



ARTIGO

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CPO-D EM ESCOLARES DE 12 ANOS DO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA, CEARÁ*EPIDEMIOLOGICAL SURVEY OF DMFT INDEX OF SCHOOLCHILDREN AGED 12 YEARS IN PEDRA BRANCA, CEARÁ*

COSMO HELDER FERREIRA DA SILVA¹, HERON TEIXEIRA LIMA², FRANCISCO CEZANILDO SILVA BENEDITO³, JULIANA COSTA RODRIGUES³, DAVIDE CARLOS JOAQUIM³, ANA CAROLINE ROCHA DE MELO LEITE⁴

1 - Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA), Quixadá, Ceará, Brasil

2 - Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, Pedra Branca, Ceará, Brasil

3 - Discente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB), Redenção, Ceará, Brasil

4 - Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção, Ceará, Brasil

RESUMO

Introdução: A prevalência de cárie dentária é observada nas populações por meio de levantamentos epidemiológicos que servem para descrever o estado de saúde da população e avaliar a efetividade dos serviços de saúde de um determinado local. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo realizar um levantamento epidemiológico utilizando o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) em escolares de 12 anos do município de Pedra Branca-CE. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de caráter quantitativo, realizado com 72 escolares. **Método:** Foram realizados exames bucais e aplicados dois questionários, um sobre higiene bucal, respondido pelos próprios escolares, e outro sobre aspectos socioeconômicos, respondido pelos pais. **Resultados:** A prevalência de dentes cariados encontrada foi de 76,4% e o índice CPO-D médio foi 2,6. As frequências de escovação duas e três vezes ao dia foram de 36,1% e 45,8%, respectivamente. O não uso diário do fio dental foi de 51,4%. **Conclusão:** A média do índice de CPO-D caracterizou a população como baixo risco a cárie. Porém, ainda são necessárias medidas para controle desta doença nos escolares.

Palavras-chave: Adolescente; Cárie dentária; Levantamentos sanitários.

ABSTRACT

Introduction: Prevalence of dental caries can be estimated using epidemiological surveys, which is used to describe the health status of population and to evaluate the effectiveness of the health services of a certain place. **Objective:** to perform an epidemiological survey using the index of decayed, missing and restored teeth (CPO-D) in 12-year-old schoolchildren from the city of Pedra Branca-CE. **Method:** It is a descriptive, cross-sectional, quantitative study with 72 students. Oral exams were performed and two questionnaires were applied: one about oral hygiene that was answered by students themselves, and another about socioeconomic aspects, answered by the parents. **Results:** The prevalence of decayed teeth was 76.4% and the mean CPO-D index was 2.6. The brushing frequency for two or three times a day was 36.1% and 45.8%, respectively. Non-use of daily flossing was 51.4%. **Conclusion:** The mean CPO-D index characterized the population as low risk of caries. However, measures for control of this disease are yet necessary.

Keywords: Adolescent; Dental Caries; Health Surveys.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é a patologia que mais acomete a cavidade oral, sendo o principal motivo da perda dentária. É considerada um dos maiores problemas de saúde pública e o

mais investigado em todo o mundo pelos pesquisadores^{1,2,3}. Antes dos anos 70, os estudos apontavam índices elevados de doença cárie na população brasileira e, a partir desta década, isso foi sendo alterado. A queda na prevalência da doença cárie⁴, foi confirmada através dos levantamentos



epidemiológicos nacionais⁵, fazendo com que os índices ficassem cada vez mais próximos das metas determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶.

A adolescência é uma fase de alterações complexas em que os comportamentos com a saúde se consolidam e apresentam risco para o progresso do agravo da cárie dentária², englobando os hábitos alimentares e de higiene oral⁷.

Uma dieta com uma elevada ingestão de alimentos ricos em sacarose faz com que cresça o predomínio de lesão de cárie nos adolescentes, já que a doença cárie se desenvolve dependendo do tempo em que o dente esteja exposto aos fatores etiológicos, e este consumo está diretamente ligado às características socioculturais e econômicas⁸.

Com um maior conhecimento em saúde pode-se promover educação, implementando práticas comportamentais saudáveis, visando mudanças de atitude na população. A educação em saúde bucal como uma importante ferramenta na promoção e manutenção da saúde, ao direcionar as atividades para público específico, pode contribuir para menor prevalência de cárie⁸.

Outros fatores têm auxiliado a queda e controle da prevalência da doença cárie no país, como: a incorporação de íons flúor⁹ nas águas de abastecimento - obrigatória no Brasil de acordo com a Lei Federal nº 6.050, de 27 de maio de 1974^{10,11}-, e nos cremes dentais; a melhoria das condições de vida da população; e acesso aos serviços de saúde pública^{2,6}.

Os inquéritos epidemiológicos têm avaliado as frequências de cárie dentária, mediante emprego do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), e permitem analisar a experiência de cárie da população, estimar as necessidades de tratamento, e avaliar a efetividade dos serviços e as políticas de saúde de um determinado local. Os dados levantados possibilitam mudanças nos planejamentos das atividades^{1,2}.

Nos levantamentos epidemiológicos, dentre as variáveis socioeconômicas, podem ser colhidas informações sobre a renda da família, a escolaridade do chefe da família, o número de pessoas no domicílio, a cor da pele, o sexo e a situação conjugal do responsável. Estes fatores são denominados indicadores da cárie dentária, uma vez que quanto pior a condição socioeconômica, maior é a prevalência da doença⁹.

Variáveis comportamentais, como o uso do fio dental e escovação diária, nível de percepção de saúde bucal da criança ou do adolescente pelo responsável, acesso, utilização e motivo de busca por serviços odontológicos, dentre outras condições, são fatores que podem influenciar a incidência da doença^{4,6}.

O Ministério da Saúde realizou quatro levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal, nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a cárie dentária atingia 69% da população, em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56%, em 2010. O número médio de dentes cariados também diminuiu nas crianças: de 2,8, em 2003, para 2,1, em 2010 – redução de 26%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções

indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos, em todo o País¹¹.

A idade de 12 anos é bastante importante para a realização de inquéritos epidemiológicos pelo fato dos adolescentes dessa faixa etária geralmente terem todos os dentes permanentes erupcionados, exceto os terceiros molares, sendo, assim, considerada como a idade de monitoramento global de cárie dentária por meio do índice de CPO-D^{1,3}.

Conforme o Projeto SB Brasil 2010¹², cerca de 56% dos adolescentes brasileiros de 12 anos de idade possuíam pelo menos um dente permanente cariado, enquanto no levantamento nacional de 2003, esse público apresentava 70% de prevalência de cárie. Essas informações mostram que houve uma melhora nessa condição dos adolescentes desta faixa etária, minimizando as dificuldades de acesso ao serviço de saúde bucal e a garantia de tratamento odontológico para a população acometida pela doença².

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever a condição bucal relacionada à cárie, o perfil socioeconômico e hábitos de saúde bucal de escolares com 12 anos de idade do município de Pedra Branca-CE.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal e de caráter quantitativo. A seleção da amostra foi de conveniência, na qual participaram 72 alunos, com 12 anos de idade, em cinco escolas de ensino fundamental da sede do município de Pedra Branca-Ceará. O município de Pedra Branca é localizado no interior do Estado do Ceará, distante 262,7 Km da capital cearense, com área territorial de 1.303.287 Km² e população estimada em 42.841 habitantes¹³.

Foram incluídos na pesquisa os adolescentes regularmente matriculados em escola de ensino fundamental. Aplicou-se um questionário estruturado contendo dez perguntas sobre a higiene bucal do adolescente e relacionadas às condições socioeconômicas da família, o qual foi levado para ser respondido em casa e entregue no dia do exame bucal, uma semana depois.

Na data agendada para entrega dos documentos e questionário pelo examinador, o exame bucal foi realizado, observando os dentes de cada aluno para a obtenção do índice CPO-D, com uso de espátula de madeira, à luz natural, no pátio das escolas. O examinador e anotador foram previamente calibrados em um período de seis horas, sendo duas teóricas e quatro práticas, utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). As informações obtidas no exame foram anotadas em uma ficha clínica de CPO-D individual, conforme preconizada pela OMS e utilizada no SB Brasil¹², para serem posteriormente analisadas. A média do índice de CPO-D foi calculada através da soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados dividido pelo número de escolares que participaram do estudo (n=72).

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva que envolveu distribuições absolutas e percentuais, e desvio padrão da média. Na análise bivariada, foram utilizados os testes Wilcoxon-Mann-Whitney, através do programa estatístico Epi Info™ 7. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Católica de Quixadá (CAAE nº 60764116.2.0000.5046).

RESULTADOS

A amostra dos escolares foi de 72 alunos, sendo 73,6% (n=53) do sexo feminino e 26,4% (n=19) do sexo masculino.

Foi calculada a soma de cada elemento do índice de CPO-D separadamente, sendo os componentes cariados n=146, perdidos n=15 e obturados (restaurados) n=30. O índice de CPO-D médio dos escolares de 12 anos do município de Pedra Branca foi de 2,6 (Tabela 1).

Tabela 2. Características socioeconômicos e demográficas dos familiares dos escolares de Pedra Branca, Ceará, 2017 (n=72)

Tipo de moradia	n	%
Própria	54	75
Alugada	13	18,1
Cedida	5	6,9
Total	72	100
Zona de moradia	n	%
Zona Urbana	63	87,5
Zona Rural	9	12,5
Total	72	100
Nível de escolaridade do pai	n	%
Não estudou	12	16,7
1ª a 5ª série	23	31,9
6ª a 8ª série	16	22,2
Ensino médio incompleto	3	4,2
Ensino médio completo	11	15,3
Ensino superior incompleto	1	1,4
Ensino superior completo	5	6,9
Pós-graduação	1	1,4
Total	72	100
Nível de escolaridade da mãe	n	%
Não estudou	7	9,7
1ª a 5ª série	21	29,2
6ª a 8ª série	15	20,8
Ensino médio incompleto	2	2,8
Ensino médio completo	11	15,3
Ensino superior incompleto	1	1,4
Ensino superior completo	7	9,7
Pós-graduação	8	11,1
Total	72	100
Renda mensal familiar	n	%
Nenhuma renda	28	38,9
Até 1 salário mínimo	29	40,3
1 a 3 salários mínimos	10	13,9
Mais de 3 salários mínimos	5	6,9
Total	72	100

Dos participantes, 22,2% (n=16) apresentaram-se livres de cárie dentária. Dentre esses, 68,75% (n=11) eram do sexo feminino e 31,25% (n=5) do sexo masculino. Entre os livres de cárie, 75% (n=12) tiveram CPO-D igual a zero, o que representa 16,6% da amostra total do estudo.

Tabela 1. Componentes do índice de CPO-D dos escolares de Pedra Branca, Ceará, 2017 (n=72)

Componentes	n	%
Cariados	146*	76,4
Perdidos	15*	7,9
Obturados (restaurados)	30*	15,7
Total	191	100
CPO-D médio**	2,6	

A avaliação dos aspectos socioeconômicos (Tabela 2) mostrou que a maioria tinha moradia própria (75%), e era da zona urbana (87,5%). Sobre os níveis de escolaridade do pai e da mãe, a maioria estudou da 1ª a 5ª série (31,9%; 29,2%, respectivamente). Quanto a renda mensal familiar, obteve-se 40,3% dos participantes recebendo até um salário mínimo.

Quando analisados os hábitos de higiene bucal, a maioria relatou frequência de escovação diária de três vezes ao dia (45,8%). Quanto ao uso do fio dental, 51,4% reportaram nenhuma vez. A percepção de higiene bucal para maioria foi regular (44,4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Hábitos de higiene bucal dos escolares dos escolares de Pedra Branca, Ceará, 2017 (n=72)

Frequência diária de escovação dental	n	%
Nenhuma	1	1,4
Uma	6	8,3
Duas	26	36,1
Três	33	45,8
Quatro	6	8,3
Total	72	100
Frequência de fio dental	n	%
Nenhuma	37	51,4
Uma	23	31,9
Duas	6	8,3
Três	6	8,3
Total	72	100
Classificação da higiene bucal	n	%
Péssima	3	4,2
Ruim	4	5,6
Regular	32	44,4
Boa	30	41,7
Ótima	3	4,2
Total	72	100

Ainda no que concerne às práticas de escovação dos adolescentes, a pesquisa buscou apresentar a associação entre a quantidade de escovação diária e as variáveis independentes: sexo, local de moradia, uso de fio dental, classificação CPO-D e autoavaliação da higiene oral. Não foi possível identificar associação estatisticamente significativa entre a relação da média de escovação diária e as variáveis gênero e zona de moradia (Tabela 4).

Tabela 4. Associação da frequência da escovação dental com as variáveis: sexo, local de moradia, uso do fio dental, classificação de CPO-D e autoavaliação da higiene oral dos escolares de Pedra Branca, Ceará, 2017 (n=72)

Variáveis	n (%)	Média (±DPM*)	Valor de p**
Sexo			
Feminino	53 (73,6)	2,5 (±0,7)	
Masculino	19 (26,4)	2,5 (±0,9)	0,74
Zona de moradia			
Urbana	63 (87,5)	2,5 (±0,7)	
Rural	09 (12,5)	2,3 (±1,1)	0,63
Usa de fio dental			
Sim	35 (48,6)	2,9 (±0,6)	
Não	37 (51,4)	2,1 (±0,7)	0,001
Classificação CPOD			
Muito baixo	24 (33,3)	2,5 (±0,7)	
Baixo	15 (20,8)	2,6 (±0,6)	
Moderado	18 (25,0)	2,6 (±0,6)	0,97
Alto	12 (16,7)	2,4 (±1,1)	
Muito alto	03 (4,2)	2,0 (±1,7)	
Autoavaliação da higiene oral			
Péssima	03 (4,2)	1,3 (±0,5)	
Ruim	04 (5,6)	1,2 (±0,9)	0,006
Regular	32 (44,4)	2,6 (±0,7)	
Boa	30 (41,6)	2,6 (±0,6)	
Ótima	03 (4,2)	2,6 (±0,5)	

*Desvio padrão da média; **Wilcoxon-Mann-Whitney

Quanto à relação entre a frequência de escovação diária e o uso de fio dental apontou que os adolescentes que afirmaram fazer uso do fio dental (48,6%) como instrumento de higiene bucal possuem uma média de escovação diária maior em comparação àqueles que não fazem uso do item (p=0,001). A relação entre a classificação de CPO-D e a frequência de escovação diária não apresentou associação estatisticamente significativa.

A associação entre a frequência do uso do fio dental e as variáveis independentes: sexo, zona de moradia e índice CPO-D apresentaram resultados não estatisticamente significantes. Quando associadas, a frequência do uso do fio dental e a autoavaliação da higiene oral foi estatisticamente significativa (p=0,05) (Tabela 5).

Tabela 5. Associação da frequência do uso de fio dental diário com variáveis: sexo, local de moradia, classificação de CPOD e autoavaliação da higiene oral dos escolares de Pedra Branca, Ceará, 2017 (n=72)

Variáveis	n (%)	Média (±DPM*)	Valor de p**
Sexo			
Feminino	53 (73,6)	0,7 (±0,9)	0,51
Masculino	19 (26,4)	0,7 (±0,8)	
Zona de moradia			
Urbana	63 (87,5)	0,7 (±0,8)	0,62
Rural	09 (12,5)	0,7 (±1,3)	
Classificação CPOD			
Muito baixo	24 (33,3)	0,7 (±0,8)	0,77
Baixo	15 (20,8)	0,5 (±0,8)	
Moderado	18 (25,0)	0,7 (±1,0)	
Alto	12 (16,7)	0,8 (±1,0)	
Muito alto	03 (4,2)	1,0 (±1,0)	
Autoavaliação da higiene oral			
Péssima	03 (4,2)	0,0 (±0,0)	0,05
Ruim	04 (5,6)	0,0 (±0,0)	
Regular	32 (44,4)	0,5 (±0,6)	
Boa	30 (41,6)	1,0 (±1,1)	
Ótima	03 (4,2)	1,3 (±1,1)	

*Desvio padrão da média; **Wilcoxon-Mann-Whitney

DISCUSSÃO

O índice de CPO-D médio (2,6) dos escolares do município de Pedra Branca, quando comparando com o CPO-D registrado no SB Brasil 2010¹², correspondeu ao mesmo valor encontrado para a região Nordeste e inferior ao CPO-D médio dos interiores desta mesma região (3,84). Entretanto, quando analisada a média de CPO-D nacional (2,07), observou-se que, no presente estudo, esta medida ainda está acima.

O CPO-D médio encontrado neste estudo foi bastante inferior aos apresentados em Paraíba³, Belém do Pará⁴ e João Pessoa¹⁴ (CPO-D médio: 4,19; 3,76 e 3,38, respectivamente).

Esse mesmo percentual foi próximo ao encontrado nos interiores da região Nordeste, no SB Brasil 2010¹², onde esse componente correspondeu a 75% do CPO-D, assemelhando-se também com o estudo de Moura, Cavalcanti e Bezerra¹, no estado da Paraíba, que encontrou 70,5%. Em contrapartida, Freire *et al.*⁵ em Goiânia e Almeida *et al.*² na Bahia, identificaram percentuais mais inferiores ao encontrado neste estudo, sendo 49,6% e 60,7% respectivamente.

Como mostra a maior parte dos estudos acima citados, a doença cárie ainda é um grande problema de saúde e que necessita não só de cuidados preventivos, mas também curativos. As políticas de saúde precisam ser revisadas e novas

metodologias devem ser implementadas para que se atraia mais a população para os cuidados com a saúde bucal, para que se possa ter uma redução da prevalência de cárie dentária.

Essa meta de diminuição do percentual do componente cariado é possível de ser atingida, como mostra no estudo de Müller *et al.*⁶, o qual encontrou somente 35% de prevalência do componente cariado em escolares de 12 anos, valor bem inferior ao encontrado neste estudo, prevalecendo o componente obturado, com 65% do CPO-D. Isso mostra a efetividade do serviço odontológico prestado na região e a preocupação da população com os cuidados de saúde bucal.

Por outro lado, este índice encontrou-se superior aos trabalhos de Meneghim *et al.*⁹ (1,7) em Piracicaba-São Paulo. Da mesma forma, Alves *et al.*¹⁵, avaliaram duas comunidades, Lumiar e Olaria, e também constataram índices de CPO-D inferiores ao do presente trabalho, (1,13) e (1,84) respectivamente.

De acordo com os critérios da OMS para o índice de CPO-D, a população estudada é considerada de baixo risco a cárie¹⁶. Porém, ainda são necessárias medidas preventivas para que esse número diminua cada vez mais, podendo chegar até mesmo abaixo da média nacional, como mostram vários estudos citados anteriormente.

Com a elevada prevalência de participantes residindo em moradia própria e localizada em zona urbana, é bastante oportuno que a maioria da população estudada tenha uma maior facilidade de acesso à informação, assim como usufruir dos serviços de saúde prestados pelo município. Esta mesma característica foi observada por Silva, Machado e Ferreira¹⁷, encontrando 98% das residências em zona urbana, e por Meneghim *et al.*⁹, que constataram 69% das moradias sendo próprias.

Os níveis de escolaridade do pai e da mãe ficaram restritos ao ensino fundamental, sendo completo ou não, característica esta que também foi observada por Rigo, Caldas Júnior e Souza¹⁴, que associaram esta variável com a prevalência de cárie dos adolescentes e viram que um nível de escolaridade maior era um fator que contribuía para uma menor prevalência da doença, fato que pode ser observado neste estudo.

Esta relação entre escolaridade e cárie dentária pode ser explicada pela razão do baixo nível de escolaridade limitar o acesso a informações sobre determinados assuntos, como os cuidados com a saúde bucal. O estudo de Meneghim *et al.*⁹, confirmou que, quanto menor o nível de escolaridade dos pais, maior a chance do adolescente apresentar um CPO-D mais alto. Em conformidade, Alves *et al.*¹⁵, concluíram que o nível de escolaridade do responsável pelo adolescente é um possível fator relacionado a experiência de cárie.

No presente estudo, predominantemente, a renda mensal familiar ficou entre nenhum e um salário mínimo, permitindo inferir piores condições de qualidade de vida e pouco acesso à educação. Ressalta-se que, mesmo tendo acesso às informações, estas acabam sendo de pouco impacto, visto que, sem condições financeiras para adquirir até mesmo uma escova de dente, a saúde bucal fica comprometida, influenciando

diretamente no índice de CPO-D. Outros estudos^{6,9,12,17} também encontraram uma relação da renda familiar com os níveis de saúde bucal de adolescentes de 12 anos de idade.

Os achados sobre higiene bucal encontrados são compatíveis com os estudos de Moura, Cavalcanti e Bezerra¹ e de Alves *et al.*¹⁵, os quais encontraram uma frequência da escovação igual ou acima de duas vezes por dia. Barros *et al.*⁴ (2015) observaram um maior percentual de adolescentes que escovavam os dentes três ou mais vezes por dia. Müller *et al.*⁶, encontraram uma maior prevalência dos adolescentes que escovavam os dentes diariamente, não analisando a quantidade de vezes. Bonotto *et al.*⁸ viram o maior índice de escovação inferior a duas vezes por dia.

Estes dados demonstram que os jovens se preocupam com a saúde bucal, porém, de acordo com os dados de CPO-D deste e de outros trabalhos, é preciso que esse grupo populacional execute a escovação de forma correta, pois a eficiência não está somente relacionada à frequência diária, mas também à qualidade da técnica de escovação. Quando se relaciona o hábito de higienização bucal com a prevalência de cárie e o índice de CPO-D médio, pode se observar que há uma falha no que diz respeito à escovação.

Contudo, em relação ao sexo, diversos são os estudos que apontam a relação existente entre uma maior busca do sexo feminino pelos serviços de saúde em detrimento ao sexo masculino. Essa máxima esta envolta por diversas construções sociais que apontam o gênero feminino como detentor de um comportamento mais saudável quando comparado com os homens que tendem a buscar o serviço de saúde em situações emergenciais. Esse comportamento reflete-se também nos hábitos de higiene bucal. A literatura demonstra que, entre os adolescentes do sexo feminino, a periodicidade da escovação bucal é maior quando comparado aos do sexo masculino¹⁸. Entretanto, no presente estudo a média de escovação diária foi a mesma.

Resultado semelhante também foi verificado no estudo de Barros *et al.*⁴, onde estes relacionaram este achado ao fato de não observarem a ausência de escovação na rotina dos adolescentes, situação análoga constatada neste estudo, onde somente um adolescente (1,4%) afirmou não executar a escovação bucal diariamente.

No presente estudo, houve associação estatisticamente significativa ($p=0,01$) entre a variável autoavaliação da higiene oral e frequência de escovação. Quanto melhor a autoavaliação, maior é o número médio de escovação diária do adolescente.

Em relação à utilização do fio dental na higiene da cavidade oral, mais da metade dos estudantes envolvidos nesta pesquisa (51,4%) não fazem o uso desse método de higienização bucal, componente extremamente importante para a prevenção de lesões de cárie nas regiões interproximais dos dentes, um dos fatores que explica os elevados índices desta doença. Esse achado corrobora os de Barros *et al.*⁴, (58,4%). Müller *et al.*⁶ observaram que 78,5% dos adolescentes de 12 anos usam “às vezes” o fio dental.

O não uso do fio dental citado pela população estudada pode ser explicado tanto pela falta de condições econômicas das famílias, impossibilitando a compra desse material, como pelo nível de escolaridade dos pais, que tendo um menor nível de conhecimento, dificulta o acesso às informações sobre a importância do mesmo na saúde oral.

Vale salientar que, em relação ao sexo, estudos realizados no Brasil e no Continente Europeu¹⁸ mostraram que o uso do fio dental entre as meninas é mais recorrente do que entre os meninos, evento semelhante ao o analisado em relação à escovação diária apresentado neste estudo.

Nota-se que adolescentes que auto classificaram sua condição de saúde bucal entre regular à ótima apresentaram uma média de uso de fio dental de 1 vez ao dia. Os adolescentes que classificaram sua saúde bucal como péssima ou ruim relataram não fazer uso do fio dental. Esse achado reflete a baixa utilização do fio dental na higiene bucal dos adolescentes corroborando com estudo de Matos *et al.*¹⁹.

As maiores frequências de estudantes relatando uma higiene bucal regular ou boa deixa claro que os escolares reconhecem que suas condições de saúde oral não são dos melhores níveis e que algo pode ser feito para que elas possam ser melhoradas.

Santos *et al.*²⁰ elucidam que, devido a impossibilidade de realizar um exame clínico, os dados subjetivos de percepção de saúde bucal fornecidos pelos participantes da pesquisa não podem ser comparados com as condições reais existentes. Porém, eles afirmam que a população não consegue perceber determinadas doenças por serem assintomáticas e não estarem no campo de visão do indivíduo, não discriminando corretamente as suas condições de saúde bucal. Com isso, deve-se reforçar a importância de visitas periódicas ao cirurgião-dentista para tratar e prevenir doenças como a cárie.

Conforme a literatura^{17,12}, a saúde bucal está diretamente associada à saúde geral, dependendo das condições de moradia, alimentação, escolaridade, emprego, renda familiar, prestação dos serviços de saúde e informação. Esta relação também pode ser observada ao se descrever os fatores avaliados neste levantamento epidemiológico com entre escolares, detectando a baixa condição socioeconômica dos pais.

CONCLUSÕES

Apesar de o índice de CPO-D médio encontrado no presente estudo caracterizar a população como de baixa prevalência a cárie, medidas de intervenção são necessárias para que este quadro não piore e possa ter um menor índice em estudos futuros. O componente cariado foi o responsável pela maior parte do CPO-D, deixando clara a carência nos cuidados de prevenção e no acesso aos serviços odontológicos pela população estudada.

Os fatores socioeconômicos, como escolaridade do responsável e a renda, mostraram predominância no perfil de saúde bucal dos escolares.

As frequências de cárie dentária no município de Pedra Branca podem ser reduzidas com a formulação de novas ações de promoção e prevenção da doença, devendo também trabalhar com foco na ampliação das informações sobre os serviços de saúde bucal prestados na atenção básica do município. Novos levantamentos epidemiológicos devem ser realizados na região, a fim de avaliar longitudinalmente as condições de saúde bucal da população, procurando investigar fatores associados a prevalência de cárie dentária e, consequentemente, ao índice de CPO-D.

REFERÊNCIAS

1. Moura C, Cavalcanti AL, Bezerra PKM. Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade, Campina Grande, Paraíba, Brasil: enfoque socioeconômico. **Rev. odontol. ciênc.** 2008; 23(3): 256-262.
2. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Amorim TM. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de Saúde da Família do município de Salvador, estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2012; 21(1): 109-118.
3. Azevedo AC, Valença AMG, Lima Neto EA. Perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux, Paraíba. **Arq Odontol.** 2012; 48(2): 68-75.
4. Barros WRC, Nascimento LS, Fontes RBC, Aguiar NL, Silva Júnior IF, Souza CNP. Prevalência de cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica. **Adolesc. Saúde** 2015; 12(2): 59-68.
5. Freire MCM, Reis SCGB, Gonçalves MM, Baldo PL, Leles CR. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.** 2010; 28(2): 86-91.
6. Müller IB, Castilhos ED, Camargo MJB, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015; 24(3): 759-770.
7. Afonso AC, Silva I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. **Psicol. Saúde Doenças** 2015; 16(3): 311-330.
8. Bonotto DMV, Pintarelli TP, Santin G, Monte GR, Ferreira FM, Fraiz FC. Cárie dentária e gênero em adolescentes. **RFO UPF** 2015; 20(2): 202-207.
9. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciênc. saúde coletiva** 2007; 12(20): 523-529.

10. Ferreira RGLA, Narvai PC. Fluoretação da água: significados e lei da obrigatoriedade na visão de lideranças em saúde. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 2015; 63(3): 266-271.
 11. Ministério da Saúde. **Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir.** Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/> [2017 jun 6].
 12. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal** – Resultados Principais. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf [2017 jun 4].
 13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Municípios.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=231050> [2017 ago 22].
 14. Rigo L, Caldas Júnior AF, Souza EHA. Experiência de cárie dentária e fatores associados em escolares. **Pesqui bras odontopediatria clín integr** 2011; 11(3): 407-415.
 15. Alves NS, Gavina VP, Robles FRP, Silveira FM, Assaf AV. Determinantes Sociais e sua Relação com a Experiência de Cárie em Adolescentes: um Estudo Transversal. **UNOPAR Cient., Ciênc. biol. saude** 2015; 17(2): 93-99.
 16. Arantes R. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. **Cad. saúde pública** 2003; 19(4): 1214-1217.
 17. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva** 2015; 20(8): 2539-2548.
 18. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.** 2007; 10(4): 606-14.
 19. Matos MS, Monteiro LS, Bonfim RT, Matos RS. Hábitos de Higiene Bucal e Dieta de Adolescentes de Escolas Públicas e Privadas em Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde** 2009; 13(2): 7-14.
 20. Santos KSA, Gomes RCB, Ribeiro AIAM, Dantas DCRE, Sampaio CS, Augusto SM. Conhecimento e percepção dos pacientes sobre saúde bucal. **RFO UPF** 2015; 20(3): 287-294.
-
- Endereço para correspondência:*
- Cosmo Helder Ferreira da Silva
Rua Cosmo Santos, 01, CEP 627000-000
Itapiúna, Ceará, Brasil.
E-mail: helderferreira_1@yahoo.com.br