

PERCEÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E ANÁLISE DAS CAUSAS DE EVASÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES DO ENSINO PÚBLICO MUNICIPAL E ESTADUAL DE ARAUCÁRIA, PR

Perception of oral health and analysis of causes of circumvention of dental treatment of adolescents from state and municipal public education from Araucária, PR

Rita de Cassia Alves Lima¹, Luciana Schneider²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção sobre saúde bucal e as causas da evasão do tratamento odontológico dos adolescentes do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR. A amostra constou de 624 alunos de 10 a 18 anos, adolescentes do Ensino Fundamental de 5ª a 8ª séries. Foram aplicados questionários contendo questões acerca da percepção sobre a saúde bucal dos alunos e os motivos que os levaram a abandonar o tratamento odontológico oferecido pelas Unidades de Saúde do município. Os resultados deste estudo mostraram que os adolescentes desconhecem alguns assuntos importantes, tais como: a transmissibilidade da cárie (49,8%), o que é a placa bacteriana (54,8%) e onde se pode encontrar o flúor (32,2%). Após a análise dos dados, concluiu-se que os adolescentes possuem uma boa percepção sobre saúde bucal e que se destacam, como causas da evasão do tratamento odontológico, entre outras: a baixa escolaridade dos pais e a resistência das escolas em receber as equipes de saúde bucal para a realização das ações de educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Saúde do Adolescente; Odontologia.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência corresponde à fase de vida de um indivíduo compreendida entre as idades de 10 e 19 anos. Nessa fase, ocorrem transformações importantes em seu corpo, nas suas maneiras de pensar e de agir e no

ABSTRACT

The objective of the present research was to analyze the perception of oral health and the causes of oral treatment circumvention in public municipal and state institutions in the city of Araucária, PR. The sample consisted of 624 middle-school adolescents, with ages ranging from 10 to 18 years, regularly enrolled in grades 5-8. The subjects answered questionnaires containing questions about their perception of oral health the reasons for circumventing the treatment offered by the municipal Health Centers. The results of this study show that adolescents are unaware of some important issues, for instance the transmissibility of tooth caries (49.8%), the meaning of bacterial plaque (54.8%) and the sources of fluorine (32.2%). After data analysis, the conclusion was that adolescents have a good perception of oral health, with low level of parental schooling and resistance of schools to allow oral health teams to perform local actions of health education as the main reasons for circumventing oral treatment.

KEY WORDS: Oral Health; Adolescent Health; Dentistry.

seu desempenho social. Acontecem, também, mudanças nas relações com os familiares, com os amigos e companheiros, assim como no modo como eles se percebem como seres humanos.¹

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², conforme o censo demográfico de 2000, são cerca de 34 milhões de adolescentes.

¹ Rita de Cassia Alves Lima, especialista em Saúde Coletiva Área de Concentração em Saúde da Família, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Paraná . E-mail: rcal@cscnet.com.br

² Luciana Schneider, docente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração em Saúde da Família da UFPR, professora assistente do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná

No que diz respeito à saúde bucal, a OMS preconiza que, aos doze anos de idade, o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) seja igual ou inferior a 3,0. No caso brasileiro, esse índice atinge 2,78, segundo os dados levantados pelo SB BRASIL³. No entanto, embora seja essa a única meta de saúde bucal alcançada até o momento no país, por se tratar de um valor per capita, não reflete a realidade de todas as regiões e, em especial, de Araucária, PR. Nesse município, o CPO-D aos 12 anos é de 1,53, segundo levantamento epidemiológico realizado nos anos de 2003 e 2004, utilizando a metodologia do SB BRASIL⁴.

Outro parâmetro da OMS corresponde à meta de 85% dos adolescentes, aos dezoito anos, com todos os dentes presentes na cavidade bucal. No Brasil, essa porcentagem é de apenas 55,1%, segundo o SB BRASIL³. Em Araucária, esse índice atinge 63,1%, acima, portanto, do índice nacional e, igualmente, abaixo do preconizado pela OMS⁴.

O atendimento odontológico programado de crianças, desde a idade pré-escolar até a 4ª série do Ensino Fundamental do município de Araucária, PR, é realizado na clínica odontológica das Unidades de Saúde (US). As crianças recebem atenção em saúde bucal direcionada, com orientações tais como: escovação supervisionada nas creches, bochechos semanais com flúor nas escolas e atendimento programado na clínica odontológica. No entanto, esses serviços não são estendidos aos adolescentes, e observa-se que a única forma de abordagem existente para essa faixa etária não é suficiente para evitar a sua evasão do tratamento odontológico.

O atendimento ao adolescente acontece, porém, sem um programa de atendimento específico, ou seja, oficinas de prevenção direcionadas, ações de educação em saúde nas escolas de 5ª a 8ª séries e atendimento programado na clínica odontológica. É relevante destacar também que os adolescentes, por apresentarem características físicas, intelectuais, emocionais e comportamentais distintas das crianças, requerem uma atenção diferenciada.⁵ Observa-se, ainda, a falta de disponibilidade e colaboração de algumas escolas para as ações de educação em saúde com crianças e adolescentes, justificada pela direção devido à interferência da equipe odontológica nas atividades escolares, mesmo sendo as visitas às escolas agendadas previamente.

Pode-se, também, paradoxalmente, observar que os pacientes de médio e alto risco à doença cárie são aqueles que vão abandonando gradativamente o tratamento odontológico. Essa situação constitui a realidade das US do município.

Observa-se que comunidades desfavorecidas tendem a sofrer um processo de marginalização⁶, aliando-se, nesses

indivíduos, a crença de que os serviços existentes não são para eles.⁷⁻⁹ As populações em piores condições sociais apresentam maiores dificuldades de vencer os desafios das doenças, por não conseguirem romper as condições sociais que a geraram ou porque sua situação de classe não permite o acesso a práticas capazes de eliminá-los.¹⁰

O município não possui um protocolo de atenção à saúde bucal específico para o adolescente, tampouco um programa de atenção escolar voltado para essa faixa etária. Assim, a falta de um trabalho de prevenção e orientação nas escolas, bem como de um programa voltado aos adolescentes, aliada à vulnerabilidade inerente a essa fase de vida, acaba promovendo a evasão desses do tratamento odontológico, salvo aqueles que possuem pais interessados. Esse fato gera uma questão a ser estudada: Qual a real causa da evasão dos adolescentes do tratamento odontológico?

Segundo Elias *et al.*¹¹, os principais fatores de motivação dos adolescentes para cuidar da sua saúde bucal são, em ordem de importância: a aparência pessoal, a sexualidade, o emprego e a saúde de um modo geral.

No contexto de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e para a adolescência, ressalta-se a importância do papel dos adultos. A promoção de saúde e bem-estar na infância e na adolescência envolve aspectos do microambiente (pais, professores, outros) e do macroambiente (em que se destacam aqueles que atuam na atenção e que acompanham todas as famílias, como os profissionais da saúde pública).¹¹ Esse processo permite que as crianças e os adolescentes reconheçam “adultos referenciais” e desenvolvam-se, tornando-se adultos saudáveis.

Neste sentido - na promoção de saúde bucal em escolares -, a família exerce papel fundamental, pois se sabe que a criança adotará costumes semelhantes aos das pessoas com quem convive; por isso, é importante que o adulto seja exemplo, cuidando também de sua saúde bucal. Além disso, sendo a cárie uma doença infecto-contagiosa, para reduzir o risco de transmissibilidade dessa enfermidade no núcleo familiar, é necessário que a família esteja em boas condições de saúde bucal.¹²

Em resumo, sabe-se que é necessário incluir os adultos junto às crianças e aos adolescentes nas estratégias de proteção e de promoção da qualidade de vida. Essas estratégias devem ser aplicadas no estabelecimento de um vínculo de confiança mútua, na supervisão e nos modelos dos adultos, para que a criança adote comportamentos de vida saudáveis.¹³ Para tal, a família precisa ser esclarecida e orientada quanto à necessidade do autocuidado com a saúde bucal e dos riscos de transmissibilidade da cárie dentária, assim como da procura por um profissional para cuidar de

sua saúde bucal, pois, segundo a literatura, os benefícios estendem-se além da criança.¹⁴

A família é o principal agente de saúde da criança, sendo ela quem decide procurar o atendimento odontológico e quem executa e supervisiona as orientações dadas pelo profissional. Então, o esclarecimento sobre a realização do tratamento e a motivação a participar do mesmo é fundamental. A motivação familiar para o tratamento e, especialmente, para a manutenção da saúde é, certamente, um fator não-biológico que influencia a capacidade do paciente de manter-se livre das doenças cárie e periodontal.¹⁵

Nesse contexto, o cirurgião-dentista, como profissional de saúde, é co-responsável pela manutenção da higidez dos tecidos bucais dos indivíduos de sua comunidade, devendo transmitir conhecimentos sobre prevenção, com a finalidade de educar para a preservação da saúde bucal.¹⁶

De acordo com Tamietti *et al.*¹⁷, a transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal para os adolescentes torna-se repetitiva, desinteressante e deixa de abordar temas de extrema importância, não satisfazendo às expectativas desse grupo. Segundo os autores, os métodos de educação em saúde devem desenvolver a capacidade, a competência, a criatividade, a solidariedade e a habilidade para analisar e resolver problemas nos educandos.

O espaço social para promoção de saúde é qualquer local onde exista potencial para melhorar as condições nessa área; portanto, conclui-se que a escola é um espaço social de finalidades educativas, que pertence à área de abrangência da US, devendo ser aproveitada para o desenvolvimento de ações de educação para os alunos, sua família e a comunidade, sem esquecer-se dos professores e funcionários.¹⁸ Essa união entre comunidade e escola leva ao retorno do conceito de Educação Permanente que, segundo Mendes¹⁹, consiste em: “[...] sistema aberto, que utiliza toda a potencialidade da escola e da sociedade para produzir os valores, conhecimentos e técnicas que servem de base à práxis humana em toda a sua extensão.”

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal. Os sujeitos da pesquisa são os adolescentes de 10 a 18 anos do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR. A amostra é estratificada (probabilística) e consta de 624 participantes voluntários (p=50%; d=15%). Justificase p=50%, pois não há, na literatura atual acerca do tema, estudos probabilísticos que sirvam de base metodológica. O tamanho total da população de adolescentes é de 9.198 alunos, sendo 2.852 de escolas estaduais e 6.346 de municipais.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. A tabulação dos dados foi realizada pelo Programa EPI-INFO 2000, versão 3.4²⁰.

Primeiramente, foram entregues ofícios contendo esclarecimentos sobre a pesquisa e solicitando a permissão para a realização do estudo com os alunos de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Após o fornecimento das listagens dos alunos matriculados no ano letivo de 2008 pelas Secretarias, realizou-se o sorteio dos alunos para participar da pesquisa por meio do programa Excel 2007²¹.

Na amostra, foram incluídas todas as escolas do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR, sendo 09 escolas estaduais e 17 municipais, compreendendo dois alunos por turma.

O pré-projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná e aprovado por ele, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entregues aos escolares sorteados para que fossem repassados aos pais e/ou responsáveis, a fim de que fosse concedida a autorização da realização da pesquisa. Após o recolhimento dos TCLE devidamente assinados, foram aplicados os questionários aos alunos.

Anteriormente, foi realizado estudo-piloto, para verificar a aplicabilidade do questionário.

As informações coletadas foram lançadas no Programa EPI-INFO 2000 (versão 3.4)²⁰, onde foi realizada a análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 624 alunos do ensino público de Araucária, PR, de 17 escolas municipais e 09 estaduais.

Neste estudo, do tipo observacional, pôde-se perceber, por meio dos contatos entre a pesquisadora e os diretores, uma grande resistência de alguns pedagogos e professores em relação à equipe odontológica e ao seu papel nas ações de educação em saúde na escola.

Embora, em geral, as instituições tenham recebido muito bem a pesquisa proposta, algumas, até mesmo com adolescentes muito carentes, resistiram à pesquisa, o que pode ser confirmado pelo índice menor de autorização dos pais e de adesão dos filhos ao estudo. Nessas escolas, os pedagogos inviabilizaram a entrada da equipe odontológica, solicitando, inclusive, que as mesmas não executassem suas atividades de promoção e prevenção de saúde de 1ª

a 4ª séries, deixando os alunos, portanto, sem o bochecho semanal com flúor. Alegaram, nessa ocasião, que a presença da equipe odontológica na escola interfere no aprendizado dos alunos, mesmo sendo as visitas da equipe odontológica previamente agendadas, e que desconhecem ou mesmo não acreditam na ação efetiva do flúor. Dessa forma, pôde-se observar que, nessas instituições, os profissionais não valorizam ou valorizam pouco as ações de educação em saúde e que os diretores atribuem pouca importância ao trabalho da equipe odontológica.

Acredita-se que esse comportamento retarda o início de uma atenção odontológica voltada para os alunos de 5ª à 8ª séries, colaborando, ainda, para o abandono do tratamento odontológico pelos adolescentes por falta de estímulo e de contato com as informações.

A escola é um espaço onde o estudante, seus professores e outros funcionários passam a maior parte do tempo. Como muito do que o aluno vivencia nesse local é incorporado por ele, socializado com sua família e estendido à comunidade²², é fundamental o papel exercido pela escola na educação em saúde de seus alunos.

A partir do exposto, cabe à equipe odontológica, primeiramente, fazer um trabalho de esclarecimento e de conscientização dos diretores, pedagogos e professores, salientando a importância das ações de educação e de promoção em saúde para a formação de cidadãos cuidadores e responsáveis pela sua própria saúde bucal e geral.

Para isso, é importante que os cirurgiões-dentistas atuem de forma multidisciplinar, junto aos professores, com o objetivo de “educar em saúde”.

A análise dos dados coletados durante a pesquisa revelou que, da totalidade de alunos que responderam ao questionário, 57,6% são do gênero feminino e 42,3% do masculino, com idades entre 10 e 18 anos.

Diversos estudos sobre os hábitos de higiene bucal de adolescentes demonstram que estão associados a fatores demográficos, sociais, comportamentais e psicológicos, tais como: gênero, idade, nível socioeconômico, autopercepção da saúde, estilo de vida e condições psicológicas.^{23,24} Um estudo relata que mulheres e pessoas com estilos de vida mais saudáveis escovam seus dentes mais frequentemente.²⁵

Segundo o estudo de Honkala e Freeman²⁶, com relação aos hábitos de higiene bucal, a frequência de escovação foi menor entre os meninos.

Um estudo de Freire *et al.*²⁷ confirmou que a prática da higiene bucal na adolescência é influenciada pelo sexo, pelo nível socioeconômico e pela família; em especial, a mãe.

Honkala e Freeman²⁶ examinaram os hábitos de escovação em adolescentes europeus. Os resultados demonstra-

ram que o hábito da escovação é influenciado por fatores ambientais e sociais, e ambos os fatores afetam a incidência de gengivite e doença periodontal. Nesse estudo, não houve influência significativa da renda familiar em relação às respostas dos pesquisados; porém, a falta de informação e de interesse dos pais e/ou responsáveis ficou evidente. Observou-se que o fator de interferência nas respostas foi a inserção social dos pais ou responsáveis, pois pais desinformados e desmotivados gerariam filhos também com pouca informação e motivação.²⁸

Estimular a aquisição e a transmissão de hábitos saudáveis de higiene dos pais para seus filhos é uma das medidas de promoção de saúde, e o importante é tornar o indivíduo um participante motivado e ativo na tomada de decisão em direção à saúde.²⁹⁻³¹

Alguns estudos demonstraram que hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os costumes da família e, principalmente, da mãe; ademais, o conhecimento e a experiência de saúde da mãe podem influenciar no comportamento da sua saúde e da saúde do seu filho.³²

De acordo com Fraiz e Walter²⁸, em suas pesquisas sobre a influência de aspectos socioeconômicos e culturais na determinação de experiência de cárie dentária e na adoção de padrões de comportamento favoráveis à saúde bucal, quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior sua severidade. Esse aspecto também se reflete na falta de informações sobre os autocuidados necessários à promoção e à manutenção de saúde bucal.

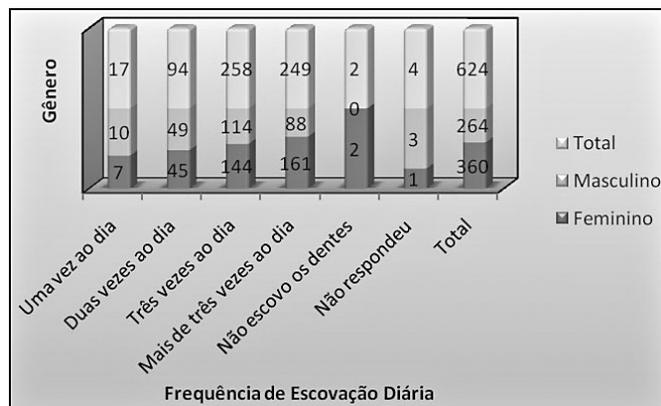
Quanto à escolaridade dos pais ou responsáveis, a maioria apresentou menos de 09 anos de estudo (63,8%). Inferiu-se que esse dado reflete diretamente no comportamento dos filhos frente aos conhecimentos e aos cuidados com sua saúde, pois, como já foi dito, pais menos informados não estimulam seus filhos a buscar informações. Pode haver correlação entre o nível de educação odontológica de pais/responsáveis e a motivação e educação odontológica de seus filhos, o que mostra a influência familiar na condição bucal das crianças.³³ Dessa forma, fica evidente que pais ou responsáveis com baixa escolaridade, que não praticam o autocuidado e não detêm o conhecimento sobre sua saúde, não motivam nem cobram dos seus filhos a atitude adequada.

Nessa pesquisa, do total de adolescentes, apenas 12,8% fazem o autocuidado somente em caso de dor e 66,6% afirmam visitar o dentista mais de uma vez ao ano, sendo que a frequência de visitas de adolescentes do gênero feminino é maior (57,6%) do que a dos jovens do gênero masculino (42,3%).

De acordo com Lisboa *et al.*³⁴, indivíduos com menor renda procuram o dentista somente em casos de dor, enquanto que os indivíduos de maior renda procuram o dentista a cada período de seis a dois anos; sendo que um total de dois terços dos indivíduos entrevistados procuraram o dentista mais de uma vez ao ano. Nessa pesquisa, não houve relação entre renda e frequência de visitas ao dentista.

Observou-se, ainda, nessa pesquisa, uma associação significativa entre o gênero e a escovação dentária: dos adolescentes do gênero feminino, 25,8% apresentaram uma frequência de escovação de mais de três vezes ao dia, em relação a 14,1% daqueles do gênero masculino que realizam a escovação com a mesma frequência (GRÁFICO 01).

Gráfico 01 - Relação entre a frequência de escovações diárias e o gênero dos adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.



A maioria dos adolescentes (41,3%) afirmou escovar os dentes mais de três vezes ao dia, o que corrobora os dados encontrados por Freire *et al.*²⁷.

No estudo de Flores e Drehmer³⁵, do total de adolescentes pesquisados, 90,55% afirmaram escovar os dentes de três a quatro vezes ao dia, enquanto que, no estudo de Santos *et al.*³⁶, apenas 60,6% afirmaram escovar os dentes com a mesma frequência, observando-se discordância entre esses percentuais e o encontrado nesse estudo (77,7%).

Entretanto, uma pesquisa que avaliou o nível das práticas de higiene bucal na Dinamarca verificou que dois terços dos adultos e dos adolescentes pesquisados realizavam a escovação duas vezes ao dia, sendo que as mulheres higienizavam mais que os homens³⁷.

Os melhores momentos para a escovação, segundo os pesquisados, foram: ao levantar pela manhã, antes de dormir e após as refeições (83,8%).

De acordo com Lisboa *et al.*³⁴, os momentos ideais para a escovação foram depois do almoço, seguidos por

antes do café da manhã e após o jantar. Segundo Freire *et al.*²⁷, os melhores momentos para escovação foram após o almoço (80,3%), antes do café da manhã (73,5%) e antes de dormir (62,5%).

Da totalidade, quanto às razões pelas quais escovam os dentes, a maioria (57,7%) afirmou o fazer com a finalidade de: manter o bom hálito, remover a placa bacteriana e ter sempre dentes brancos.

No estudo de Lisboa *et al.*³⁴, as primeiras razões para escovação seriam: a higiene pessoal, a sensação de frescor na boca e o mau hálito. Freire *et al.*²⁷ afirmaram, em sua pesquisa, que os adolescentes escovam seus dentes por causa da saúde bucal (73,5%) e da limpeza da boca (40,2%). De acordo com Silva *et al.*³⁸, a razão para a escovação dos adolescentes foi a saúde bucal; citando, por ordem, o hálito, a cárie, a perda dos dentes e a aparência.

A literatura existente nas bases de dados nacionais e internacionais acerca do tema enfatiza que essa limpeza pode ser realizada, desde que de forma eficiente, a qualquer hora do dia, principalmente em momentos de maior tranquilidade e disponibilidade de tempo. Há evidências de que apenas uma limpeza diária dos dentes, desde que metódica, seja eficaz. Sendo assim, a qualidade da limpeza importaria mais que sua frequência.³⁹

Nesse sentido, infelizmente, grande parte dos adolescentes pesquisados (42,5%) considerou importante ter dentes saudáveis apenas para manter a saúde bucal, não associando saúde bucal com saúde geral.

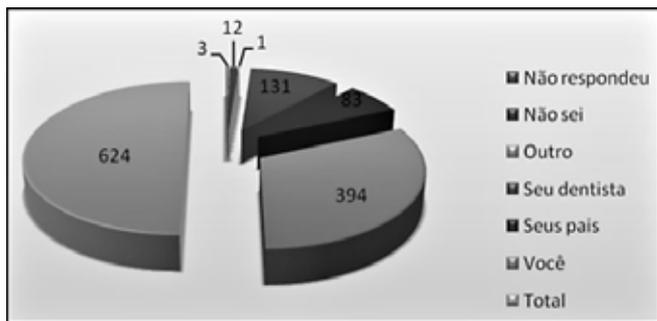
Ao contrário dos resultados desse estudo, segundo pesquisa realizada na Jordânia, 54% dos adolescentes afirmaram que a boca causa um grande impacto na saúde geral e consideraram o dente como um órgão tão importante quanto qualquer outro órgão.⁴⁰

Um dado relevante dessa pesquisa é que 63,1% dos adolescentes consideraram-se responsáveis por sua própria saúde bucal, não impondo a terceiros essa responsabilidade (não há na literatura estudo comparativo) (GRÁFICO 02). Vale ressaltar que, nessa fase, eles já tomam como exemplo as experiências passadas pelos pais e educadores. Já no estudo de Freire *et al.*²⁷, a maioria dos adolescentes (82,7%) respondeu que não necessita ser lembrada para higienizar os dentes.

Em relação ao biofilme dental, 54,8% dos pesquisados desconhecem sua definição. Do total, apenas 35,3% dos adolescentes sabem quais doenças o biofilme pode causar, sendo que apenas 53,2% conhecem como removê-lo.

A pesquisa de Santos *et al.*³⁶ revelou que os adolescentes pesquisados sabiam da necessidade da escovação, mas não estavam conscientizados da razão de fazê-lo.

Gráfico 02 - Frequência de responsabilidade pela saúde bucal dos adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Praucária, PR, 2008.



De acordo com Mahmoud *et al.*⁴⁰, 70% dos adolescentes entrevistados não associavam o biofilme dental com a doença periodontal e a cárie.

Constatou-se que, tanto nessa pesquisa, quanto nos demais trabalhos semelhantes^{36,40}, pouco se comenta sobre o conhecimento dos adolescentes sobre o biofilme dental, tornando-se difícil a comparação desse estudo com as demais pesquisas.

Segundo Silva *et al.*³⁸, os indivíduos sabiam que deveriam realizar uma higiene bucal adequada; porém, em sua maioria, não a associavam à remoção do biofilme dental, e sim a fatores como sensação de frescor e de bom hálito^{41,42}. De acordo com o estudo de Flores e Drehmer³⁵, as falas sobre as razões para os cuidados bucais reproduzem os achados de diversos estudos no que se refere a higienizar a boca a fim de evitar o mau hálito e a manter uma boa aparência para facilitar a sociabilização.

O objetivo do uso do fio dental e da escovação, além da veiculação do flúor, é a remoção do biofilme dental⁴³, conceito esse, segundo o estudo, ainda não incorporado pelos adolescentes. Percebe-se, nesse caso, uma importante falha nos programas de educação em saúde bucal oferecidos pelos municípios.¹⁷

Pode-se supor que essa educação privilegie as técnicas de escovação e os métodos de prevenção e desconsidere, em seu conteúdo programático, as causas e as descrições do processo de evolução da doença e suas características sociais, como demonstrado pela literatura.⁴⁴

Outro dado importante dessa pesquisa é que apenas 68,1% dos adolescentes sabiam que a cárie dentária é uma doença, e somente 49,8% conheciam sua transmissibilidade. Demonstrou-se, assim, que tanto no tema biofilme dental, quanto no assunto cárie dentária, não houve aquisição de conhecimentos acerca da etiologia e da transmissibilidade da doença ao longo dos anos. Acredita-se que, provavelmente, isso seja devido a alguma deficiência na educação preventiva das crianças em relação à saúde bucal.

No estudo de Tamietti *et al.*¹⁷, quando perguntados se o beijo na boca poderia transmitir a doença, apenas 31% dos adolescentes acreditaram que sim. Esse dado indica que, de uma forma geral, para os adolescentes, a cárie não é uma doença infecciosa (transmissível), o que difere das considerações de Navarro⁴⁵, que afirmou que o beijo na boca é uma importante fonte de transmissão das bactérias causadoras da cárie dentária. Nessa pesquisa, apenas 49,8% dos adolescentes pesquisados acreditaram que a cárie é uma doença transmissível, constituindo pouca diferença do estudo citado.

Concluiu-se, de acordo com esse estudo, e comparando-o com outros autores, que a falta de conhecimento sobre a doença cárie e sua transmissibilidade tem início em pais desinformados e na falta de efetividade dos meios de educação em saúde dos jovens, por parte das equipes de Odontologia. Apesar de a cárie dentária ser a doença bucal mais estudada em todo o mundo, a maioria das pesquisas concentra-se em crianças em idade escolar, não havendo dados suficientes, na literatura, sobre a prevalência de cárie dentária em adolescentes.^{46,47}

Segundo Ferreira⁴⁸, a participação da mãe ou da pessoa que cuida da criança é o pilar que sustenta essa afirmação, visto que a educação alimentar e a higienização bucal são hábitos diretamente difundidos por elas. O autor relata, também, que a escovação deve ser supervisionada até os nove anos, idade em que a criança tem coordenação motora suficiente para realizar os movimentos adequados.

Guimarães *et al.*⁴⁹, por meio de seu estudo, puderam concluir que a população devia mudar o conceito de que a cárie é uma fatalidade, conscientizando-se de que é uma doença infecciosa transmissível e que pode, e deve, ser evitada.

No estudo de Santos *et al.*³⁶, o hábito de utilizar fio dental como complemento da escovação também foi pouco empregado pelos pesquisados (35,5%), índices bem abaixo dos encontrados nesse estudo.

Para o combate eficaz do biofilme dental, utilizam-se os procedimentos de natureza mecânica (escova e fio dental), que esbarram nas dificuldades apresentadas pelos pacientes. Embora se conheça uma gama de estudos enfocando o controle químico do biofilme dental, com a utilização de várias substâncias, nenhuma delas mostrou-se capaz de substituir a escova e o fio dental.^{50,51}

O fio dental é o dispositivo auxiliar de higiene oral mais eficiente em termos de remoção de placa.⁵²

O fio dental é um recurso tão fundamental quanto a escova e exige adequada técnica de manuseio, além de regularidade na sua aplicação. Sua capacidade de remover

o biofilme dentário da região proximal e de pontos/áreas de contato é inquestionável aos pacientes com adequado preenchimento proximal pela papila gengival.^{53,54}

O fio dental deve ser utilizado para limpeza dos espaços interdentais, onde os dentes fazem contato e retêm biofilme, restos alimentares, sendo indispensável para a perfeita higienização bucal.⁵⁵

No que diz respeito à doença periodontal, 32% dos entrevistados sabiam o que ela é; e 56% sabiam que a gengiva requer cuidados e tratamentos permanentes (TABELA 01).

Tabela 01 - Conceito de doença periodontal, segundo os adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.

DOENÇA PERIODONTAL		
Conceito	nº de alunos	(%)
É uma resposta inflamatória do organismo à colonização dos dentes e tecidos vizinhos por microorganismos	200	32
Necessita de tratamento e cuidados permanentes	350	56
Não souberam	4	12

De acordo com Mahmoud *et al.*⁴⁰, 70% dos adolescentes entrevistados sabiam o conceito de gengivite e de periodontite, mas não associavam esses problemas ao biofilme dental. Num estudo realizado na Suécia, apenas 15% dos adolescentes conheciam a doença periodontal.⁵⁶

Fica evidente que a maneira tradicional de promover a educação em saúde, por parte da equipe odontológica, bem como a falta de um programa específico voltado aos adolescentes no município vai, ao longo do tempo, desmotivando essa faixa etária.

Acredita-se que a extensão de programas de motivação com contínuas sessões de reforço em escolares alicerçaria o sucesso futuro dos trabalhos educativo-preventivos hoje planejados.

Quanto à dieta, 49% dos pesquisados apresentaram uma dieta cariogênica, sendo que 52,6% conheciam que a frequência do açúcar na boca é prejudicial aos dentes e provoca cáries. Do total, 85,1% dos pesquisados sabiam que o açúcar é cariogênico e que escovar os dentes após seu consumo reduz a probabilidade de aparecimento da cárie. Observou-se que, embora sejam servidas refeições equilibradas nas escolas públicas, os adolescentes de Araucária têm acesso irrestrito a doces, em locais próximos, consumindo-os durante o período de aulas.

Segundo o estudo de Santos *et al.*³⁶, de todos os entrevistados, 88,4% apresentam uma dieta cariogênica, apesar de 67% reconhecerem que esse tipo de dieta poderia ser prejudicial aos dentes.

A dieta de adolescentes caracteriza-se pela preferência de alimentos com elevado teor de gordura saturada, de colesterol, de sódio e de carboidratos refinados, representados pelo consumo de frituras em geral e de bebidas com adição de açúcar.^{57,58}

Segundo Fisberg *et al.*⁵⁹, esse constitui um problema no mundo todo. Eles têm preferência por bolachas, batatas fritas, pizzas, refrigerantes e chocolates⁵⁹, sendo que os refrigerantes constituem a maior fonte de açúcar adicionado na dieta.⁶⁰

Desse modo, estratégias educativas que enfatizem a redução do consumo de açúcares na alimentação e os benefícios de uma dieta equilibrada e visem contribuir para a qualidade de vida dos jovens e a prevenção de agravos à saúde devem ser adotadas com urgência.⁶¹

Do total de adolescentes pesquisados, apenas 59,5% conheciam a função do flúor, sendo que 43,4% acreditaram que o flúor se encontra apenas nos dentifrícios. Segundo estudo de Tamietti *et al.*¹⁷, a quase totalidade dos adolescentes (96%) afirmou que o flúor protege os dentes, demonstrando que a ação do flúor é um conceito bem incorporado pelos adolescentes. Já no estudo de Queluz⁶², dos adolescentes pesquisados, somente 57% que tinham conhecimento do conceito de flúor.

Esse índice é muito superior ao encontrado nesse estudo, no qual pouco mais da metade dos adolescentes sabem a utilidade do flúor, mesmo tendo o município de Araucária efetuado a fluoretação da água de abastecimento público ainda na década de 1980.⁴ No estudo de Souza *et al.*⁶³, realizado no município de Embu, SP, o flúor é encontrado nos dentifrícios (80,6%) e na água de abastecimento (6,9%), de acordo com os jovens pesquisados.

Analisando esse estudo e os demais estudos, concluiu-se que há grande desinformação acerca do uso do flúor na prevenção da cárie dentária e da fonte na qual se encontra o flúor. A melhor Odontologia que se pode realizar, em um dado momento, inclui todo um conjunto de procedimentos e atividades destinadas a prevenir, interferir e intervir o mais precocemente possível.⁶⁴

A elaboração de um programa preventivo de saúde bucal exige o conhecimento, por parte da população, da importância do flúor na prevenção da cárie dental.⁶²

Nesta pesquisa, pôde-se observar que essa deficiência de conhecimento perdura até a adolescência, sendo necessário que as equipes de odontologia mudem a maneira de abordar os alunos, usando métodos realmente motivadores de acordo com cada faixa etária.

No que diz respeito às questões abertas, foram formuladas quatro questões que serão abordadas a seguir (TABELAS 02, 03, 04 e 05).

Tabela 02 - Importância da prevenção da cárie dentária e da doença periodontal, segundo os adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.

Importância	Modo	(%)
sim	dentista	37,1
sim	escovação	46,7
sim	fio dental	29,1
sim	flúor	11,5
sim	menos doce	3,3
sim	não citou	21,6
não	-	-
não respondeu	-	0,1
não sabe	-	0,3
não entendeu a pergunta	-	0,8

Tabela 03: Percepção sobre alteração na saúde bucal, segundo os adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.

Percepção sobre alteração na saúde bucal	(%)
sim	48,2
sim, mas não citou o quê	7
não	32
não porque não visita o dentista	2
não respondeu	0,4
não sabe	2,2
não entendeu a pergunta	8

Tabela 04 - Importância de ir ao dentista, segundo os adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.

Importância de ir ao dentista	(%)
sim	99,1
não	0,1
mais ou menos	0,1
não respondeu	0,1
não entendeu a pergunta	0,3

Tabela 05 - Frequência de visitas ao dentista, segundo os adolescentes participantes da pesquisa (n=624). Araucária, PR, 2008.

Visitas frequentes ao dentista	(%)
sim	74
não	16
às vezes	9,6
não respondeu	0,3

Segundo Mahmoud *et al.*⁴⁰, as formas de prevenção utilizadas foram: a escovação e o creme dental (83%), o fio dental (2%), índice este muito inferior ao desta pesquisa, o palito (7%) e os enxaguatórios (6%). Segundo Souza *et al.*⁶³, as maneiras citadas para prevenir a cárie e a doença da gen-

giva foram: a escova dental (91,7%), o fio dental (33,9%), o uso do flúor (17,9%) e as visitas ao dentista (34,7%).

Os pesquisados citam várias maneiras de se manter uma boa higiene bucal, como visitas regulares ao dentista (37,1%), escovação com dentifrício (46,7%), uso do flúor (11,5%), uso do fio dental (29,1%) e cuidados com a dieta (3,3%); no entanto, embora saibam quais são os métodos, verifica-se o pouco entusiasmo e motivação em fazer visitas regulares ao dentista, praticar os métodos de prevenção e desvendar o porquê da prática desses métodos.

Da totalidade dos pesquisados, verificou-se que a maioria (48,2%) percebe alguma alteração em sua boca, citando-a; 32% dos adolescentes afirmaram não perceber nenhuma alteração, justificada pela visita regular ao dentista e pela manutenção dos cuidados com a higiene bucal em casa, e 2% não perceberam nenhuma alteração por não frequentarem o dentista.

De acordo com o estudo de Flores *et al.*³⁵, 67,9% dos participantes afirmaram perceber a cárie como alteração de saúde bucal e 17% não perceberam nenhuma alteração de saúde bucal. Segundo Souza *et al.*⁶³, 91,8% dos adolescentes pesquisados perceberam a cárie como alteração de saúde bucal.

Na quarta pergunta, a grande maioria dos adolescentes considerou importante ir ao dentista regularmente (99,1%). Os poucos que responderam mais ou menos e não (0,3%) fizeram isso por considerarem que a visita ao dentista devesse ser feita somente em caso de dor ou por não disporem de tempo para fazê-la.

Do total de adolescentes pesquisados, a maior parte afirmou ir ao dentista frequentemente (74%), já 16% dos adolescentes não consideraram importante fazer visitas frequentes ao dentista.

Conclui-se, nessa pesquisa, ser incontestável a necessidade de mais conhecimento das práticas de higiene bucal pelos adolescentes, da importância das visitas regulares ao dentista e de tudo que se refere à saúde bucal, para servir de subsídio ao desenvolvimento de um protocolo de atenção à saúde bucal específico para o adolescente. Ainda, é imprescindível que a equipe odontológica reveja seu paradigma e inicie uma educação em saúde que englobe e seja direcionada às diferentes faixas etárias, motivando as crianças e os adolescentes e promovendo as práticas de maneira contínua e supervisionada, incluindo as turmas de 5ª a 8ª séries.

Constata-se, nesta pesquisa, que uma das causas de evasão do tratamento odontológico deve-se à marginalização dos escolares de 5ª a 8ª séries, por serem realizadas, em ambiente escolar, somente raríssimas ações de educação em saúde bucal para esta faixa etária.

CONCLUSÕES

Após a análise dos dados coletados nesta pesquisa, concluiu-se que os adolescentes do ensino público de Araucária, PR, têm uma boa percepção sobre saúde bucal, tendo uma noção razoável sobre todos os assuntos abordados no questionário; porém, desconhecem assuntos de extrema importância como a transmissibilidade da cárie, o conceito de placa bacteriana, o seu papel como fator etiológico nas doenças bucais e a importância do flúor na prevenção da cárie, bem como onde ele se encontra.

As principais causas de evasão do tratamento odontológico por parte desses escolares são citadas a seguir:

1) A baixa escolaridade dos pais, que interfere diretamente na evasão dos escolares do tratamento odontológico.

2) Resistência de alguns profissionais da escola (diretores, pedagogos e professores) em relação à presença da equipe odontológica na escola e o desconhecimento do seu papel nas ações de educação em saúde bucal no ambiente escolar; falta de integração entre escolas estaduais e municipais na realização dessas práticas, além do desconhecimento da importância da escola na veiculação de conhecimento e de cidadania a toda comunidade.

3) “Marginalização” dos escolares de 5ª a 8ª séries, que deixam de ser foco das ações de educação em saúde bucal no ambiente escolar, salvo raríssimas exceções no município, por falta de um programa de saúde bucal para adolescentes.

4) Prática de ações de educação em saúde bucal de uma maneira tradicionalista por parte das equipes odontológicas, sem levar em conta as diferenças de motivação e de aprendizado de cada faixa etária e sua realidade de vida, sem incluir os pais dos escolares nas práticas de educação em saúde, nem considerar a importância das mães na adoção de medidas preventivas pelos filhos.

5) Falta de inclusão (nas práticas de educação em saúde bucal) de um esquema forte e efetivo de motivação, de maneira contínua e supervisionada; ou seja, falta de condutas que levam à prática da higiene bucal e ao controle efetivo do biofilme e, por consequência, à prevenção da maioria das doenças bucais.

6) Falta de recursos humanos, falta de motivação e reciclagem de todos os membros das equipes odontológicas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa saúde do adolescente. Bases programáticas. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cadernos de informações de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Citado em 2010 fev 12] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico SB (Saúde Bucal), Brasil. Ministério da Saúde; 2003.

4. Araucária. Plano Municipal de Saúde. Saúde - responsabilidade de todos: avanços e desafios. Araucária: Secretaria Municipal de Saúde; 2006-2007.

5. Cruz GM, Salvador MS, Drumond MM. Satisfação do usuário adolescente em relação a um programa de saúde bucal escolar: um estudo qualitativo. Arq Cent Estud Curso Odontol. 2005; 41(2):105-92.

6. Giacomazzi MC. Aspectos do mundo natural entre aqueles que se mobilizam por saúde: ideias e atitudes na Vila Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 1993.

7. Petersen PE. Society and oral health In: Pine C. Community oral health. London: Wright; 1997. p. 20-38.

8. Minayo MC. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 9-29.

9. Mautsch W, Sheiham A. Promoting oral health in deprived communities. Berlin: German Foundation for International Development, ZME; 1993.

10. Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels on 12 years-old children in 18 industrialized countries in the 1970 and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol. 1995; 23(6):231-9.

11. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Jr W, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Lat Am Enfermagem. 2001; 9(1): 88-95.

12. Lima KC. Relevância clínica do conceito de transmissibilidade da cárie dental. Jornal Brasileiro de Odontopediatria Odontológica Bebê, 2002; 24(5): 113-118.

13. Costa MCO, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. Cien Saude Colet. 2007; 12(5): 1101-9.

14. Pinto VG. Prevenção da cárie dental. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000. p.179-247.

15. Noronha JC, Ribeiro FRD, Massara ML, Souki BQ. Parâmetros clínicos para classificação do estado motivacional familiar em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001; 4(17):63-7.
16. Silva HC, Ammon ION, Silva RHH. Avaliação do paciente sobre ensino de práticas preventivas em Odontologia. *Odontol Mod*. 1985; 12(5):46-53.
17. Tamietti MB, Paixão HH, Castilho LS. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. *Arq Cent Estud Curso Odontol*. 1998; 34(1):33-45.
18. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Organização das ações de saúde bucal na atenção básica, SUS, SP. São Paulo; 2001.
19. Mendes TD. Um novo mundo, uma nova educação. *Rev Bras Est Pedag*. 2000; 81(199):501-10.
20. Centers Disease Control. Centers for disease control and prevention 2008. Programa EPI-INFO 2000 versão 3.4. [Cited 2010 Feb. 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.
21. Microsoft. Planilha eletrônica Excel. Microsoft Office; 2007.
22. Santos M. Espaço e sociedade: ensaio. Petrópolis: Vozes; 1982.
23. Shou L, Currie C, Mcqueen DV. Using a “lifestyle” perceptible to understand tooth brushing behavior in scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18: 230-4.
24. Currie C, Schou L, Mcqueen DV. Dental health - related behavior in scottish schoolchildren aged 11, 13 and 15 from Edinburgh city. *Health Bull*. 1989; 47(4): 182-91.
25. Fischer RG. Controle mecânico e químico do biofilme dental. In: Tunes UR, Rapp GE. *Atualização em Periodontia e Implantodontia*. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
26. Honkala E, Freeman R. Oral hygiene behavior and periodontal status in european adolescents: an over-view. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1988; 16(4):194-8.
27. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):606-14.
28. Fraiz FC, Walter LRF. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001; 4(21):398-404.
29. Gonçalves RMG, Silva RHH. Experiência de um programa educativo-preventivo instituído na fundação catarinense de bem-estar do menor. *Rev Gaucha Odontol*. 1992; 40:97-100.
30. Todescan JH, Sima FT. Campanhas de prevenção e orientação para com a higiene bucal - prevenção: usos e costumes, higiene bucal I. Parte I. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1991; 45:537-9.
31. Todescan JH, Todescan CG. Cooperação consciente. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1989; 43:125-7.
32. Castro LA, Teixeira DLS, Modesto A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5(23):70-4.
33. Aquilante AG, Bastos JRM, Sales SHCP, Leal RB, Higa AM. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3º série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica dos seus filhos. *Rev Odontol UNICID*. 2002; 14(1):25-34.
34. Lisboa IC, Asbegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(4):29-39.
35. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(3):743-52.
36. Santos VA, Alves CRA, Clamponi AL, Corrêa MSNP. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. *Rev Odontopediatr*. 1992; 1(3):183-93.
37. Christensen LB, Petersen PE, Krustrup U, Kjoller M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20(4):229-35.
38. Silva TA, Paixão HH, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. *Arq Cent Estud Curso Odontol*. 1997; 33(1):5-14.
39. Kuwon HS, Guedes-Pinto AC. Higiene bucodental em crianças. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. São Paulo: Santos; 2000.

40. Mahmoud KAO, Ahed MAW, Khaled NS. Oral health attitudes, knowledge and behavior among school children in North Jordan. *Eur J Dent Educ* 2006; 70(2): 179-87.
41. Hodge HC, Holloway RJ, Bell CR. Factors associated with tooth brushing behavior in adolescents. *Mouth Mirror*. 1982; 152(2):49-51.
42. Cury JA. Estabilidade do flúor nos dentifrícios brasileiros. *Rev Gaucha Odontol*. 1986; 34:430-2.
43. Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1995.
44. Donneys MEC. Educación para la salud: aspectos metodológicos. *Educ Med Salud*. 1991; 25(2):194-202.
45. Navarro MF. Beijo na boca provoca cárie? *Jornal USP* 1994.
46. Truim GJ, Koning KG, Kalsbeek H. Trends in dental caries in the Netherlands. *Adv Dent Res*. 1993; 7:15-8.
47. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições socioeconômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos, de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(3):699-706.
48. Ferreira B. Odontologia intra-uterina: o começo de tudo. *Rev ABO Nac*. 1997; 5(3):70-8.
49. Guimarães MS, Zuamon ACC, Spolidório DMP, Bernardo WLC, Campos JIDB. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? *Ciênc Odontol Bras*. 2004; 7(4):45-51.
50. Saba-Chujfi E, Silva ECQ, Sarian R. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. *Rev Gaucha Odontol*. 1992; 40:87-90.
51. Turssi CP, Marcantônio RAC, Boeck EM, Rocha AL. Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolares da zona rural. *Rev ABOPREV*. 1998; 1:16-21.
52. Ferraz C. Controle mecânico da placa bacteriana com escovas convencionais e unitufo. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1987; 41:206-9.
53. Axelsson P. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal dirigido pela localização da placa e da doença dentária. São Paulo: FOU SP/ABOPREV; 1991.
54. Vieira C, Falcão D. Halitose: diretrizes para o diagnóstico e plano de tratamento. In: Brunetti MC, Fernandes MI, Moraes RGB. *Fundamentos da Periodontia: teoria e prática*. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 293-310.
55. Rank RCIG, Rank MS, Dib JE. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. *Pub UEPG Ciênc Biol Saúde*. 2006; 12(3):31-8.
56. Hedman E, Rinberg C, Gabre P. Knowledge of and attitude to oral health and oral diseases among young adolescents in Sweden. *Swed Dent J*. 2006; 10:980-6.
57. Garcia GCB, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Estado nutricional e o consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude de São Paulo. *Rev Nutr*. 2003; 16(1):41-50.
58. Slater B, Fisberg RM, Philippi ST, Latorre MRDO. Validation of a semi-quantitative adolescent's food frequency questionnaire applied at public school in São Paulo, Brazil. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57:629-35.
59. Fisberg M, Bandeira CRS, Bonilha EA, Halpern G, Hirschbruch MD. Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatr Mod*. 2000; 36: 766-70.
60. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar- sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*. 2001; 357:505-8.
61. Carmo MB, Toral N, Silva MV, Slater B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(1):121-30.
62. Queluz DP. Conhecimento do flúor na prevenção de cárie dental em escolares. *Rev Gaucha Odontol*. 1995; 43(3):167-70.
63. Souza GB, Sá PHRN, Junqueira SR, Frias AC. Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. *Saúde Soc*. 2007; 16(3):138-48.
64. Menéndez OR, Portillo JAC. *Salud publica em Odontologia*. In: Congresso Internacional de Saúde Bucal, Brasília; 1977. Curso.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: outubro de 2009
