

Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares

Oral health perceptions, knowledge and practices among Primary Schoolchildren

Taís Rocha FIGUEIRA¹
Isabel Cristina Gonçalves LEITE²

RESUMO

Objetivos: Avaliar as condições socioeconômicas, percepções, conhecimentos e práticas relacionadas à saúde bucal de uma amostra de alunos da Escola Estadual Vieira Marques, localizada no município de Santos Dumont - Minas Gerais, como mecanismo para obtenção de subsídios no desenvolvimento de ações educativas em saúde adequadas à realidade desta população.

Métodos: A amostra foi constituída por 100 alunos da 3ª e 4ª séries do Ensino Fundamental participantes do Programa Municipal de Atenção à Saúde Bucal desenvolvido na referida escola. O instrumento utilizado para a pesquisa de campo foi um questionário ilustrado composto por seis questões de múltipla escolha.

Resultados: Os resultados indicam que há uma maior ênfase à higiene bucal mais como um meio de prevenção da cárie; demonstrando um conhecimento incompleto sobre o papel da dieta.

Conclusão: Concluiu-se que há necessidade de reformulação do Programa Municipal de Atenção a Saúde Bucal, para que sejam ampliados os conteúdos abordados para além das técnicas de escovação; estabelecendo-se parcerias com os funcionários da escola, pais de alunos e comunidade; além da necessidade de que se utilize o maior número possível de atividades e figuras motivadoras que gerem um maior impacto sobre as crianças.

Termos de indexação: saúde bucal; educação em saúde bucal; estudantes.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the socioeconomic conditions, perceptions, knowledge and practices with regard to oral health in a sample of schoolchildren from the "Escola Estadual Vieira Marques", located in the municipality of Santos Dumont - Minas Gerais, Brazil, as a mechanism for obtaining funding to develop educational actions in health suited to this population's reality.

Methods: The sample consisted of 100 primary schoolchildren in the 3rd and 4th grades, participants in the Municipal program of attention to oral health developed at the above-mentioned school. The instrument used for field research was an illustrated questionnaire composed of six multiple choice questions.

Results: The results indicated that there is greater emphasis on oral health, but as a means of caries prevention, demonstrating incomplete knowledge about the role of diet.

Conclusion: It was concluded that it is necessary to reformulate the Municipal program of attention to oral health ("Programa Municipal de Atenção a Saúde Bucal"), in order to extend the scope of contents it touches on to beyond tooth brushing techniques; to establish partnerships with the school staff, schoolchildren's parent and the community; and it is also necessary to use the largest possible number of activities and motivating illustrations that cause greater impact on the children.

Indexing terms: oral health; health education dental; students.

INTRODUÇÃO

A cárie e a doença periodontal constituem um importante problema de saúde pública no Brasil, como demonstrado no levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2003. Neste estudo, ficou constatada a presença de elevados índices dessas doenças na população, marcados por um aumento contínuo do edentulismo com

o progredir da idade. A exceção é representada pelo grupo etário de 12 anos, o qual atingiu as metas da OMS para o ano 2000¹.

Diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa, através da modificação de seus fatores etiológicos. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação do paciente ou população em relação

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina. Rua Silva Jardim, 227/202, 36015-390, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: ICG LEITE (isabel.leite@ufjf.edu.br).

à desorganização da placa bacteriana, à restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor².

Dessa forma, a educação assume um papel de destaque na obtenção de bons níveis de saúde bucal, favorecendo o desenvolvimento de uma consciência crítica nos indivíduos e comunidades sobre as causas de seus problemas; despertando o interesse e a responsabilidade pela manutenção da saúde e criando prontidão para atuarem no sentido da mudança³.

O processo educativo deve ser iniciado preferencialmente na infância, pois é nesta fase que representa um período em que o ser humano está crescendo e se desenvolvendo, tanto física quanto intelectualmente⁴. As atitudes e valores adquiridos durante este período estarão presentes nas fases seguintes da vida. Isso significa que é de fundamental importância investir nessa época⁵. Entre as crianças, os escolares são considerados o grupo mais favorável para o desenvolvimento de programas de educação em saúde bucal, pois nesta etapa escolar, apresentam maior facilidade de aprendizagem e uma melhor coordenação motora^{3,6}.

Ações educativas em saúde bucal são realizadas no ambiente escolar brasileiro desde o início do século XX, em 1912, quando foi implantado o Programa de Saúde Bucal para Escolares na cidade de São Paulo⁷. Apesar disso, poucos estudos foram encontrados na literatura sobre os conhecimentos e hábitos em saúde bucal que as crianças possuem. Uma das implicações deste fato é o desenvolvimento de programas educativos descontextualizados, com conteúdos inadequados. Além disso, a escassez de informações muitas vezes impossibilita uma avaliação adequada da metodologia empregada pelos programas e dos seus resultados⁸.

Dessa forma, o presente trabalho se propõe analisar os conhecimentos e práticas relacionadas à saúde bucal dos alunos da Escola Estadual Vieira Marques, localizada no município de Santos Dumont - Minas Gerais, de modo a fornecer subsídios para futuras estratégias preventivas e educativas do Programa Municipal de Atenção à Saúde Bucal desenvolvido nas escolas públicas do município.

MÉTODOS

Santos Dumont é um município pertencente à região da Zona da Mata mineira, situado cerca de 175 Km de Belo Horizonte, com área territorial de 637,4 Km² e população de 46.789 habitantes. As principais atividades econômicas são as indústrias, o comércio e a agropecuária⁹.

Com relação à atenção odontológica, há uma predominância de atendimento do setor privado (37 cirurgiões-dentistas), com uma razão estimada dentista/população de 1/1264 habitantes, conforme dados do Conselho Federal de Odontologia. A intervenção do setor público é feita por seis cirurgiões-dentistas, seis técnicas de higiene dental e seis auxiliares de consultório dentário. As atividades clínicas realizadas nos postos de saúde envolvem procedimentos cirúrgicos simples, atendimento de emergência/urgência, restaurações simples e procedimentos preventivos, havendo priorização do atendimento a escolares numa faixa etária entre 5-15 anos. O atendimento de adultos é limitado a exodontias e atendimento de emergência.

A população escolar também se beneficia desde 1997 de um Programa de Atenção à Saúde Bucal preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde (MG). Participam desse programa crianças na faixa etária acima de cinco anos e que estudam em escolas públicas das zonas urbana e rural. Há uma cobertura de 100% das escolas públicas de ensino fundamental localizadas na zona rural e de 80 a 90% das escolas públicas de ensino fundamental da zona urbana. As atividades são desenvolvidas por técnicas de higiene dental e envolvem educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel. Estas atividades são realizadas trimestralmente nas escolas da zona urbana e semestralmente em escolas da zona rural.

A Escola Estadual Vieira Marques localiza-se na zona urbana da cidade de Santos Dumont (MG) e faz parte do Programa Municipal de Atenção à Saúde Bucal. Entretanto, contempla apenas o ensino fundamental, possuindo um total de 991 alunos. No turno da manhã estudam 487 alunos distribuídos na 3ª e 4ª séries e no turno da tarde, há 504 alunos distribuídos na 1ª e 2ª séries.

A população-alvo deste estudo foi composta por alunos das 3ª e 4ª séries do ensino fundamental da Escola Estadual Vieira Marques. Os respectivos responsáveis também fizeram parte da amostra devido ao seu importante papel na realização ou complementação de cuidados relativos à saúde bucal das crianças, porém os dados sobre seus conhecimentos específicos estão descritos em outro artigo.

O instrumento utilizado para a pesquisa de campo foi um questionário ilustrado composto por questões fechadas ou de múltipla escolha. O conteúdo do questionário visou registrar o conhecimento sobre a cárie dentária e seus meios de prevenção, frequência de escovação, além das fontes de informação sobre saúde bucal.

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de

Fora, sob parecer nº 215/2005, e assinatura do termo de consentimento pelo responsável. Foram enviadas pelo correio 487 cartas, havendo uma taxa de devolução de 20,53%, o que correspondeu a 100 crianças.

Os resultados do estudo são apresentados com base em um plano de análise quantitativa descritiva. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software Epi Info, versão 3.4, 2004. Trata-se de um estudo transversal em que os dados foram descritos através da análise da frequência relativa e comparação de variáveis. Os dados relativos às médias foram comparados através de análise de variância e as variáveis categóricas através do teste χ^2 .

RESULTADOS

Os escolares participantes deste estudo pertencem a famílias de baixa escolaridade e renda, sendo que quanto ao grau de escolaridade dos responsáveis, 46,3% estudaram somente até o ensino fundamental, e destes 34,5% não o completaram. O ensino médio foi completado por 29,4% dos responsáveis e o ensino superior por 9,6%. Não houve diferença entre o nível de escolaridade e o gênero do responsável ($p=0,91$). Em relação à renda mensal familiar, houve predominância da faixa salarial entre zero e um salário-mínimo (57,8%), enquanto 25,9% dos entrevistados situaram-se na faixa salarial de um a três salários-mínimos e 11,9% entre três e cinco salários-mínimos.

A idade dos alunos variou entre 7-14 anos, com predomínio da faixa etária de 9-10 anos, representada por 78% da população. Não houve diferença significativa na idade média entre meninos e meninas (p -valor =0,75).

A principal fonte de informações sobre a saúde bucal citada pelas crianças foi o dentista (63%), seguida pela família (49%) e pela escola (35%), conforme Figura 1. É preciso esclarecer que o termo dentista também se refere aqui às técnicas de higiene dental, responsáveis pelo desenvolvimento das ações do Programa de Atenção à Saúde Bucal realizado nas escolas públicas de Santos Dumont, pois as crianças chamam-nas de dentista.

Com relação ao conhecimento sobre as medidas preventivas que podem ser empregadas para manter a saúde bucal, houve uma unanimidade de citação dos recursos de higiene bucal e do flúor. Todas as crianças apontaram a escova, a pasta de dentes, o fio dental e o flúor como sendo amigos dos dentes (Figura 2).

Quanto à frequência relatada de escovação, houve uma predominância de três ou mais escovações ao dia (cerca de 80%), conforme Figura 3.

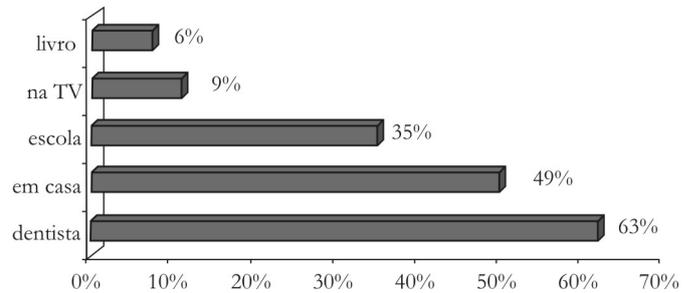


Figura 1. Fontes de informação sobre saúde bucal.

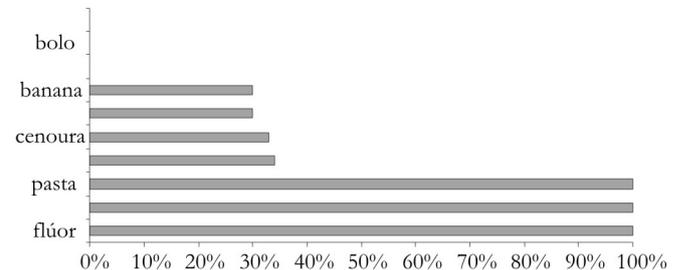


Figura 2. Distribuição da resposta dos escolares sobre meios que podem ser empregados para manter a saúde bucal.

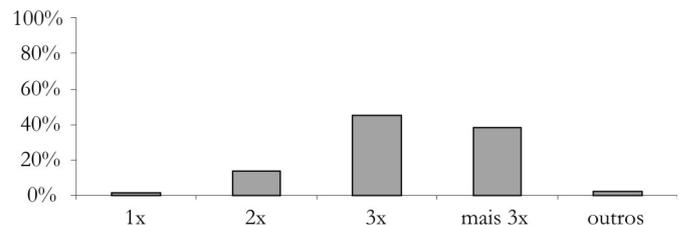


Figura 3. Distribuição da frequência de escovação.



Figura 4. Distribuição da frequência de ingestão de guloseimas pelas crianças.

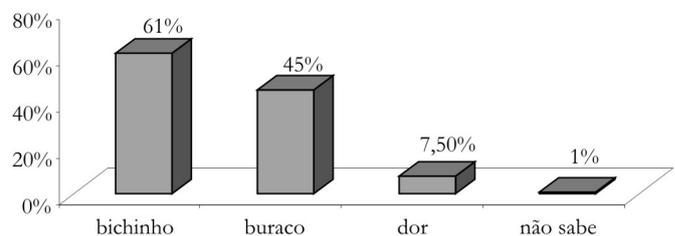


Figura 5. Principais conceitos associados à cárie pelas crianças.

O conhecimento de que as guloseimas causam cárie não refletiu num menor consumo pelas crianças, pois 51,8% dos escolares participantes da pesquisa ingerem balas, doces e biscoitos várias vezes ao dia ou pelo menos uma vez ao dia (Figura 4). Esta informação foi obtida através da resposta dos responsáveis a um questionário, no entanto os resultados não estão apresentados neste artigo.

Quando foi questionado às crianças o significado da cárie, houve uma correlação com um de seus fatores etiológicos e/ou com sua sintomatologia. A maioria dos escolares (60%) associou a cárie com um bichinho (bactéria), 45% relacionaram-na com um buraco no dente e 7,5% com a presença de dor e somente 1% não soube o que era cárie (Figura 5).

DISCUSSÃO

O processo de construção de conhecimento em saúde bucal dos escolares ocorre a partir do contato com o dentista e técnicos de higiene dental e a família; e em parcela menor através da escola. Este arranjo demonstra algumas restrições atuais à aprendizagem, mas também aponta possibilidades para enriquecimento futuro.

Atualmente, as atividades desenvolvidas pelas técnicas de higiene dental nas escolas se concentram basicamente na realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel. As atividades educativas ficam em segundo plano, pois são muitas escolas a visitar, poucos recursos humanos e, ainda a necessidade de cumprir uma meta de produção de procedimentos coletivos. Assim, além do espaçamento de três meses entre uma visita e outra que contribui para a extinção do comportamento ensinado¹⁰, o processo educativo não ocorre de uma forma linear e progressiva, mas se caracteriza por uma repetição dos mesmos assuntos e metodologias. Como resultado, há a cristalização do processo ensino-aprendizado, o que facilmente determina uma falta de interesse pela criança. Talvez, por isso, uma parcela razoável de escolares não tenha se referido ao dentista-técnico de higiene bucal como uma fonte de informação, apesar destas crianças participarem desde a primeira série do ensino fundamental do Programa de Atenção à Saúde Bucal na cidade.

A motivação das crianças durante o processo educativo envolve a utilização de um número diversificado de atividades e recursos, onde as crianças reagem de forma diferente aos diversos estímulos trabalhados. É importante que

as atividades sejam prazerosas, sendo o lúdico um facilitador desse processo. Através da brincadeira, a criança conhece o mundo que a rodeia, constrói significados, assimila os papéis sociais, o entendimento das relações afetivas e a construção do conhecimento. O uso de jogos, brincadeiras, teatro e arte proporcionam momentos de vivência, troca de experiências, a criação de conflitos, a resignificação do que vivem e do que sentem, para, então, assimilarem seus conhecimentos¹¹. As crianças passam a agentes do processo educativo e não são mais apenas receptoras de informações. Segundo Alves et al.¹², essa construção compartilhada de um saber sobre o processo saúde-doença favorece mudanças duradouras de hábitos e comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão do educador, mas pela elaboração de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Para que as atividades do Programa de Atenção à Saúde Bucal se tornem mais freqüentes, dinâmicas e atrativas, produzindo resultados mais duradouros, é fundamental o estabelecimento de parcerias entre o setor saúde, escola, pais e comunidade. A família apareceu como um importante meio de aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal para cerca de metade dos escolares, contudo, não existe uma interação entre o Programa e os pais das crianças. Conhecer esses núcleos familiares, suas percepções, interesses, necessidades e práticas em relação à saúde bucal fornecerão subsídios importantes para o planejamento das atividades educativas³. Se inicialmente os pais poderão surgir como um novo público-alvo para a educação em saúde, num segundo momento poderão atuar como agentes multiplicadores dentro da própria família e também da sua comunidade. Poderão ainda atuar dentro da escola, auxiliando no planejamento e execução das ações educativas.

Um envolvimento maior da escola nas atividades de educação em saúde também deve ser considerado, visto que apenas um percentual pequeno de alunos se referiu ao ambiente escolar como um espaço de aprendizado em saúde bucal. A escola não deve funcionar apenas como um local para atuação das técnicas de higiene dental, mas para o intercâmbio e cooperação no desenvolvimento da educação em saúde. Segundo Petry & Pretto³ e Moraes & Bijella⁶, as professoras são agentes muito eficientes para realizar ações de educação em saúde devido aos seus conhecimentos em técnicas metodológicas e seu relacionamento psicológico com os alunos. Outro fator que deve ser salientado é o fato do trabalho em grupo realizado na escola favorecer o aprendizado e a estimulação, uma vez que as crianças encontram-se dentro de um mesmo meio social e intelectual, no qual a ação de uma criança repercute sobre a outra⁵.

D'Almeida et al.¹³, em estudo realizado no Japão com escolares de 12-14 anos, encontraram a escola como a fonte de informação mais citada (37%), seguida pelo dentista (23%) e pela família (16%). As fontes são as mesmas encontradas no presente estudo, mas apresentam relevâncias diferentes. Miyazaki et al.¹⁴, ao avaliarem quem estimulou o interesse pela saúde bucal de crianças entre 11 e 15 anos de duas escolas de Londrina, verificaram que eram os pais (escola 1: 85,71%; escola 2: 65,48%), seguido pelo dentista (escola 1: 14,29%; escola 2: 28,57%) e pelo professor (escola 2: 5,95%).

Com relação ao conhecimento sobre métodos preventivos reconhecidos pelos escolares, é possível verificar que predomina entre os alunos a visão da mecânica da escovação e da ação prejudicial dos doces. Resultados semelhantes foram encontrados por Freire et al.⁸ e Miyazaki et al.¹⁴. Essa visão dos escolares pode ser o resultado da maior ênfase dada ao ensino das técnicas de escovação pelo Programa de Atenção à Saúde Bucal e da prática corriqueira de se enfatizar aquilo que não deve ser feito, mas sem oferecer alternativas sobre o que deve ser feito. Assim, é necessário que o referido programa reavalie o conteúdo abordado e amplie o seu escopo, oferecendo não só informações sobre os alimentos não cariogênicos, como estimulando o seu consumo através de ações em que escola e comunidade trabalhem juntas para a determinação dos constituintes da merenda escolar e meios que facilitem o acesso a esses alimentos como, por exemplo, a construção de uma horta e a fiscalização da utilização dos recursos destinados à merenda.

É importante enfatizar que as informações referidas pelos escolares sobre métodos preventivos em saúde bucal demonstram apenas um ganho cognitivo por parte das crianças em relação aos artefatos existentes para realização de uma adequada higienização bucal e sobre quais os alimentos devem ser evitados. Esse conhecimento não se traduzirá necessariamente no uso dos recursos higiênicos pelas crianças e como confirmado nessa pesquisa, num menor consumo de guloseimas pelas crianças. Apesar do conhecimento sobre alimentos cariogênicos estar bem sedimentado na população investigada, 51,8% dos escolares ingere guloseimas várias vezes ao dia ou todos os dias; comportamento que determina um risco 4,41 vezes maior de apresentar alta severidade de cárie¹⁵. Essa falta de correlação entre conhecimento e comportamento se deve ao fato da conduta humana ser determinada por outros fatores além da posse de informações, como valores, crenças, percepções e atitudes, os quais são influenciados pelo contexto social, econômico e cultural e pela personalidade do observador^{3,6}. Daí a importância de se atuar para além

da transmissão de informações, através da construção de saberes e resignificação de crenças, além de se criar condições materiais que facilitem a realização da ação desejada.

A frequência descrita de escovação na amostra estudada faz correspondência com as principais refeições do dia e está dentro dos padrões preconizados pelos profissionais da área. Este achado está de acordo com os estudos de D'Almeida et al.¹³ e Miyazaki et al.¹⁴. A frequência de escovação é importante por proporcionar a presença constante de flúor na cavidade bucal, condição fundamental para que exerça seu efeito terapêutico em relação à cárie dentária¹⁶. Contudo, não se pode esquecer da importância da qualidade da escovação tanto na prevenção da cárie quanto na prevenção das doenças periodontais. Apesar desse aspecto não ter sido medido na presente pesquisa, a primeira autora, no exercício de suas atividades clínicas na Policlínica do Município de Santos Dumont responsável pelo atendimento odontológico dos escolares entrevistados, pôde observar recorrência entre as crianças examinadas, de uma baixa qualidade de higienização com acúmulo de placa bacteriana em vários elementos dentais e presença de gengivite. A qualidade de higienização deverá ser investigada de forma criteriosa pelos responsáveis pelo Programa de Atenção à Saúde Bucal de forma que se identifique a extensão e as possíveis causas da falta de qualidade e assim se planeje as futuras ações. É importante considerar a dificuldade motora das crianças em se aprender determinada técnica, se a frequência com que as atividades estão sendo realizadas são suficientes ou se há necessidade de intensificá-las, se há ou não respaldo familiar para a realização da prática, se há falta de recursos materiais para o desenvolvimento da ação ou se as crianças não estão sensibilizadas quanto à questão.

Os programas preventivos devem englobar informações e ações envolvendo os vários recursos para o controle das doenças bucais, visto que nenhuma medida preventiva para a cárie será satisfatória se utilizada isoladamente. Buischi & Axelsson¹⁷, demonstraram que o controle adequado de placa e o uso de flúor parecem apresentar efeitos sinérgicos, e que a higiene bucal é um fator importante no controle e prevenção de cárie em populações que utilizam flúor regularmente. Existe ainda um efeito sinérgico entre higiene bucal e baixa ingestão de açúcar como relatado por Theilade & Birkhed¹⁸.

Quando foi questionado às crianças o que era a cárie, houve uma correlação com um bichinho (bactéria), demonstrando a incorporação do discurso odontológico direcionado ao público infantil sobre essa patologia. Vale lembrar aqui a necessidade da continuidade e progressão do aprendizado sobre a cárie para que adultos não permaneçam

com uma noção tão simplória dessa patologia. De acordo com o desenvolvimento intelectual da criança, outros aspectos sobre o aparecimento e desenvolvimento da lesão cariosa devem ser introduzidos, caso contrário corre-se o risco de um entendimento incompleto sobre o processo carioso, representado por um “bichinho que come o dente” e/ou pela sintomatologia produzida. A associação da cárie somente com seus sintomas faz com que não seja percebida por grande número de pessoas antes que manifeste sinais de cavidade ou dor. O aparecimento da doença ocorre antes dos sinais visíveis de lesão ou de sintomatologia dolorosa; assim o diagnóstico nos estágios iniciais da cárie permite uma intervenção precoce para o seu controle, determinando a necessidade de consultas de rotina ao dentista¹⁹. O entendimento sobre a evolução da cárie permite desenvolver percepções quanto a sua suscetibilidade à doença e percepções quanto aos benefícios das medidas preventivas, o que poderá facilitar a realização de uma ação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 66p.
2. Weyne SC, Harari SG. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: Baratieri LN, (editor). Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Editora Santos; 2001. p.3-26.
3. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L (editor). Promoção de saúde bucal - ABOPREV. 2ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 365-70.
4. Guimaraes AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. J Bras Odontopediatri Odontol Bebê. 2003; 6(29): 83-6.
5. Miele GM, Bussadori SK, Imparato JCP, Guedes-Pinto AC. Música e motivação na odontopediatria. J Bras Odontopediatri Odontol Bebê. 2000; 3(15): 414-23.
6. Moraes N, Bijella VT. Educação odontológica do paciente. Rev Ass Paul Cirurg Dent. 1982; 36(3): 300-7.
7. Martins EM. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. Cad Odontol. 1998; 1(2): 30-40.
8. Freire MCM, Soares FF, Pereira MF. Conhecimentos sobre saúde dental, dieta e higiene bucal de crianças atendidas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. J Bras de Odontopediatri Odontol Bebê. 2002; 5(25): 195-9.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Acesso em 2 Dez. 2005]. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>.
10. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. RGO. 1992; 40(2): 143-50.

CONCLUSÃO

Há necessidade de reformulação do Programa de Atenção a Saúde Bucal desenvolvido na Escola Estadual Vieira Marques, de forma que se ampliem os conteúdos abordados para além das técnicas de escovação, estabelecendo parcerias com funcionários da escola, pais e comunidade e se utilize o maior número possível de atividades e figuras motivadoras que gerem um maior impacto sobre as crianças.

Colaboradores

T.R. FIGUEIRA e I.C.G. LEITE participaram na concepção, desenho, análise, interpretação dos resultados e redação deste artigo.

11. Rantichieri ACT. O lúdico e o processo de ensino-aprendizagem [monografia]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
12. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. 2005; 9(16): 39-52.
13. D'Almeida HB, Kagami N, Maki Y, Takaesu Y. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of japanese junior high school students. Bull Tokyo Dent Coll. 1997; 38(2): 123-31.
14. Miyazaki AY, Takushi FJAR, Reiche M. Avaliação do nível de conhecimento e motivação relativo à saúde bucal em duas escolas de Londrina, Paraná. Semina. 1997; 18 (Ed. Especial): 83-9.
15. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev Saúde Pública. 2000; 34(4): 402-8.
16. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de Saúde Bucal em odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
17. Buisch YP, Axelsson P. Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 45-63.
18. Thelaide E, Birkhed D. Dieta e cárie. In: Thylstrup A, Fejerskov O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1998. p. 117-54.
19. Unfer B, Saliba, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2): 190-5.

Recebido em: 6/7/2007

Versão final reapresentada em: 25/9/2007

Aprovado em: 17/12/2007