 300 min/semana	67	31,7	0,90	0,68 – 1,19	36	29,5	0,80	0,55 – 1,17	31	34,8	1,04	0,68 – 1,60
Amigos próximos												
Até 2 amigos	18	27,3	1,00	-	12	30,7	1,00	-	6	22,2	1,00	-
3 ou mais	112	34,6	1,26	0,83 – 1,93	61	33,1	1,07	0,64 – 1,80	51	36,4	1,63	0,78 – 3,44
Composição familiar												
Mora com pai e mãe	77	29,2	1,00	-	44	28,0	1,00	-	33	30,8	1,00	-
Mora apenas com o pai e com a mãe / Não mora com os pais	53	42,1	1,44	1,09 – 1,90	29	43,9	1,57	1,08 – 2,27	24	40,0	1,30	0,85 – 1,98
Sentimento de solidão												
Nunca ou raramente	77	31,2	1,00	-	44	31,4	1,00	-	33	30,9	1,00	-
Às vezes / Na maioria das vezes / sempre	53	37,1	1,19	0,89 – 1,58	29	34,9	1,11	0,76 – 1,63	24	40,0	1,30	0,85 – 1,98
Compreensão dos problemas pelos pais												
Na maior parte do tempo ou sempre	56	34,4	1,00	-	36	38,7	1,00	-	20	28,6	1,00	-
Às vezes	35	28,3	0,82	0,58 – 1,17	15	21,1	0,54	0,32 – 0,92	20	37,7	1,32	0,79 – 2,19
Nenhuma vez ou raramente	37	37,8	1,09	0,79 – 1,53	21	38,2	0,99	0,64 – 1,51	16	37,2	1,30	0,79 – 2,23

continua

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de escovação dentária menor que três vezes ao dia para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores Ambientais												
Abastecimento de água por rede geral de distribuição												
Sim	101	31,5	1,00	-	61	31,6	1,00	-	40	31,2	1,00	-
Não	28	41,2	1,30	0,94 – 1,81	12	40,0	1,26	0,78 – 2,06	16	42,1	1,35	0,85 – 2,12
Higienização das mãos antes das refeições												
Na maior parte do tempo ou sempre	74	27,2	1,00	-	42	26,2	1,00	-	32	28,6	1,00	-
Às vezes / nenhuma vez / raramente	56	47,5	1,74	1,33 – 2,29	31	49,2	1,87	1,30 – 2,69	25	45,5	1,59	1,05 – 2,40
Utilização dos serviços odontológicos												
Autoavaliação da saúde bucal												
Muito boa/boa	67	27,3	1,00	-	41	28,5	1,00	-	26	25,7	1,00	-
Regular / ruim / muito ruim	62	43,1	1,57	1,19 – 2,09	31	39,8	1,39	0,95 – 2,03	31	47,0	1,82	1,20 – 2,78
Necessidade de tratamento dentário												
Não	69	34,2	1,00	-	41	34,7	1,00	-	28	33,3	1,00	-
Sim	60	32,1	0,94	0,71 – 1,25	31	29,8	0,86	0,58 – 1,26	29	34,9	1,04	0,69 – 1,60
Dor dentária nos últimos seis meses												
Não	107	34,3	1,00	-	63	34,8	1,00	-	44	33,6	1,00	-
Sim	21	27,6	0,80	0,54 – 1,20	9	21,9	0,63	0,34 – 1,16	12	34,3	1,02	0,60 – 1,72
Consulta odontológica no último ano												
Sim	79	30,4	1,00	-	41	27,0	1,00	-	38	35,2	1,00	-
Não	51	39,5	1,30	0,98 – 1,73	32	45,7	1,69	1,17 – 2,44	19	32,2	0,92	0,58 – 1,44

*n: número de indivíduos; †P: prevalência de escovação menor que três vezes ao dia; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Discussão

Hábitos satisfatórios de higiene bucal, escovação dentária e uso de fio dental, foram encontrados na maioria da população estudada. Os adolescentes quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação à prevalência desses hábitos, contudo, diferenças foram encontradas nos fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização dos serviços odontológicos associados a essas práticas.

Freire *et al.*¹⁰, num estudo com estudantes brasileiros do 9º ano do Ensino Fundamental, encontraram resultados semelhantes ao presente estudo para a escovação dentária ≥ 2 vezes/dia nos anos de 2009 (95,2%) e 2012 (91,7%). Contudo, a escovação $\geq 3x/dia$, apontada por diversos

estudos como a frequência diária recomendada para a adolescência, apresentou prevalência inferior à encontrada entre adolescentes de diferentes regiões brasileiras^{4,7,8,24}. A utilização do fio dental foi superior ao apresentado por estudos realizados com crianças e adolescentes (9 a 12 anos) da zona rural de Pernambuco (33,3%)¹³, com adolescentes rurais e urbanos em Campina Grande, PB (0,5%)⁸, e com adolescentes urbanos de outras regiões brasileiras^{4,7}. Estudos internacionais apresentaram prevalências inferiores de escovação dentária e de utilização do fio dental^{11,25-37}.

A literatura evidencia que os brasileiros possuem uma boa frequência nos hábitos de higiene bucal, no entanto, a qualidade dessa higienização pode deixar a desejar¹. Essa situação contribui para que a erradicação das doenças bucais no

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de não utilização de fio dental para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores socioculturais												
Nível econômico												
B e C	64	42,4	1,00	-	47	42,3	1,00	-	17	42,5	1,00	-
D	81	44,3	1,04	0,81 – 1,34	42	45,6	1,08	0,79 – 1,47	39	42,9	1,01	0,65 – 1,55
E	37	66,1	1,56	1,20 – 2,03	14	70,0	1,65	1,15 – 2,37	23	63,9	1,50	0,97 – 2,33
Sexo												
Feminino	89	44,5	1,00	-	47	43,1	1,00	-	42	46,1	1,00	-
Masculino	93	48,9	1,10	0,89 – 1,36	56	49,1	1,14	0,85 – 1,52	37	48,7	1,05	0,76 – 1,45
Cor												
Não negro	49	53,3	1,00	-	34	52,3	1,00	-	15	55,6	1,00	-
Negro	133	44,6	0,84	0,66 – 1,05	69	43,7	0,83	0,62 – 1,12	64	45,7	0,82	0,56 – 1,21
Idade	182	-	0,91	0,88 – 0,95	103	-	0,91	0,86 – 0,96	79	-	0,91	0,86 – 0,97
Escolaridade	182	-	0,92	0,89 – 0,96	103	-	0,91	0,87 – 0,96	79	-	0,94	0,88 – 1,00
Experimentação de bebida alcoólica												
Não	131	46,8	1,00	-	72	47,1	1,00	-	59	46,5	1,00	-
Sim	51	46,4	0,99	0,78 – 1,25	31	44,3	0,94	0,69 – 1,29	20	50,0	1,08	0,75 – 1,55
Experimentação de tabaco												
Não	173	46,8	1,00	-	98	46,4	1,00	-	75	47,2	1,00	-
Sim	9	45,0	0,96	0,58 – 1,58	5	41,7	0,90	0,45 – 1,78	4	50,0	1,06	0,52 – 2,16
Experimentação de drogas ilícitas												
Não	178	46,5	1,00	-	100	45,8	1,00	-	78	47,3	1,00	-
Sim	4	57,1	1,23	0,64 – 2,36	3	60,0	1,31	0,63 – 2,72	1	50,0	1,06	0,26 – 4,29
Prática de atividade física												
Maior ou igual 300 min/semana	81	45,3	1,00	-	47	46,5	1,00	-	34	43,6	1,00	-
Menor que 300 min/semana	101	47,8	1,05	0,85 – 1,31	56	45,9	0,99	0,74 – 1,31	45	50,6	0,43	0,84 – 1,61
Amigos próximos												
Até 2 amigos	26	39,4	1,00	-	18	46,1	1,00	-	8	29,6	1,00	-
3 ou mais	156	48,1	1,22	0,89 – 1,68	85	46,2	1,00	0,69 – 1,45	71	50,7	1,71	0,94 – 3,13
Composição familiar												
Mora com pai e mãe	128	48,5	1,00	-	75	47,8	1,00	-	53	49,5	1,00	-
Mora apenas com o pai e com a mãe / Não mora com os pais	54	42,9	0,88	0,69 – 1,12	28	42,4	0,89	0,64 – 1,23	26	43,3	0,87	0,62 – 1,24
Sentimento de solidão												
Nunca ou raramente	113	45,7	1,00	-	62	44,3	1,00	-	51	47,7	1,00	-
Às vezes / Na maioria das vezes / sempre	69	48,2	1,05	0,85 – 1,31	41	49,4	1,12	0,84 – 1,49	28	46,6	0,98	0,70 – 1,37
Compreensão dos problemas pelos pais												
Na maior parte do tempo ou sempre	75	46,0	1,00	-	49	52,7	1,00	-	26	37,1	1,00	-
Às vezes	56	45,2	0,98	0,76 – 1,27	28	38,4	0,74	0,53 – 1,06	28	52,8	1,42	0,95 – 2,11
Nenhuma vez ou raramente	50	51,2	1,10	0,86 – 1,43	25	45,4	0,86	0,61 – 1,22	25	58,1	1,56	1,05 – 2,33
Fatores Ambientais												
Abastecimento de água por rede geral de distribuição												
Sim	140	43,6	1,00	-	87	45,1	1,00	-	53	41,4	1,00	-
Não	41	60,3	1,38	1,10 – 1,74	16	53,3	1,18	0,82 – 1,71	25	65,8	1,59	1,17 – 2,16

continua

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de não utilização de fio dental para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Higienização das mãos antes das refeições												
Na maior parte do tempo ou sempre	111	40,8	1,00	-	62	38,7	1,00	-	49	43,7	1,00	-
Às vezes / nenhuma vez / raramente	71	60,2	1,47	1,20 – 1,81	41	65,1	1,68	1,29 – 2,19	30	54,5	1,25	0,90 – 1,72
Utilização dos serviços odontológicos												
Autoavaliação da saúde bucal												
Muito boa/boa	103	42,0	1,00	-	61	41,4	1,00	-	42	41,6	1,00	-
Regular / ruim / muito ruim	78	54,2	1,29	1,04 – 1,59	41	52,6	1,24	0,93 – 1,65	37	56,1	1,35	0,98 – 1,85
Necessidade de tratamento dentário												
Não	92	45,5	1,00	-	51	43,2	1,00	-	41	48,8	1,00	-
Sim	89	47,6	1,04	0,84 – 1,29	51	49,0	1,13	0,85 – 1,51	38	45,8	0,94	0,68 – 1,29
Dor dentária nos últimos seis meses												
Não	148	47,4	1,00	-	86	47,5	1,00	-	62	47,3	1,00	-
Sim	32	42,1	0,89	0,66 – 1,18	16	39,0	0,82	0,54 – 1,24	16	45,7	0,96	0,64 – 1,45
Consulta odontológica no último ano												
Sim	119	45,8	1,00	-	61	40,1	1,00	-	58	53,7	1,00	-
Não	62	48,1	1,05	0,84 – 1,31	41	58,6	1,45	1,11 – 1,93	21	35,6	0,66	0,45 – 0,97

*n: número de indivíduos; †P: prevalência de não utilização de fio dental; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança.

país ainda seja uma realidade distante. No entanto, destaca-se que não apenas práticas individuais são responsáveis pelo cuidado em saúde bucal, e sim que, na falta de outros tipos de políticas sociais, essas práticas tornam-se ainda mais importantes¹.

Os adolescentes quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação às prevalências de escovação dentária e utilização do fio dental, mas diferenças foram encontradas na utilização dos serviços odontológicos alguma vez na vida e nos fatores associados aos hábitos de higiene bucal insatisfatórios, evidenciando que há especificidades entre esses grupos.

A semelhança nas prevalências de aspectos comportamentais relacionados à saúde entre quilombolas e não quilombolas foi também relatada por Silva *et al.*²⁸, em estudo sobre a experimentação do tabaco nessa mesma população. Sugere-se que o convívio social desses adolescentes na escola poderia favorecer a influência mútua entre eles, transpondo efeitos da família, do ambiente e da sua vizinhança^{11,29}. Esse convívio é ainda mais

evidente em regiões rurais, nas quais a oferta de serviços educacionais é reduzida quando comparada às urbanas.

A diferença quanto à realização de consulta odontológica alguma vez na vida pode ser explicada, em parte, pela localização das USF que, em sua maioria, tem sede nas comunidades não quilombolas. As ações das equipes de saúde nas comunidades quilombolas acontecem cerca de uma vez ao mês em unidades satélites que não possuem a infraestrutura necessária para a consulta odontológica²⁹. Assim, o atendimento odontológico restringe-se à sede da USF e nas demais comunidades são realizadas ações educativas. Fatos que se somam à obrigatoriedade da presença de um responsável maior de 18 anos para o primeiro atendimento odontológico do adolescente³⁰, o que aumenta a dificuldade do primeiro acesso dos adolescentes quilombolas a esses serviços. Gomes *et al.*³¹, ao estudar a utilização dos serviços de saúde pela população adulta quilombola de Vitória da Conquista, BA, sugeriu que existe uma maior dificuldade de acesso aos

Tabela 4. Fatores associados à escovação dentária menor que três vezes ao dia e ao não uso de fio dental, segundo modelo de regressão, para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Escovação dentária insatisfatória						
Variáveis	Amostra Total		Não Quilombola		Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Sexo						
Feminino	1,00	-	1,00	-	-	-
Masculino	1,45	1,10 – 1,92	1,96	1,32 – 2,91	-	-
Composição familiar						
Mora com pai e mãe	1,00	-	1,00	-	-	-
Mora com apenas um dos pais ou não mora com os pais	1,45	1,11 – 1,90	1,57	1,12 – 2,21	-	-
Higienização das mãos antes das refeições						
Na maior parte do tempo ou sempre	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Às vezes / raramente/ nenhuma vez	1,72	1,32 – 2,24	1,91	1,36 – 2,68	1,59	1,05 – 2,40
Autoavaliação da saúde bucal						
Muito boa/boa	1,00	-	-	-	1,00	-
Regular/ Ruim/ Muito ruim	1,38	1,05 – 1,82	-	-	1,72	1,12 – 2,62
Consulta odontológica no último ano						
Sim	-	-	1,00	-	-	-
Não	-	-	1,50	1,04 – 2,16	-	-
Não uso de fio dental						
Variáveis	Amostra Total		Não Quilombola		Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Nível econômico						
B e C	1,00	-	1,00	-	-	-
D	1,03	0,82 – 1,31	1,04	0,78 – 1,40	-	-
E	1,54	1,19 – 2,01	1,57	1,12 – 2,22	-	-
Idade	0,91	0,88 – 0,95	0,91	0,86 – 0,95	0,91	0,86 – 0,97
Compreensão dos problemas pelos pais						
Na maior parte do tempo ou sempre	-	-	-	-	1,00	-
Às vezes	-	-	-	-	1,51	1,04 – 2,20
Nenhuma vez ou raramente	-	-	-	-	1,64	1,11 – 2,42
Abastecimento de água por rede geral de distribuição						
Sim	-	-	-	-	1,00	-
Não	-	-	-	-	1,46	1,07 – 2,00
Higienização das mãos antes das refeições						
Na maior parte do tempo ou sempre	1,00	-	1,00	-	-	-
Às vezes / raramente/ nenhuma vez	1,53	1,25 – 1,88	1,71	1,31 – 2,23	-	-
Autoavaliação da saúde bucal						
Muito boa/boa	1,00	-	-	-	1,00	-
Regular / Ruim/ Muito ruim	1,33	1,09 – 1,64	-	-	1,51	1,12 – 2,05
Consulta odontológica no último ano						
Sim	-	-	1,00	-	-	-
Não	-	-	1,31	<1,00-1,71	-	-

RP: razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de 95% de confiança.

serviços pelos quilombolas devido às iniquidades enfrentadas por essa população, sobretudo piores condições sociais e econômicas.

Os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de escovação dentária

insatisfatória, resultado corroborado por outros estudos⁷⁻¹⁰. Este comportamento pode ser explicado por uma maior preocupação das adolescentes em relação à estética e aos cuidados com a higiene bucal devido aos padrões sociais e culturais

vigentes³². No estrato quilombola, no entanto, essa diferença entre os sexos não foi observada; mais estudos são necessários para uma melhor compreensão das especificidades desse grupo.

A condição socioeconômica associou-se apenas à utilização do fio dental na amostra total e entre os não quilombolas, resultado semelhante a outros estudos com adolescentes^{7,33}. O fio dental, em comparação com a escova de dente, é um produto mais caro e seu uso é um hábito menos consolidado, o que pode ter influenciado na maior utilização pelos adolescentes de melhor nível econômico³⁶. A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, prevê a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados à população³⁴, entretanto, para isso, não apenas a escova dental e o dentífrico fluoretado seriam necessários, mas também a distribuição do fio dental, o que possivelmente reduziria a influência das condições econômicas no estabelecimento do hábito.

A maior homogeneidade da população quilombola em relação ao nível econômico pode ter contribuído para que essa variável não permanecesse no modelo final para esse estrato. Além disso, é prática local a realização de atividades educativas com a população rural sobre a confecção do fio dental de forma artesanal (ráfia) utilizando sacos de linhagem, material de fácil acesso nas comunidades rurais e quilombolas, pelos profissionais das equipes de saúde bucal.

O aumento de um ano de idade reduziu em cerca de 9% a prevalência de não utilização do fio dental, relação já evidenciada em estudo com adolescentes da Paraíba⁸. A maior atenção à saúde bucal está relacionada com a afetividade e o convívio social³⁵, aspectos que podem contribuir para um maior cuidado entre os adolescentes de maior idade.

Os aspectos familiares influenciaram os hábitos de higiene bucal dos adolescentes rurais, resultado corroborado por outros trabalhos. Davoglio *et al.*⁷ discutem que quando os adolescentes não são compreendidos pelos pais podem assumir uma postura de desinteresse com sua aparência e autocuidado como forma de protesto. Além disso, indivíduos que vivem sozinhos ou que apresentam baixa satisfação com suas relações sociais tendem a adotar menos comportamentos preventivos de saúde³⁶.

Esses achados mostram que a atenção à saúde com foco nas famílias pode trazer bons resultados à saúde bucal dos adolescentes. Considerando que nas áreas rurais a Estratégia de Saúde da Família comumente está presente, atividades

educativas voltadas para o núcleo familiar poderiam ser desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, assim como pelos agentes comunitários de saúde, especialmente por meio das visitas domiciliares.

A higiene bucal é um componente da higiene corporal, mas que, para ser realizada adequadamente, necessita de aprendizado³⁴. Estudos evidenciam que a higiene bucal está significativamente associada aos hábitos de higiene rotineiros^{9,37}. No presente estudo, a escovação dentária ≤ 3 vezes/dia e a não utilização do fio dental foram mais prevalentes entre os adolescentes que relataram não higienizar as mãos antes das refeições frequentemente.

Entre os quilombolas, a não utilização do fio dental foi mais prevalente em adolescentes que não tinham a rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água em seu domicílio, o que reforça a vulnerabilidade e a necessidade das práticas de autocuidado nesse grupo, já que o mesmo tem menos acesso contínuo à água fluoretada. A fluoretação das águas de abastecimento público é obrigatória no Brasil desde 1974, no entanto a não universalidade no acesso à água fluoretada mantém extenso número de pessoas à margem desse benefício reconhecidamente eficaz e que apresenta boas relações de custo-efetividade³⁸.

A autoavaliação da saúde bucal como regular, ruim ou muito ruim foi uma das variáveis associadas aos hábitos insatisfatórios de higiene bucal. A concordância entre a condição clínica e a autopercepção da saúde bucal ocorre geralmente em casos mais dolorosos e estéticos mais severos, enquanto outros problemas bucais mais leves são subestimados³⁹. A condição bucal precária tem impactos negativos nas atividades diárias dos adolescentes, entre elas, a maior dificuldade na escovação dentária. Uma escovação dentária menos frequente pode ser então consequência da pior condição bucal, o que pode influenciar o resultado encontrado no presente estudo. Ressalta-se que a percepção da saúde bucal está relacionada também a características socioculturais e subjetivas dos indivíduos³⁹.

A ausência de consulta odontológica no último ano apresentou-se como um fator que aumenta os hábitos de higiene bucal insatisfatórios apenas para o estrato não quilombola. O contato do profissional de odontologia com o adolescente influencia na adoção de hábitos satisfatórios de higiene bucal. Todavia, apesar do trabalho odontológico ser relevante, este resolve problemas individuais reconhecidos pelos que o utilizam. Em

termos populacionais, o cuidado à saúde bucal resulta de uma gama de fatores – biológicos, psicológicos e sociais³⁹.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Por tratar-se de um estudo de delineamento transversal, não é possível inferir a temporalidade de algumas das associações observadas. O tamanho da amostra não foi planejado para testar diferenças entre quilombolas e não quilombolas, logo, pode não ter havido suficiente poder amostral para algumas variáveis, entretanto, esse fato não compromete as diferenças observadas e descritas. Além disso, não foram coletadas informações das condições clínicas dos adolescentes, a técnica utilizada para a escovação e utilização do fio dental, assim como os horários das higienizações, impossibilitando a análise desses aspectos.

Considerações finais

As políticas de saúde bucal são ainda recentes no Brasil e têm como objetivo a promoção, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde bucal dos indivíduos. Entretanto, ainda são enfatizadas as práticas voltadas à recuperação, o que torna necessário um redirecionamento do processo de trabalho, a fim de criar suporte para a

atenção integral à saúde e para as necessidades dos diferentes grupos populacionais³⁹.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal prevêem a realização de atividades de higiene bucal supervisionadas para que a autonomia seja desenvolvida, com vistas ao autocuidado³⁴. Contudo, essas atividades são comumente direcionadas ao público infantil, não abrangendo os adolescentes, principalmente aqueles mais velhos. Medidas de caráter coletivo possibilitam a economia de recursos financeiros e humanos e são fundamentais dentro de um sistema único de saúde para a garantia da integralidade da atenção, principalmente em locais mais vulneráveis, como as áreas rurais e comunidades tradicionais.

O cuidado com a saúde bucal demanda ações intersetoriais que considerem aspectos inerentes ao adolescente, em seu contexto social/familiar, com a finalidade de promover uma atenção integral e resolutive a saúde bucal na adolescência. As ações de educação em saúde devem considerar os traços culturais e levar em consideração que a saúde bucal é um componente da saúde e transcende a Odontologia. A percepção da saúde bucal como um direito humano e não como um privilégio deve ser cada vez mais fortalecida, especialmente nas populações de vulnerabilidade reconhecida.

Colaboradores

As autoras DS Medeiros e KC Santana participaram da concepção do estudo. As autoras DS Medeiros e EKP Silva participaram da implementação do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação do artigo. As autoras PR Santos, TPR Chequer, CMA Melo e KC Santana participaram da interpretação dos resultados e redação do artigo. A autora MM Amorim participou da interpretação dos resultados e realizou análise crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores leram e aprovaram a versão final deste manuscrito.

Agradecimentos

Às famílias e adolescentes rurais, entrevistadores, Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, fundamentais na execução desse trabalho.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

Referências

1. Silva Junior IF, Aguiar NL, Barros RC, Arantes DC, Nascimento LS. Saúde Bucal do Adolescente: Revisão de Literatura. *Rev Adolesc. Saúde* [periódico na Internet] 2016 agosto [acessado em 2017 Abr 19]; 13(Supl. 1):95-103. Disponível em: <http://www.adolescenciae-saude.com>
2. World Health Organization (WHO). *Nutrition in adolescence – Issues and Challenges for the Health Sector* [Internet]. 2005. [acessado 2017 Mar 09]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf
3. Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araujo ME. Interferência da Saúde Bucal em funções Biológicas e Sociais Segundo a percepção de Adolescentes Brasileiros. *Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [periódico na Internet]. 2013 Abr-Jun [acessado 2017 Abr 02];13(2)171-176. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63730017006>
4. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Barros Lima Martins AME, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões físicas e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet].2014 Jun [acessado 2017 Mar 18];30(6):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1169.pdf
5. Peres KG, Peres MA, Araujo CLP, Menezes AMB, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:95.
6. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 Out 09]; 47(3):19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000900019&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Davoglio RS, Ganzo de Castro Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2009 Mar [acessado 2017 fev 12]; 25(3):665-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/20.pdf>.
8. Melo FGC, Cavalcanti AL. Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos em estudantes de escolas públicas do município de Campina Grande, Paraíba. *HU Revista* [periódico na Internet].2009 Jul-Set [acessado 2017 Abr 20]; 35(3):191-198. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/721>
9. Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Condições socioeconômicas, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PeNSE). *Cad Saude Publica* [periódico na Internet].2012 [acessado 2017 Mar 18]; 28(Supl.):S101-S113. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28s0/11.pdf>

10. Freire MCM, Jordão LMR, Malta DC, Andrade SSC, Peres MA. Desigualdades econômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescente brasileiros de 2009 a 2012. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2017 Abr 9]; 49:50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005562.pdf
11. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saude Pública* [periódico na Internet]. 2013 Jul [acessado 2017 Mar 18]; 31(2):145-152. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/comportamentos-saude-oral-em-adolescentes-portugueses/S0870902513000278>
12. Zhu L, Petersen PE. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *Rev. International Dental Journal* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2017 Abr 02]; 53(5):289-298. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_knowledge_china.pdf
13. Menezes VA, Lorena RPF, Rocha LCB, Leite AF, Ferreira JMS, Granville-Garcia AF. Práticas de higiene bucal, uso de serviço odontológico e autopercepção de saúde bucal de escolares da zona rural de Caruaru, PE, Brasil. *Rev. Odonto ciên* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 Mar 02]; 25(1):25-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n1/06.pdf>
14. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Abr 20]; 12(1):275-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/27.pdf>
15. Fundação Cultural Palmares. *Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) atualizada até a portaria nº 268/2017*. 2017. [acessado 2017 Out 22]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/>
16. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União* 2003; 21 nov.
17. Silva EKP, Medeiros DS, Martins PC, Sousa LA, Lima GP, Rêgo MAS, Silva TO, Freire AS, Silva FM. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2017 Jun [acessado 2017 Out 22]; 33(4):e00005716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405013&lng=en
18. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé- Rondônia- Brasil. *Rev Braz Dent Sci* [periódico na Internet]. 2011 Jul-Dez [acessado 2017 Mar 18]; 14(1-2):62-66. Disponível em: <http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/view/676>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Questionário PENSE 2012* [internet]. 2012 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>
20. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). *Questionário do Domicílio* [internet]. 2013 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Domiciliar/Modulo%20A-PNS.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. Brasília: MS; 2011. [acessado 2016 Out 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_
22. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):274-279.
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica Brasil*. [site da Internet] 2017. [acessado 2017 Abr 19]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional De Saúde Escolar (PeNSE, 2015)* [internet]. 2016 [acessado 2016 Set 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/pense/2015/default.shtm>
25. Pengpid S, Peltzer K. Hygiene Behaviour and Associated Factors among In-School Adolescents in Nine African Countries. *Int.J. Behav. Med.* 2011; 18(2):150-159.
26. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* [periódico na Internet]. 2013 [acessado em 2017 Mar 18]; 54(1):27-32. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289013000046
27. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Mendoza-Rodríguez M, Márquez-Rodríguez S, Maupomé G. Tooth brushing frequency in Mexican schoolchildren and associated socio-demographic, socioeconomic, and dental variables. *Med Sci Monit* 2014; 20:938-944.
28. Silva RMA, Bezerra V, Medeiros DS. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. [acessado 2017 Out 22] No prelo. Disponível em: <http://www.ciencia-saudecoletiva.com.br/artigos/experimentacao-de-tabaco-e-fatores-associados-entre-adolescentes-da-zona-rural-de-vitoria-da-conquista-ba-brasil/16171>
29. Santana KC, Teles N, Oliveira MHB, Medeiros DS. Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA). In: Oliveira MHB, Erthal RMC, Vianna MB, Matta JL, Vasconcellos LCF, Bonfatti R], organizadores. *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes; 2017. v. 1. p. 53-68.

30. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Código de Ética Odontológica*. 2012. [acessado 2017 Out 23]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf
31. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2013 Set [acessado 2017 Out 23]; 29(9):1829-1842. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900022&lng=en
32. Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Mar 04]; 12(5):1155-1166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500012
33. Freddo SL, Castro Aerts DRG, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2008 Set [acessado 2017 Fev 20]; 24(9):1992-2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. [Internet]. 2004 [acessado 2017 Maio 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
35. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SDC, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Rev Physis* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Fev 08]; 19(1):227-238. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
36. Avlund K, Pedersen PH, Morse DE, Viitanen M, Winbland B. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Rev Community Dentistry and Oral Epidemiology* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 Maio 10]; 32:454-462. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1600-0528.2003.00115.x/abstract>
37. Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Relationship between general hygiene behaviours and oral hygiene behaviours in Iranian adolescents. *Eur J Oral Sci* 2009; 117(4):407-412.
38. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2010 Abr [acessado 2017 Out 22]; 44(2): 360-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000200018&lng=en.
39. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: Muito Além do Céu da Boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Artigo apresentado em 31/10/2017

Aprovado em 26/02/2018

Versão final apresentada em 22/04/2018