

Análise de motivos que dificultam a adoção de hábitos de higiene bucal saudáveis com relação à cárie dentária: avaliação de uma escola pública da Paraíba

Analysis of the reasons that hinder the adoption of healthy oral hygiene habits in relation to dental caries: an assessment in a public school in Paraíba

Priscila Florentino Silva¹, Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas²

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento de pais de estudantes de uma escola da rede pública da Paraíba sobre a cárie dentária e as dificuldades encontradas por eles para adotarem hábitos de higiene bucal. **Materiais e Métodos:** O estudo foi desenvolvido no município de Guarabira, PB, Brasil. A população estudada constituiu-se de 46 pais/responsáveis de estudantes de 5 a 12 anos de idade da Escola Municipal de Ensino Fundamental Paulo Brandão, situada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Santa Terezinha. As informações foram coletadas através de questionário estruturado, abordando conhecimentos dos pais e hábitos de higiene de seus filhos. Os dados foram analisados a partir da distribuição de frequências e por meio de estatística descritiva. Para os procedimentos descritivos, foram apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). **Resultados:** Os resultados mostraram que 80,5% dos participantes eram do sexo feminino e 19,5% do sexo masculino. Foi predominante entre os participantes uma renda familiar de 1 salário mínimo (50%) ou até mesmo nenhuma renda (30,4%). Com relação ao nível escolar, houve predominância do ensino fundamental incompleto (54,3%). A maioria dos participantes (95,6%) considerou que a cárie pode ser prevenida; 71,8% respondeu 3 vezes para a frequência de escovação diária das crianças. Quanto à frequência da troca da escova dos filhos, 39,1% trocam de escova a cada 3 meses e 15,2% dos pais/responsáveis realizam esta troca após 6 meses de uso, seja por dificuldades financeiras (41,3%), por esquecimento (50%) ou falta de informação sobre o assunto (8,7%). **Conclusão:** A baixa condição sócio-econômica e de informação dificultam a adoção de hábitos saudáveis da população estudada.

Descritores: Saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Escovação dentária.

INTRODUÇÃO

A concepção ampliada de saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, garantidos pela Constituição de 1988 e pela Lei 8.080/1990, deve nortear a mudança de um modelo de atenção centrado na doença e baseado na assistência a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação^{1,2}.

O Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia para reorientar o modelo de atenção no

Sistema Único de Saúde (SUS) que foi implantado em 1994, prioriza o compromisso com a comunidade. A família é o núcleo central do programa juntamente com o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a promoção de saúde e os serviços assistenciais de acordo com os princípios básicos do SUS: universalidade, equidade e integralidade^{3,4}.

Em 2004 a Coordenação Nacional de Saúde Bucal apresentou as diretrizes que apontam para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, trazendo consigo a proposta

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

²Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil
Contato: priscilafsilva2007@yahoo.com.br, chsmfeitas@hotmail.com

de humanização do processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Segundo o documento, para que haja a adequação do processo de trabalho, é necessário que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) não se limite exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, mas trabalhe em equipe com os outros componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF). Deve oferecer uma atenção integral, através de ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo⁵⁻⁷.

O Ministério da Saúde, por meio de um levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em todo o Brasil em 1986⁸, avaliou crianças de 6 a 12 anos quanto à prevalência de cárie dentária e observou as diferenças que separam os estratos de renda mais baixos (1 a 2 salários mínimos) dos mais altos (5 salários mínimos ou mais). Verificou-se que a pior a situação bucal foi encontrada nas pessoas de menor renda (CPOD=5,9). Em 1996, o Ministério da Saúde realizou o 2º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal⁹, cujos resultados mostraram um declínio acentuado de cárie dentária em relação a 1986, sendo a média do CPOD aos 12 anos de 3,06 (próxima da meta estabelecida para o ano 2000 pela Organização Mundial de Saúde - OMS), resultando uma redução de 54% no CPOD aos 12 anos. Na Paraíba o CPOD foi de 3,94 aos 12 anos evidenciando as desigualdades regionais. De acordo com o levantamento realizado em 2003 em todo o Brasil¹⁰, crianças brasileiras de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram respectivamente, CPOD de 2,8 e 6,2; os valores mais elevados de CPOD foram encontradas nas Regiões Nordeste (3,19 e 6,34) e Centro Oeste (3,16 e 6,97).

A partir desses levantamentos foi verificado que a situação de saúde bucal da população brasileira modificou-se. Foi caracterizada pela diminuição da prevalência de cárie por diversos fatores: aumento no acesso ao flúor tanto por meios tópicos (dentifrícios e bochechos fluoretados, flúor gel, pastilhas com flúor) quanto sistêmicos (água fluoretada), modificação do consumo de produtos açucarados no padrão e na quantidade, melhorias nas condições de vida, maior acesso aos serviços de saúde, ampliação de ações de promoção em saúde bucal para a população como um todo, maior participação e avaliação governamental no campo da saúde bucal por meio de políticas públicas, entre outros¹¹.

Apesar de observarmos o declínio da prevalência da cárie na população brasileira devido a melhorias anteriormente citadas, percebemos na prática junto à comunidade que fatores de risco comportamentais relacionados com as doenças bucais ainda são presentes (consumo exagerado

de açúcar e higiene bucal deficiente) e quase todos determinados por condições sociais, resultando em uma redução epidemiológica desigual na população^{11,12}. Portanto, os estudos que investigam a associação entre indicadores de saúde bucal e condições socioeconômicas são cada vez mais necessários, principalmente respeitando-se as particularidades regionais^{12,13}.

O sexo, idade, escolaridade, renda familiar influenciam a população na obtenção de conhecimentos e cuidados acerca da cárie dentária e são fatores associados a níveis de prevalência da doença em estudos¹²⁻¹⁴. A transmissão de valores e hábitos bucais para crianças de modo a estimular a incorporação de práticas preventivas favoráveis à manutenção de saúde bucal é tarefa desafiadora para pais e profissionais de saúde^{15,16}.

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar o conhecimento de pais de estudantes de uma escola da rede pública da Paraíba sobre a cárie dentária e dificuldades encontradas por eles para adotarem hábitos de higiene bucal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa. A coleta de dados foi conduzida entre os meses de fevereiro e março de 2007.

O local de estudo foi Guarabira, um município localizado no Estado da Paraíba, distante 98 km da capital João Pessoa¹⁷. Na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Santa Terezinha, residem 153 crianças na faixa etária de 05 a 12 anos. O local possui apenas uma escola pública, municipal, que conta com 95 crianças residentes na área.

Foi realizado contato prévio com a direção da escola para a explicação do estudo e em seguida todos os pais foram convidados a participar da reunião com a ESB na própria escola. Do total de 95 pais/responsáveis, 46 compareceram à reunião e todos concordaram em participar da pesquisa, correspondendo a 48,4% dos pais/responsáveis de alunos na faixa etária de 5 a 12 anos. A amostra constituída foi de conveniência. Na reunião foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário foi aplicado aos participantes que preencheram o mesmo manualmente, exceto um deles, analfabeto funcional, cuja resposta foi anotada pela cirurgiã-dentista pesquisadora.

O instrumento de coleta continha 11 questões objetivas e 1 subjetiva (sendo registrada a resposta descritiva dos próprios pais/responsáveis). Foi realizado um pré-teste do questionário com

10 pais voluntários que frequentavam a USF para identificar alguma dificuldade de entendimento das questões. Não houve dificuldade de compreensão dos enunciados, mas houve dúvidas com relação à possibilidade de marcar mais de uma alternativa como resposta. Ficou definindo que durante o preenchimento do questionário, os participantes seriam orientados quanto a este aspecto.

As questões foram organizadas em 3 aspectos: dados socioeconômicos dos pais/responsáveis (sexo, faixa etária, renda familiar, grau de escolaridade, situação de moradia), conhecimentos dos participantes sobre cárie dentária (possibilidade de prevenção da cárie, fatores preventivos da cárie e fatores predisponentes da cárie), higiene bucal das crianças (frequência de escovação das crianças, acompanhamento dos pais/responsáveis no momento da escovação, frequência da troca da escova dentária, fatores que influenciam a troca da escova dentária e razões para as crianças não levarem a escova dentária para a escola).

Os resultados das questões objetivas foram analisados com auxílio do software Excel 2000 e expressos em frequências relativas. Os dados também foram registrados no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 13.0, e analisados por meio de estatística descritiva. Para os procedimentos descritivos, foram apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão-DP).

A pesquisa seguiu os padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 989/07). Foram respeitadas as exigências éticas e científicas com seres humanos preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos princípios éticos de beneficência, respeito à dignidade humana e justiça¹⁸.

RESULTADOS

A maioria dos voluntários (80,5%) era do sexo feminino. As faixas etárias foram: 20 a 30 anos (26,1%), 31 a 40 anos (45,7%), 41 a 50 anos (17,4%), 51 a 60 anos (4,3%), acima de 60 anos, (2,2%) e não responderam (4,3%). A idade média dos participantes foi de 34,7 anos ($\pm 9,18$), com mediana de 34,0.

Observou-se que metade dos pais recebia 1 salário mínimo (50,0%) enquanto 30,4% afirmaram não possuir nenhuma renda. A renda média dos participantes foi de R\$310,00 ($\pm 274,40$), com mediana de R\$350,00. A maioria dos pais relatou possuir ensino fundamental incompleto (54,3%) e residência própria (54,3%) (Tabela 1).

As respostas mais frequentemente

identificadas sobre o conhecimento sobre a cárie foram: é possível prevenir cárie (95,6%), a prevenção se dá pela escovação (95,6%) e pelas visitas ao dentista (97,8%). A falta de higiene (78,2%) e sua associação com alimentação inadequada (52,1%) foram citados como os fatores mais predisponentes para a cárie (Tabela 2).

Em relação à escovação dentária, observou-se que 71,8% realizavam 3 vezes ao dia; 80,4% dos pais/responsáveis afirmaram acompanhar os filhos no momento da escovação (80,4%); a troca da escova era realizada cada 3 meses (39,1%). Os fatores que impedem a troca da escova mais citados foram o esquecimento (50%) e dificuldades financeiras (41,3%). O percentual de pais que responderam que os filhos não levam a escova de dentes para a escola para fazerem a higienização após a merenda foi de 97,8% (Tabela 3).

Quando questionados sobre as razões para os filhos não levarem a escova para a escola a fim de realizarem a escovação após a merenda, os pais relataram como motivos mais frequentes o esquecimento, vergonha dos filhos, diferença de atitudes entre escola pública e particular. Um dos pais comentou nesta questão: “... na escola particular eles pediam e na escola pública eles não pedem”.

DISCUSSÃO

Em diversos estudos observa-se prioritariamente a presença das mães na responsabilidade do cuidado doméstico com os filhos^{13,16,19} quando comparado com a presença dos pais, sendo constatado o mesmo comportamento no presente estudo com maior frequência de mães no momento do questionário (80,5%). Capilheira & Santos²⁰ apontaram que o sexo feminino está associado à maior utilização de serviços médicos e que as mulheres percebem potenciais riscos para saúde mais facilmente que os homens, sendo este um provável motivo para esse diferencial.

Estudos utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD (1988) e PNAD (2003), respectivamente, verificaram que as taxas de utilização de serviços de saúde foram maiores para as mulheres, brancas, com maior escolaridade e na faixa etária de 25 a 49 anos^{12,13}. A faixa etária predominante dos pais/responsáveis no presente estudo foi de 31 a 40 anos¹⁹ (45,7%).

O nível de escolaridade dos pais ou responsáveis no presente trabalho foi predominantemente o Ensino Fundamental Incompleto corroborando os estudos de Figueira & Leite¹⁹ e Soraggi *et al.*²⁰. Acredita-se que a renda e a escolaridade dos pais das crianças influenciam no estímulo para adoção de cuidados com a saúde

Tabela 1 - Dados socioeconômicos dos pais/responsáveis (n=46), Guarabira - PB, 2007

DADOS SOCIOECONÔMICOS	n	%
Renda familiar		
1 salário mínimo*	23	50,0
2 salários mínimos	5	10,9
3 salários mínimos	2	4,3
Nenhuma renda	14	30,4
Não responderam	2	4,3
Nível de escolaridade		
Ensino Fundam. Incompl.	25	54,3
Ensino Fundam. Completo	8	17,4
Ensino Médio Incompleto	6	13
Ensino Médio Completo	1	2,2
Ensino Superior Incomp.	1	2,2
Analfabeto funcional	5	10,9
Situação de moradia		
Residência própria	25	54,3
Residência de parente	8	17,4
Casa Alugada	13	28,3

*o salário mínimo no período da coleta era de R\$350,00

Tabela 2 - Conhecimentos dos pais/responsáveis (n=46) sobre cárie dentária, Guarabira - PB, 2007

CONHECIMENTO	n	%
A cárie pode ser prevenida		
Sim	44	95,6
Não	2	4,3
Prevenção da cárie*		
Escovar bem os dentes	44	95,6
Ir sempre ao dentista	45	97,8
Evitar alimentos doces	34	74
Outros	5	10,9
Fatores predisponentes à cárie*		
Falta de higiene	36	78,2
Alimentação inadequada	18	39,1
Falta de higiene e alimentação inadequada	24	52,1
Problemas de estômago	5	10,9

*o salário mínimo no período da coleta era de R\$350,00

bucal dos filhos, determinando ou implicando no grau de dificuldade pelos profissionais de saúde em realizar os procedimentos de promoção de saúde bucal. Figueira & Leite¹⁹ verificaram em seu estudo que 57,8% dos entrevistados relataram ter renda de um salário mínimo, semelhante ao presente estudo, demonstrando assim a baixa condição econômica das famílias, dificultando a compra de insumos de higienização²⁰ sendo este um condicionante para doenças como a cárie dentária. Os pais/responsáveis são potenciais influenciadores na saúde bucal de

seus filhos, sendo importante o nível de escolaridade destes, pois determina a qualidade da orientação dada.

A situação da moradia dos entrevistados no presente estudo se aproxima aos valores encontrados para a população brasileira avaliada pelo SB Brasil 2003, na qual 79,9% dos pesquisados moravam em casa própria, 10,4% em casa alugada, enquanto 5,6% em casa cedida, existindo também a variável “própria em aquisição” com 2,41% e “outros” com 1,59%¹⁰.

A falta de higiene associado à alimentação

Tabela 3 - Hábitos de higiene bucal das crianças/adolescentes, Guarabira - PB, 2007

HIGIENE BUCAL	n	%
Frequência de escovação		
1 vez/dia	4	8,7
2 vezes/dia	6	13
3 vezes/dia	33	71,8
4 vezes	2	4,3
Quantas vezes for necessário	1	2,2
Acompanha o (a) filho (a) na escovação?		
Sim	37	80,4
Não	9	19,6
Frequência de troca da escova dental		
1 mês	4	8,7
2 meses	16	34,8
3 meses	18	39,1
4 meses	1	2,2
6 meses	7	15,2
O que influencia a troca da escova dental		
Esquecimento	23	50
Dificuldade financeira	19	41,3
Falta de informação	4	8,7
Leva a escova para a escola		
Sim	1	2,2
Não	45	97,8

inadequada foram indicados pelos pais/responsáveis como sendo fatores predisponentes à cárie na presente pesquisa, conforme verificado por alguns autores^{15,16,19}. O efeito do alimento na cavidade bucal é um dos fatores mais importantes na etiopatogenia da cárie dentária, sendo a dieta decisiva na velocidade de formação de ácidos, biofilme e quantidade de secreção salivar²¹. De acordo com os dados coletados, os pais/responsáveis demonstraram informações acerca dos fatores determinantes da patologia cárie, como necessidade de escovar bem os dentes e a frequência de ida ao cirurgião-dentista.

As medidas preventivas para a cárie dentária mais indicadas pelos sujeitos da pesquisa foram a visita periódica ao dentista e a escovação dentária, sendo verificado o mesmo na literatura^{16,19}.

No presente estudo 80,4% dos pais/responsáveis acompanham os filhos no momento da escovação. A criança até os sete anos não possui coordenação motora suficiente para realizar uma higienização adequada sozinha, sendo necessária a presença de um adulto auxiliando-a na escovação como verificado em estudos^{20,22}.

Através dos dados apresentados referentes à frequência da troca da escova dentária, constatamos que a maioria dos entrevistados (39,1%) respondeu

3 meses. Questiona-se a fidelidade desse dado pelos pais terem apresentado condições financeiras pouco favoráveis (maioria 1 salário mínimo). Isto pode ter ocorrido também devido as informações que são veiculadas pelos profissionais de saúde bucal. Pode-se afirmar que a aquisição constante de produtos de higiene bucal pela população de baixa renda, em face dos custos dos produtos disponíveis no mercado, torna-se difícil, como também impede o estabelecimento do hábito de higiene dentária. Insumos inadequados pelo desgaste das cerdas²² ou pela colonização bacteriana²³ interferem na prática de higiene bucal, na realização de procedimentos coletivos na unidade de saúde, como a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor²⁴.

Quando questionados sobre os fatores que influenciam a troca da escova dentária, os motivos citados foram o esquecimento (50%), dificuldade financeira (41,3%) e falta de informação sobre o assunto (8,7%). Segundo Davoglio *et al.*²⁵ a condição socioeconômica é um fator diretamente relacionado com os cuidados com a saúde bucal, pois indivíduos de poder aquisitivo mais elevado podem adquirir insumos de higienização com regularidade, facilitando a adoção dos hábitos de higiene bucal²⁶. A política Nacional de Saúde Bucal,

expressa no Brasil Sorridente⁶, vem facilitando o desenvolvimento de ações de prevenção, como a escovação supervisionada. A avaliação da frequência da distribuição de kits de escova e creme dental seria um aspecto interessante a ser discutido entre os gestores municipais.

No presente estudo 97,8% dos pais responderam que seus filhos não levam a escova para a escola para fazer higienização. Nesse sentido, entende-se o ambiente escolar como um importante espaço para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de saúde bucal na infância e adolescência^{21,25}. Identifica-se a necessidade de interação entre as áreas de saúde e educação para estímulo da promoção de saúde bucal nas escolas da rede pública de ensino.

Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de desenvolver uma discussão junto aos gestores de saúde para haver compromisso no desenvolvimento de uma prática de saúde bucal para a comunidade, de modo que esta receba insumos de higiene bucal regularmente. Assim, torna-se possível a ampliação das ações de promoção e prevenção de saúde realizadas nas Unidades de Saúde da Família, consolidando os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal⁶.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou diversos problemas na realidade de saúde bucal das crianças do bairro Santa Terezinha no município de Guarabira - PB. Os problemas vão desde desconhecimento dos pais/responsáveis sobre saúde bucal, até os próprios hábitos de higiene e dificuldades para aquisição de insumos para a realização de higiene bucal adequada.

As informações adquiridas no presente estudo poderão contribuir para a programação e implementação de ações de promoção, educação e prevenção em saúde bucal, propiciando melhorias na resolutividade da atenção básica à saúde no município.

ABSTRACT

Aim: The aim of the present study was to investigate the knowledge of parents of students from a public school in Paraíba concerning dental caries and the difficulties encountered by them to adopt healthy oral habits. **Materials and Methods:** This study was carried out in Guarabira, Paraíba, Brazil. The population studied consisted of 46 parents/guardians of students from 5 to 12 years of age from the Paulo Brandão Public School, located in within the jurisdiction of the Santa Terezinha Family Health Unit. A structured questionnaire was applied with objective and subjective questions addressing parents'/guardians' knowledge and hygiene habits of

their children. Data were analyzed based on frequency distribution and descriptive statistics. For descriptive procedures, measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation) were presented. **Results:** Among the participants, 80.5% were female and 19.5% male. Regarding salaries, those who received a minimum wage (50%), or even no income (30.4%), was predominant. Regarding the educational level of the parents/guardians, an incomplete high school education (54.3%) was predominant. Most participants (95.6%) considered that caries were preventable, and, concerning the frequency of daily brushing, 71.8% answered three times/day. As regards the frequency of change in toothbrush, 39.1% answered that they change their toothbrush every 3 months, while 15.2% of the parents only change it every 6 months, because of financial difficulties (41.3%), because they forget (50%), or due to a lack of information on the subject (8.7%). **Conclusion:** This study suggested that low socioeconomic conditions and a lack of information hinder the adoption of healthy habits within the studied population.

Uniterms: Oral health. Public health dentistry. Toothbrushing.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. 18ª ed. São Paulo: Saraiva, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial República Federativa do Brasil. 1990 set. 19.
3. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2002 jun. 13; Seção 1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: CD-MS; 1989.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1ª etapa: cárie dental: projeto. Brasília: 1996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003. Secretaria de Atenção à Saúde, Depto de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19:385-93.
12. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:999-1010.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: Centro de Documentação, IBGE; 2005.
14. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:245-59.
15. Antunes LS, Soraggi MBS, Antunes LAA, Corvino MPF. Conhecimentos, práticas e atitudes de responsáveis frente à saúde bucal do pré-escolar. *Odontol Clin-Científ*. 2008; 7: 241-6.
16. Lawder JAC, Mendes YBE, Silva LC, Andrade DKD, Rocha LM, Rogalla TM, et al. Conhecimentos e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2008; 8:321-6.
17. Guarabira. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil do Município. [s.l.]: 2005.
18. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1997.
19. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesqui Bras Odontopediatria. Clín Integr*. 2008; 8:87-92.
20. Soraggi MBS, Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF. A cárie dentária e suas condicionantes em crianças de uma escola pública municipal em Niterói, RJ. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2007; 7:119-24.
21. Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2001.
22. Garbin CA, Garbin AJ, Santos KT, de Lourdes Carvalho M, Lima DC. Evaluation of toothbrush bristles' deterioration used by a preschool children. *Int J Dent Hyg*. 2009; 7:285-8.
23. V Pai. Effect of a single-use toothbrush on plaque microflora. *Indian J Dent Res*. 2009; 20:404-6.
24. Brasil. Portaria nº. 95, de 14 de fevereiro de 2006. Alterações nos procedimentos coletivos da tabela SIA-SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2006 fev.14.
25. Davoglio RS, Aertz DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:655-67.
26. Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PG, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da região sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:1991-2000.

Recebido em 13/10/2010 - Aceito em 25/02/2011

Autor correspondente:

Priscila Florentino Silva

Rua Pedro Ferreira de Freitas 48 - Jardim Cidade Universitária

CEP 58.052-755 - João Pessoa - PB - Brasil

E-mail: priscilafsilva2007@yahoo.com.br